Norbert Schmacke

Der Standort der Gesundheitsämter in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion

Vorbemerkung

Der folgende Beitrag will auf ein Defizit der kritischen Auseinandersetzung mit dem Gesundheitswesen in der BRD aufmerksam machen: während zur gesetzlichen Krankenversicherung, zur ambulanten und stationären Versorgung umfangreiche Analysen vorliegen, auf die sich gesundheitspolitische Forderungen stützen können, stellt der öffentliche Gesundheitsdienst bislang eine blax box der »kritischen Medizin« dar. Die sogenannte dritte Säule des Gesundheitswesens ist nicht ohne Grund weitgehend aus dem gesundheitsplanerischen Denken ausgeblendet geblieben. Will man dies ändern, so muß man sich sowohl mit der geschichtlichen Entwicklung als auch der heutigen Wirklichkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes auseinandersetzen. Wenn im folgenden sozialhistorische Interpretationsmuster und oft rein deskriptive Erläuterungen wie Deutungsversuche methodisch unvermittelt nebeneinanderstehen, so soll dies als Aufforderung verstanden werden, den Bereich staatlicher und kommunaler Gesundheitspolitik im Wirkungsbereich der Gesundheitsämter nicht weiter zu vergessen, sei es, daß man in ihm Entwicklungschancen einer demokratischen, regional angesiedelten Medizin sieht, sei es, daß man befürchtet, dieses Relikt an »Staatsmedizin« könne in der fortwährenden ökonomischen wie gesellschaftlichen Krise der BRD neue repressive Gewalt entfalten.

1. Der öffentliche Gesundheitsdienst: Ein »vergessenes« Kapitel der Medizingeschichte

Historisch-kritische Darstellungen der Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind nach wie vor erst in Ansätzen nachzuweisen. Den einzigen diskutablen Versuch, von der bis dahin beschönigenden bis apologetischen Darstellungsweise wegzukommen, unternahm ab Anfang der 80er Jahre Labisch, wobei er zwei Wurzeln des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland herausarbeitete: zum einen die Medizinal- und Sanitätsaufsicht der neuzeitlichen Territorialstaaten, zum anderen die Entwicklung der Gesundheitsfürsorge in den wachsenden Industriestädten an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert.

Demnach zielte die ordnungspolitisch orientierte Staatsmedizin einerseits auf die Kontrolle der im Gesundheitswesen tätigen Personen ab, zum zweiten war sie vor allem gegen die Abwehr von Infektionskrankheiten und Seuchen ausgerichtet. Drittens bediente sie sich ihrer Ärzte zur Erledigung staatlicher und gerichtlicher Gutachtenaufträge im medizinischen und psychiatrischen Bereich. Demgegenüber entwickelte

sich die kommunale Gesundheitsfürsorge der Industriestädte im Kern als Widerspiegelung des gesellschaftlichen Elends angesichts einer völlig defizitären Gesundheitsversorgung unter unsäglichen Arbeits-, Ernährungs- und Wohnverhältnissen. So entstanden in relativ großem Umfang Beratungs- wie Behandlungsstellen für Säuglinge, Schwangere, Schulkinder, Tuberkulosekranke, Geschwulstkranke, »Psychopathen«, Geschlechtskranke sowie körperlich Behinderte unter kommunaler Regie.

Auch wenn die Forschung zu diesen Anfängen des organisierten öffentlichen Gesundheitswesens erst begonnen hat, läßt sich heute bereits sagen, daß eine vorschnelle Einordnung der beiden skizzierten Stränge in ein Schema »reaktionäre Staatsmedizin gegen fortschrittliche kommunale Fürsorge« viel zu einfach wäre. Beide Säulen liefern bei näherer Betrachtung ein Spiegelbild der spezifischen deutschen Geschichte, die mit dem Scheitern der Ansätze der bürgerlichen Revolution und der systematischen Bekämpfung der Arbeiterbewegung verbunden bleibt. So ist die (in ihrem Umfang vielleicht auch überschätzte) kommunale Gesundheitsfürsorge ebenfalls nur als Ausdruck machtdurchsetzten Handelns zu begreifen — eben auf der Ebene der explosionsartig wachsenden Industriestädte. Insofern bleibt weiteren Detailanalysen die Aussage vorbehalten, in welchen Bereichen diese ohne Frage »moderne« Variante des öffentlichen Gesundheitsdienstes als emanzipatorisch bezeichnet werden kann. Die Thematisierung des »apokalyptischen Quartetts«, des Proletariats (so Hagen 1956/57) — Tuberkulose, Rachitis, Alkoholismus und Geschlechtskrankheiten — geriet angesichts eines systematischen Defizits an fundamentaler Gesellschaftskritik innerhalb der Ärzteschaft de facto auch bei zahlreichen Vertretern der Sozialhygiene zur Herausstellung des »bösen« Unterklassen-Drittels der »Leistungsgesellschaft« (Roth 1984).

2. *Sozialmedizin und Sozialhygiene: zwischen Kapitalismuskritik und Rassenhygiene*

Die Dialektik von obrigkeitsstaatlicher Gesundheitsplanung und kommunaler Sozial- wie Gesundheitspolitik ist auch für die Weimarer Republik erst in Ansätzen geklärt. Unstrittig ist, daß neben den dominierenden bürgerlichen Kreisen in Medizin und Verwaltung in den Großstädten, am ausgeprägtesten in Berlin und im Rheinisch-Westfälischen Revier, auch Ärzte aus dem Umfeld der sozialdemokratischen Arbeiterbewegung, teils auch aus dem explizit marxistischen Flügel heraus, darum bemüht waren, die Bedürfnisse der Bevölkerung nach einer me-

dizinischen und sozialen Basisversorgung zu thematisieren und dies gegen den Widerstand der ärztlichen Standesorganisationen sowohl in der Poliklinikbewegung als auch in kommunalen Beratungs- und Fürsorgestellen durchzusetzen (Leibfried und Tennstedt haben dies unter dem Begriff der »Verschütteten Alternativen« zu fassen versucht; eindrucksvolle Schilderungen des Wirkens derartiger Ärzte auch bei Pross).

So sehr diese — insgesamt wenigen — sich fortschrittlich verstehenden Ärzte gegen den herrschenden Strom der Medizin schwammen, so wenig ist es gerechtfertigt, die gesamte unter dem Begriff Sozialhygiene gefaßte Richtung pauschal als historisch vorbildlich zu bezeichnen. Erst Forschungen der letzten Jahre haben herausgearbeitet, daß bis tief in den Kern dieser Sozialhygienebewegung hinein auch sozialdarwinistische Darstellungen und Forderungen wirksam geworden sind, eine bittere Erkenntnis, die sich exemplarisch am Eintreten Grotjahns für die massenhafte Zwangssterilisation »minderwertiger« Menschen festmachen läßt (hierzu Roth 1984, dessen Analyse des Wirkens von Grotjahn von Weindling 1984 zwar angegriffen wurde, ohne aber die Entmythologisierung dieses »Säulenheiligen« der Sozialmedizin in Frage zu stellen).

Die Kenntnis dieser Zusammenhänge ist gerade für den öffentlichen Gesundheitsdienst von entscheidender Bedeutung, will man nicht unkritisch eine bloß vage verstandene Sozialmedizin beerben. Gleiches gilt in diesem Sinne für den Begriff der präventiven Medizin, welche vor den historischen Erfahrungen der Weimarer Republik und des Nazifaschismus in dem unvereinbaren Spannungsfeld zwischen Schaffung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen und der schrittweisen Ausgrenzung und schließlich »Ausmerzung« aller Kranken und sozial Schwachen gesehen werden muß. Es bleibt einstweilen noch zu verarbeiten, daß maßgebliche Vertreter der Sozialhygienebewegung eben auch hocheffektiv im Sinne der Integration und Disziplinierung der Arbeiterbewegung gewesen sind, indem sie die »Lösung« der sozialen Frage durch die Praxis der wortwörtlichen Bekämpfung der »asozialen« Kranken zum populären Programm erhoben.

Anders gesagt: derartige schmerzhafte Zusammenhänge wurden auch von der »kritischen« Medizin im Gefolge der Studentenbewegung der 60er Jahre nicht gesehen, welche unreflektiert in der Auseinandersetzung mit der etablierten Schulmedizin einer abstrakten Sozialmedizin einen Vertrauensvorschuß gewährte, den diese nicht nur wegen der Liquidation und des Exils hervorragender Vertreter ihres Fachs nicht einlösen konnte. Hiermit soll nicht wegdiskutiert werden, daß die Be-

schreibungen der Pioniere der Sozialmedizin und Sozialhygiene auch aus heutiger Sicht oftmals faszinierende Darstellungen der Lebensverhältnisse und deren Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit geliefert haben. Es gilt, diese Arbeiten kritisch zu sichten und zu bewahren. Aber es wäre ein naiver Romantizismus, bei der Konzipierung aktueller Gesundheitsziele ungebrochen an die Geschichte der Weimarer Republik anknüpfen zu können.

3. Die Gesundheitsämter als effektives Instrument nazistischer Gesundheits- und Sozialpolitik

Die in der Weimarer Republik geführte Diskussion, wie das Nebeneinander und Gegeneinander von staatlicher und kommunaler Gesundheitspolitik samt deren organisatorischen Kompetenzrangeleien zu lösen sei, wurde durch das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1934 und die ihm folgenden Durchführungsverordnungen scheinbar beendet. Labisch und Tennstedt haben schlüssig belegt, daß dieses Gesetz in keiner Weise dazu diente, die in den öffentlichen Gesundheitsdienst hineinspielenden Interessen zu »vereinheitlichen«. Ziel des Gesetzes war vielmehr im Kern die Schaffung eines flächendeckenden Netzes von staatlichen Gesundheitsämtern als organisatorischem Instrument der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege. Insofern wurden die Ressourcen der kommunalen und staatlichen Gesundheitspolitik in den Dienst der rassenideologisch begründeten Heranbildung einer »arisch reinen« und »erbgesunden« Volksgemeinschaft gestellt.

Die übrigen Inhalte des Vereinheitlichungsgesetzes sind mehrheitlich so allgemein formuliert, daß sie nach Eliminierung der offen nationalsozialistischen Anteile zur Gesetzesgrundlage für den öffentlichen Gesundheitsdienst der Bundesländer werden konnten, ohne freilich Ausgangspunkt für ein System gemeindenaher öffentlicher Gesundheitsversorgung werden zu können. Der Versuch des Schöpfers des Vereinheitlichungsgesetzes, Arthur Gütt, über die Erb- und Rassenhygiene hinaus mit dem Instrument der staatlichen Gesundheitsämter das gesamte Gesundheitswesen neu zu bestimmen, scheiterte am Widerstand anderer nazistischer Interessengruppen wie den Standesorganisationen der Ärzte, der deutsche Arbeitsfront und in der NSDAP selbst.

Gleichwohl wurde der Amtsarzt zur zentralen Figur der »ausmerzenden« Rassenhygiene der »ersten Phase«: er stand ordnungspolitisch im Mittelpunkt des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, war verantwortlich für den Aufbau einer umfassenden Erb- und Rassenkar-

tei, griff unmittelbar in die NS-Familienpolitik über Ehetauglichkeitszeugnisse, Ehestandsdarlehen u.a. ein und war gesetzlich legitimierte »Sammelstelle« für den vorgeschriebenen Prozeß zur Erfassung und abgestuften Ausgliederung vermeintlich minderwertiger Mitglieder der Gesellschaft (Labisch/Tennstedt 1985, Ebbinghaus/Kaupen-Haas/Roth 1984, Schmacke/Güse 1984). Es ist bedrückend nachzulesen, daß die Planer des für die Nachkriegszeit konzipierten »Gesetzes über Sterbehilfe« favorisierten, den Amtsarzt als Obergutachter für die sogenannten Euthanasieverfahren einzusetzen.

Es werden weitere historische Untersuchungen zur Einschätzung des Einflusses der Gesundheitsämter zwischen 1933 und 1945 erforderlich werden. Es läßt sich aber bereits jetzt feststellen, daß die Einbindung der Gesundheitsämter in die NS-Gesundheits- und Sozialpolitik wie ein Alpdruck auf der Diskussion um die Perspektiven des öffentlichen Gesundheitsdienstes liegt: war dies schließlich die bisher einzige Epoche, in welcher die Arbeit staatlichen Handelns auf der unteren Ebene der Gesundheitsverwaltung von einem breiten Konsens der dominierenden gesellschaftlichen Kräfte wie der Mehrzahl der dort tätigen ärztlichen Funktionsträger gewollt und getragen wurde. In welchem Umfang mag diese staatliche Weihe der Amtsärzte zur Etablierung ihres Selbstverständnisses beigetragen haben? Wie weit werden die Gesundheitsämter in der Wahrnehmung der Bevölkerung durch diese Epoche verfolgt? Fragen, die angesichts des immensen Verdrängungsprozesses der Nachkriegszeit vielleicht kaum noch erhellt werden können.

4. *Die Nachkriegsphase der Gesundheitsämter: historische Kontinuität und Verblassen im medizinischen »Fortschritt«*

Das ungebrochene Selbstverständnis der Amtsärzte

Wie für alle gesellschaftlichen Bereiche der BRD gilt auch für den öffentlichen Gesundheitsdienst, daß es nach 1945 eine Entnazifizierung, die ihren Namen verdient hätte, nicht gegeben hat (Pürckhauer 1954/55, Sons 1983). Zum einen blieben viele leitende Positionen mit Ärzten besetzt, die aktiv an der Umsetzung der Erb- und Rassenmedizin mitgewirkt hatten; zum anderen fand eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte nicht statt, und dies nicht allein aufgrund des herrschenden Verdrängungsprozesses, sondern auch, weil wichtige Bestandteile der Rassenpolitik wie das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses durchdängig als notwendige »eugenische« Maßnahme begriffen wurden. Der Kern der NS-Gesundheits- und Sozialpolitik, die biologistische »Lösung« der sozialen Frage, war nicht

Thema der juristischen und administrativen Maßnahmen der Alliierten — bis in die Gegenwart hinein ein Argument gegen eine gesetzliche Entschädigungsregelung für die Opfer der Zwangssterilisationen. Die im Gefolge von Kriegs- und Nachkriegsnot gehäuften Infektionskrankheiten dürften geradezu eine Bestätigung des klassischen Selbstverständnisses der Amtsärzte gewesen sein: man konnte auf den vermeintlichen Erfahrungen der »Seuchenbekämpfung« aufbauen.

Aus welchen Gründen in der Nachkriegszeit Ärzte den Weg in Gesundheitsämter fanden, ist bislang nicht untersucht worden. Unterschiedliche Motive dürften eine Rolle gespielt haben: zunächst schlicht die Suche nach einem Arbeitsplatz angesichts der schlechten ökonomischen Absicherung der Krankenhausärzte und des noch nicht voll etablierten Kassenarztsystems, weiter die Fortführung von Arztkarrieren aus der Wehrmacht, vielleicht auch das Ausweichen vor anderen als belastender empfundenen Arbeitsbereichen, bei Ärztinnen vielleicht auch die Möglichkeit, überhaupt eine bezahlte Stellung zu bekommen, in der Beruf und »klassische« Aufgaben in der Familie miteinander vereinbar blieben. Zwei Merkmale scheinen für die Zeit des »Aufbaus« der BRD weiter wichtig gewesen zu sein: zum einen die insgesamt unterdurchschnittliche Qualifikationsstruktur der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, zum anderen das larmoyante Festhalten am Vereinheitlichungsgesetz, welches im Selbstverständnis der Amtsärzte das Gesundheitsamt mit einer Allzuständigkeit in gesundheitlichen Fragen ausgestattet hatte. Und schließlich entwickelte sich — zumindest bei den Amtsleitern — rasch ein ungehemmtes Interesse an finanziell lukrativen Nebentätigkeiten, welches teilweise kaum noch Kapazitäten für inhaltliche Arbeit an den Dienstaufgaben übrigließ. So konnten die Gesundheitsämter weder fachlich noch materiell-rechtlich noch konzeptionell den Entwicklungen in der Gesundheits- und Sozialpolitik eigene Positionen entgegensetzen, welche der weiteren Aushöhlung öffentlicher Gesundheits-Dienstleistungen hätten entgegenwirken können.

Vergebliche Versuche einer neuen Standortbestimmung

In den Nachkriegsjahren herrschte bei den Amtsärzten das Klagen über die in großem Umfang von den Alliierten erzwungene Kommunalisierung der Gesundheitsämter vor, da sie hierin einen Eingriff in ihre hoheitlichen Kompetenzen sahen. Die Dynamik des sich entfaltenden Gesundheits- und Sozialwesens wurde demgegenüber nicht problematisiert, allenfalls im Sinne eines unproduktiven Klagens über die stärkere Einbindung in die qualitativ gestärkten Sozialbehörden. Einzelkämpfer wie Hagen (1953, zu diesem Zeitpunkt Ministerialrat im Bundesinnen-

ministerium mit den Aufgabenschwerpunkten Sozialhygiene und Gesundheitsfürsorge) bemühten sich systematisch, Gesundheitsfürsorge als Teil prophylaktischer Medizin bei den Gesundheitsämtern gesetzlich und versicherungsrechtlich wie fiskalisch zu der ihr zustehenden Bedeutung zu verhelfen: »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 ... An anderer Stelle einer gezielten, nachgehenden Gesundheitsvorsorge entstand ein üppiges Angebot an Leistungen, die allerdings gerade von denen ignoriert wurden, die ihrer besonders bedürfen« — Hagen ging es vor allem um die Probleme der Mütter- und Säuglingssterblichkeit, der vorbeugenden Gesundheitshilfe für Kinder und Jugendliche und der Tuberkulose. »Krankheit und soziale Lage« war in den Gesundheitsämtern der Nachkriegszeit kein Thema; gleichwohl wurden soziale Aspekte von Krankheit und Gesundheit benannt, ganz in sozialdarwinistischer Kontinuität: »Anstatt der Gesunderhaltung zu dienen, werden die Gesundheitsämter vielfach für das Gegenteil mißbraucht. Anstelle des Eintretens für die Gesunden wird von ihnen zunehmend eine Fürsorge für die Kranken und Abwegigen verlangt und damit alles verwässert« (Bachmann 1957/58).

Das Beharren auf der Allzuständigkeit

Der Amtsarzt geriet in dieser Nachkriegsphase zunehmend zum fiktiven Wächter jener Volksgesundheit, die er zu schützen vorgab, ohne daß der konkrete Aufbau des Gesundheitswesens mit seinen Auswirkungen auf die Einfluß- und Steurungsmöglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes im gesellschaftlichen Prozeß begriffen wurde. Mit der Beseitigung der wichtigsten materiellen Kriegsfolgeschäden und der damit einhergehenden Verbesserung der Ernährungs- und Lebenssituation für große Teile der Bevölkerung trat das für das Selbstbewußtsein der Amtsärzte konstitutive Moment der Seuchenhygiene — so wenig deren tatsächliche Auswirkungen auch je hinterfragt wurden — mehr in den Hintergrund. Die erhoffte Allzuständigkeit in medizinischen Fragen entwickelte sich zur immer offensichtlicheren Farce, da sich weder genügend fachliche Qualifikation in den Gesundheitsämtern fanden, noch die Amtsärzte rechtlich wie politisch entscheidend in die Prozesse der Gesundheits-, Sozial- und Arbeitsverwaltung eingreifen konnten. Auch die »Entdeckung« der präventiven Medizin durch die Gesundheitsämter blieb ein bloßer Abklatsch des von der herrschenden Sozialmedizin proklamierten Risikofaktorenmodells, welches im Kern biologische Parameter zu sozialen Leitvorstellungen erhob und dem Kranken

die Schuld an den »Zivilisationskrankheiten« zuschob. Prävention, so Gaumitz (1954/55) müsse bedeuten, dem einzelnen die Möglichkeit zu geben, »aus eigener Kraft an der eigenen sozialen Sicherheit mitzuarbeiten und dadurch, statt einer Schwächung des Verantwortungsgefühls durch automatisch eintretende Hilfsmaßnahmen rein wirtschaftlicher Natur, eine entscheidende, der Würde der Persönlichkeit Rechnung tragende Mitverantwortlichkeit auf sich zu nehmen.«

Subsidiarität als Grundlage von Aufgabenfindung und -verlust

Die Innovationsmöglichkeiten im öffentlichen Gesundheitsdienst wurden nicht zuletzt auch dadurch verspielt, daß es den Amtsärzten nicht gelingen konnte, ein selbstdefiniertes Aufgabenprofil jenseits des staatlicherseits vorherrschenden Subsidiaritätsdenkens zu entwickeln. So richtig es ist, daß die personell und materiell schlecht ausgestatteten Gesundheitsämter der Nachkriegszeit mit einer Flut von Aufgaben eingedeckt wurden, welche der Staat den niedergelassenen Ärzten zunächst nicht übertragen wollte oder für die erst später andere Institutionen geschaffen wurden, so reaktionär war das Meinungsbild der Amtsärzte, die in ihrer Gesamtheit nie darüber hinauskamen, sowohl die Zuweisung derartiger subsidiärer Aufgaben als auch deren Entzug zu beklagen. Es fehlte jeglicher Versuch einer Anknüpfung an die kommunalfürsorgerische Tradition der Weimarer Zeit, Leitbild wurde vielmehr die »moderne« Medizin in Krankenhaus und ambulanter Praxis, der im Grunde nachgetrauert wurde.

Ein noch weitgehend unaufgearbeitetes Feld ist das Begutachtungswesen nach den Entschädigungsgesetzen der Länder und später dem Bundesentschädigungsgesetz für die Opfer der NS-Verfolgung. Hierfür wurden zwar teils eigenständige Gutachterstellen eingerichtet, den größten Teil der medizinischen Gutachten dürften aber die Ärzte in den Gesundheitsämtern erstellt haben: in erheblichem Umfang mit einer beängstigenden Kontinuität an bis 1945 gewachsener Denktradition. Bislang ist erst für den Bereich der Psychiatrie aufgearbeitet, daß im Rahmen der Entschädigungs- bzw. »Wiedergutmachungs«-Gutachten oft die Täter von gestern ihren Opfern ein zweites Mal gegenübersaßen. Es wäre an der Zeit, die wie am Fließband erstellten Gutachten zu körperlichen und psychosomatischen Schäden der NS-Verfolgung wissenschaftlich zu untersuchen. Es verwundert nicht, daß aus dem öffentlichen Gesundheitswesen heraus die Zwangssterilisationen im Faschismus auch nach 1945 als »eugenisch« sinnvoll verteidigt und die Leiden der Überlebenden der Konzentrations- und Vernichtungslager fast durchgängig mit naturwissenschaftlicher »Objektivität« bagatellisiert wurden.

Mit der Erstarkung des Kassenarztwesens und der schrittweisen Konsolidierung der Gesetzgebung im Arbeits- und Sozialsektor verloren die Gesundheitsämter dann wesentliche Aufgabenfelder. So war die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit bis zur Schaffung der Versorgungsämter — teils auch noch darüber hinaus — Dienstaufgabe der Gesundheitsämter. Die gynäkologische Krebsvorsorge-Untersuchung wurde bis zur Übernahme als Kassenleistung in den Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung in Beratungsstellen der Gesundheitsämter angeboten. 1955 wurde das neue Kassenarztrecht geschaffen, welches der Bundestag mit einer Entschließung begleitete, in welcher die Verhütung von Krankheiten ausdrücklich als kassenärztliche Aufgabe definiert wurde (ein Überblick hierzu findet sich in dem nach wie vor bemerkenswerten Aufsatz von Manger-König 1975). Mit dem Jugendarbeitsschutzgesetz von 1961 wurde die geforderte »Vorsorgeuntersuchung« in die Hände der Kassenärzte gelegt. Es ist insgesamt bisher nur unzureichend wahrgenommen worden, daß elementare Bereiche der gesundheitlichen und sozialen Sicherung völlig außerhalb der Kompetenzen der Gesundheitsressorts in Bund und Ländern geregelt werden.

Für die Entwicklung der Gesundheitsämter ist von besonderer Bedeutung, daß die Fürsorge alten Stils bis 1945 in der BRD im wesentlichen in Form der Sozialarbeit in der Zuständigkeit der Sozialressorts weiterentwickelt wurde. Mit der massiven ökonomischen Stärkung des kurativen Sektors der Medizin in den sechziger und siebziger Jahren verloren die Gesundheitsämter in einer Gesellschaft, deren herrschende Doktrinen soziale Gegensätze zunehmend als nicht-existent bezeichneten und die »Überversorgung« im Gesundheits- und Sozialwesen zu thematisieren begannen, immer mehr an Bedeutung. Den Gesundheitsämtern blieb — ganz im Sinne des in den 80er Jahren dann wieder neu aktualisierten Subsidiaritätsprinzips — letztlich wieder ein Rest von Aufgaben, welche andere Bereiche des Gesundheitswesens (noch) nicht übernehmen wollten oder konnten.

5. *Die Gefahr der erneuten Reduktion des öffentlichen Gesundheitsdienstes zum repressiven Kontrollinstrument*

Die Standortbestimmung führt somit zu dem ersten Schluß, daß der öffentliche Gesundheitsdienst in der BRD als organisatorisches und inhaltliches Relikt im Gefolge des Vereinheitlichungsgesetzes von 1934 gesehen werden muß. Er ist außerhalb der dominierenden sozialökonomischen Kräfte des Gesundheitswesens angesiedelt. Damit steht er

— unter dem gegenwärtig vorherrschenden Dogma der Kostenexplosion und angesichts der ökonomischen Verteilungskämpfe der »Wendezeit« bei seiner fiskalischen Abhängigkeit vom Haushalt der Länder und Kommunen — in der Gefahr, weiter funktionell und materiell ausgezehrt zu werden. So steht zu befürchten, daß die in den letzten Jahren deutlich verbesserte Qualifikationsstruktur der Ärzte in den Ämtern historisch zu spät kommt, um vor allem die Defizite an inhaltlicher Neuorientierung soweit aufarbeiten zu können, daß ein Anknüpfen an die fortschrittlichen Ansätze der Sozialhygienebewegung, das Aufzeigen gesundheits- und sozialpolitischer Defizite auf der Gemeindeebene und konkrete Beiträge zur Entwicklung einer nicht am Medizingeschäft orientierten Präventivmedizin vorstellbar wäre. Die dringend erforderliche Integration neuer Berufsgruppen (Umweltingenieure, Toxikologen, Epidemiologen) ist in nennenswertem Umfang kaum zu erwarten. Nicht ohne weiteres absehbar sind die Folgen des zunehmenden Interesses jüngerer Ärztinnen und Ärzte für die Gesundheitsämter; welche Dynamik diese Entwicklung entfalten kann, die zunächst einmal fraglos ein Ergebnis der sich verschärfenden Verteilungskämpfe innerhalb der Kassenärzteschaft ist, läßt sich wohl kaum zuverlässig abschätzen.

Die Dimensionen des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Wichtig erscheint die Betrachtung der Struktur des öffentlichen Gesundheitsdienstes, dessen »flächendeckendes« Netz außerhalb der Stadtstaaten und der Großstädte aus einer Vielzahl von kleineren und kleinsten Ämtern besteht, in denen die Aufgabenvielfalt von wenigen Entscheidungsträgern unter der Leitung eines »allzuständigen« Amtsarztes wahrgenommen werden muß. Daß eine derartige Kumulation von Funktionen, von Begutachtungen über Seuchenhygiene bis zur Umweltmedizin, oftmals zum bloßen Verwalten der Probleme führen muß, ist evident. Aber auch innerhalb der größeren Städte der BRD gilt es zunächst, schlicht die Relationen zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst und den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen zu sehen. Die günstigsten Bedingungen findet man in West-Berlin vor, dessen Gesundheitsämter einen etwa dreimal so hohen Personalschlüssel aufweisen wie diejenigen der Großstädte in der BRD. Bei insgesamt knapp 150000 Ärztinnen/Ärzten befanden sich 1983 2.290 hauptamtliche und 1.649 nebenamtliche Ärztinnen/Ärzte in den Gesundheitsämtern (zum Vergleich: 2.437 Sozialarbeiter/innen — 1963 waren es noch 4.241; 3.302 Verwaltungskräfte; 1.572 Schreibkräfte). Labisch-Ziesmann hat gezeigt, daß die Zahl der hauptamtlichen Ärztinnen/Ärzte in den Ämtern zwar relativ konstant geblieben ist, daß aber durch die Reduktion

der Zahl der nebenamtlichen Ärztinnen/Ärzte die Arzt/Einwohner-Relation in den 70er Jahren wieder auf das Niveau der 50er Jahre abgesunken ist. Demgegenüber hat sich in den letzten Jahren die Zahl der Fachärzte sowohl im Krankenhaus als auch in der Kassenpraxis mehr als verdoppelt.

Die Bundesstatistik weist für das Jahr 1983 Gesamtausgaben im Gesundheitswesen in Höhe von 214,3 Mrd. DM aus. Dabei beträgt der — nicht näher aufgeschlüsselte Anteil für vorbeugende und betreuende Maßnahmen seit den 70er Jahren konstant um 6 Prozent. Für ihre Gesundheitsdienste gaben die öffentlichen Haushalte 1983 knapp 1,9 Mrd. DM aus. Nur um der Größenordnung willen sei vermerkt, daß nach Schätzungen des wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen die Pharmakonzerne für ihre 15.000 »Berater« mindestens 2 Mrd. DM veranschlagen, daß weiter die Werbung für Arzneimittel jährlich etwa 0,7 Mrd. DM kostet.

Ökonomische Krise und »Reform« der Gesundheitsämter von oben

Die aktuelle Situation der Gesundheitsämter ist davon gekennzeichnet, daß Landesregierungen und Kommunen angesichts der »leeren Kassen« der öffentlichen Haushalte immer intensiver überprüfen, welche der verbliebenen Aufgaben der Ämter zwingend gesetzlich vorgeschrieben sind und welche anderen Aufgabenfelder aufgegeben, ausgegliedert und privatisiert werden können. Die — bis auf West-Berlin, Schleswig-Holstein und Bayern — noch ausstehenden Gesundheitsdienstgesetze werden von diesen Überlegungen nicht verschont bleiben. Weit fortgeschritten ist diese Prüfphase in Rheinland-Pfalz, wo in einem Bericht an die Landesregierung selbst klassische Bereiche der Ämter infragegestellt werden (hierzu Hilbert/Schmacke 1985): Danach wird die Auflösung der kinder- und schulärztlichen Dienste und die Übernahme ihrer Aufgaben durch niedergelassene Kinderärzte diskutiert, für amtsärztliche Gutachten wird in Anlehnung an das Notariatswesen die Übertragung »beliehener Ämter« an niedergelassene Ärzte sowie die Schaffung von »Medizinal-Überwachungsvereinen« erwogen.

Das Subsidiaritätsprinzip wird in diesem Bericht konsequent ausgereizt: der öffentliche Gesundheitsdienst wird endgültig nicht mehr als genuiner Bestandteil des Gesundheitswesens begriffen, sondern als Träger zeitlich begrenzter Aufgaben bis zu deren Übernahme durch private Leistungsanbieter. In diesem Sinn weist der Bericht dem sozialpsychiatrischen Dienst der Gesundheitsämter die »nachgehende und aufsuchende Fürsorge« derjenigen Patienten zu, »denen die Einsicht vor allem für gesundheitliche Vorsorge fehlt, oder die nach dieser Einsicht nicht han-

deln können«. Unmißverständlich ist auch die Beschreibung der Rolle der Ämter gegenüber den Selbsthilfegruppen: »Die Gesundheitsämter sollen auch dazu beitragen, daß sich die Selbsthilfegruppen nicht in einem Protest gegen den etablierten Medizinbetrieb erschöpfen und sollen darauf achten, daß keine bedenklichen Empfehlungen zur Gesunderhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit in den Selbsthilfegruppen Platz greifen«.

Unter den Gesundheitsdienst-Gesetzen der Länder läßt das unlängst verabschiedete Bayerische Gesetz am deutlichsten die Absicht erkennen, dem öffentlichen Gesundheitsdienst nur noch Hilfsfunktionen zuzuweisen. Bei der (mehr als groben) Aufgabenbeschreibung finden sich fast ausschließlich Kann-Bestimmungen: die Gesundheitsämter dürfen, solange andere Leistungsträger nicht aktiv werden. Damit fällt dieses Gesetz hinter die — wenn auch mehrheitlich floskelhaften — Formulierungen des Vereinheitlichungsgesetzes und seiner Durchführungsverordnungen von 1934/35 zurück. Der Weg des weiteren Rückzugs des Staates und seiner Verwaltung aus kostenträchtigen und/oder opportunerweise privatisierbaren Aufgaben ist damit gesetzlich gebahnt.

Das aktuellste Beispiel für eine am Subsidiaritätsprinzip orientierte Aufgabenzuweisung ist der Umgang mit der AIDS-Problematik *(Schmacke* 1986 und 1987). Über Nacht entdeckten die Gesundheitsminister die Gesundheitsämter zur »flächendeckenden« Problemlösung. Gleichzeitig wird die Selbsthilfebewegung hofiert und partiell finanziell unterstützt. Beide »Lösungsstrategien« sind aber zunächst vielleicht nur Ausdruck der Hilflosigkeit des politischen Systems, Antworten auf eine neue Krankheit zu finden, deren Auftauchen das etablierte Gesundheitssystem erneut strukturell überfordert. Schon jetzt ist aber unübersehbar, daß viele Verwaltungsbehörden sowohl die Gesundheitsämter als auch die Kontakte zur Selbsthilfebewegung in klassischer sanitätspolizeilicher Tradition als Kontrollinstrument nutzen wollen, so sehr dies auch im Rahmen der Meldepflichtdebatte heute noch abgestritten wird. Der staatliche Umgang mit dem AIDS-Problem wird jedenfalls ein empfindlicher Indikator dafür sein, ob die Gesundheitsämter eine Chance erhalten, innovativ tätig zu werden oder ob sie erneut verlängerter Arm staatlicher Ausgrenzungs- und Diskriminierungspolitik sein werden (zur Frage präventiver Chancen siehe v.a. *Rosenbrock* 1986).

6. *Aktuelle Aufgabenfelder der Gesundheitsämter: hat Innovation eine Chance?*

Wenn im folgenden danach gefragt wird, ob Spielräume für eine eigenständige Weiterentwicklung der Gesundheitsämter jenseits bestehender gesetzlicher Aufträge und ausschließlich subsidiärer Aufgaben bestehen, so bleibt einstweilen unbeantwortet, welche gesellschaftlichen Kräfte ein Interesse an derartiger Innovation haben können. Gleichwohl soll durch den damit verbundenen (subjektiv gefärbten) kursorischen Einblick in einige wichtige Aufgaben der Ämter deutlich werden, daß der öffentliche Gesundheitsdienst in Bereichen tätig ist, die einer kritischen Betrachtung von Medizin nicht gleichgültig sein sollten. Innovation kann in diesem Darstellungsversuch nicht bedeuten, neue Aufgabenfelder wie die Umweltmedizin im bloßen Additionsverfahren beanspruchen zu wollen; vielmehr gilt es gleichermaßen, den harten Kern amtsärztlicher Tätigkeit zu analysieren, will man nicht ein Gesundheitsamt in idealistischer Reformeuphorie am Schreibtisch entwerfen, das keinerlei Realisierungschancen hätte.

Amtsärztliche Gutachten

Durch Bundes- und Ländergesetze wird ein breiter Katalog an amtsärztlichen Gutachten festgeschrieben, der für absehbare Zeit ein Schwerpunkt der Arbeit in den Gesundheitsämtern bleiben wird. Es stellt sich die Frage, ob die kritische Durchleuchtung dieser Gutachtenpraxis Möglichkeiten bietet, mit der Thematisierung der teils ausgesprochenen, teils versteckten Interessen der öffentlichen Auftraggeber von Gutachten sozialpolitische Fragen und deren Zusammenhang zu gesundheitlichen Problemen soweit transparent zu machen, daß erforderliche Konsequenzen in Gesetzgebung, Verwaltung und Politik gezogen werden können. Einige Beispiele mögen dies verdeutlichen.

Sozialhilfeempfänger können nach dem Bundessozialhilfegesetz zu sog. gemeinnütziger und zusätzlicher Arbeit verpflichtet werden, ein mehr als fragwürdiges Mittel der Sozialpolitik, das zwischen den Polen der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß und einer an die Geschichte der Zwangsarbeit erinnernden »Pflichtarbeit« als Gegenleistung für die bewilligte Sozialhilfe anzusiedeln ist. Das BSHG sieht die Möglichkeit vor, Sozialhilfeempfängern, welche eine zugewiesene Arbeit verweigern, die Sozialhilfe zu kürzen.

Werden von Sozialhilfeempfängern wiederholt Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorgelegt, lassen die Sozialämter oft die Frage der Arbeitsfähigkeit vom Gesundheitsamt überprüfen. Anhand ausgewerteter

Unterlagen konnte in Bremen gezeigt werden, daß in einem hohen Prozentsatz amtsärztliche Untersuchungen von Sozialhilfeempfängern verlangt wurden, bei denen aufgrund lebensgeschichtlicher Zusammenhänge, chronischer Erkrankungen oder allein wegen des Alters das »Mittel« gemeinnützige und zusätzliche Arbeit im Sinne eines rehabilitativen Ansatzes überhaupt nicht diskutabel war. In Gesprächen mit dem Sozialamt konnte erreicht werden, daß derartig unsinnige und für die Betroffenen als Repression der Verwaltung erlebte Untersuchungen durch die vorherige Einschaltung der sozialen Dienste weitestgehend vermieden werden: die Zahl der Gutachtenaufträge ist seither drastisch gesunken. Das Beispiel zeigt, wie eng die Spielräume für eine Intervention des Gesundheitsamtes sind, da der gesetzliche Rahmen samt dem Problem dieses im BSHG vorgesehenen dritten und vierten Arbeitsmarktes fortbestehen bleibt. Andererseits läßt sich mit dem Verfahren eine Vielzahl unwürdiger Begutachtungssituationen verhindern (zum Selbstverständnis der Bremer Sozialverwaltung in dieser Frage s. *Hoppensack/Wenzel* 1985).

Als zweites soll kurz das Feld amtsärztlicher Gutachten für Mitarbeiter des öffentlichen Dienstes gestreift werden, welches von Einstellungsuntersuchungen über einen umfangreichen Katalog nach beamtenrechtlichen Regelungen wie Kuren und Beihilfefragen bis hin zur Frage der Dienstunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen reicht. Es ist evident, daß unter dem verschärften ökonomischen Druck die Brisanz derartiger Gutachten zunimmt, da auch im öffentlichen Dienst rascher als früher vom Arbeitgeber auf die Beendigung des Arbeitsverhältnisses bei Vorliegen gesundheitlich bedingter Leistungseinschränkungen gedrängt wird.

Ein Dilemma derartiger amtsärztlicher Gutachten ist weiterhin, daß die arbeitsmedizinischen Belange der Beschäftigten des öffentlichen Dienstes trotz des Arbeitssicherheitsgesetzes von 1973 mit wenigen Ausnahmen (Hamburg/Köln) nur höchst unzureichende Berücksichtigung finden. Ohne hier auf die grundsätzliche Problematik der Arbeitsmedizin in der BRD eingehen zu wollen, ergibt sich die Forderung nach einem unabhängig vom amtsärztlichen Bereich anzusiedelnden, personell und fachlich adäquat ausgestatteten arbeitsmedizinischen Dienst für den öffentlichen Bereich.

Empirische Untersuchungen des amtsäzrtlichen Gutachterwesens existieren allenfalls in unzureichenden Ansätzen, so daß in weiten Bereichen die Maßstäbe und Auswirkungen dieser Praxis nicht transparent sind. Es ist ein allgemeines Defizit sozialwissenschaftlicher Sozialpolitik-Forschung, daß die ärztliche Gutachtertätigkeit in Gesundheits-

ämtern, im vertrauensärztlichen Dienst der Krankenkassen und bei den Rentenversicherungsträgern kaum Beachtung findet, obwohl hier Entscheidungen enormer Tragweite für die Betroffenen gefällt bzw. vorbereitet werden.

Roth (1986) hat in einer Studie über das Wirken des ärztlichen Gutachters *V.v. Weizsäcker* in der Weimarer Republik und im Nazifaschismus herausgearbeitet, in welchem Umfang die »soziale Frage« im Gefolge von Massenarbeitslosigkeit und ökonomischer wie gesundheitlicher Verelendung auch die Gutachter-Einstellung präformiert hat und daß Ärzte wie *v. Weizsäcker* ihrerseits weitreichende sozialpolitische Forderungen aus ihrer Gutachten-»Erfahrung« ableiteten, die letztlich auf einem patientenverachtenden Menschenbild basierten. Derartige Traditionen ärztlichen Denkens und Handelns sind bislang wissenschaftlich kaum aufgearbeitet, liegen jedenfalls außerhalb des Blickfeldes der »kritischen« Medizin.

Das Geschlechtskrankheitengesetz

Am Bereich der Beratungsstellen für Haut- und Geschlechtskranke läßt sich aufzeigen, mit welch unterschiedlichen Konzepten der Auftrag des Geschlechtskrankengesetzes erfüllt werden kann. Im klassischen gesundheitspolizeilichen Verständnis dienen diese Beratungsstellen der regelmäßigen, angeordneten Untersuchung (fast ausschließlich) weiblicher Prostituierter, wobei vielerorts eine enge Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsämtern und »Sitten«-Polizei eingespielt ist. Hinter diesem Denken verbirgt sich die Überzeugung, mittels regelmäßiger Razzien, Sperrgebietsverordnungen und erzwungener Gesundheitsuntersuchungen das Problem der Prostitution sowohl sozial als auch gesundheitlich-hygienisch »in den Griff« bekommen zu können. Dabei gehen traditionell sowohl Kriminologen als auch Psychiater und Mediziner von einem erbbiologischen und sozialdarwinistischen Verständnis der Prostitution aus, die dabei mit den Etiketten der Minderwertigkeit, des Schwachsinns und der Kriminalität behaftet wird. Die Geschichte der staatlichen Verfolgung der Prostitution ist erst rudimentär beschrieben, eine Abnahme der Häufigkeit von Geschlechtskrankheiten hat sie sicherlich zu keiner Zeit bewirkt.

Auf der anderen Seite sind Versuche zu benennen, in den Beratungsstellen der Gesundheitsämter Prostituierte entgegen der vorherrschenden Diskriminierung als Frauen ernst zu nehmen und ihre eigenen gesundheitlichen Belange zum Thema zu machen — dies auch in Bereichen der Prostitution, welche mit dem traditionellen seuchenhygienischen Arbeitsverständnis überhaupt nicht erreichbar sind. Der Konflikt

zwischen diesen beiden Arbeitsansätzen läßt sich unter anderem daran festmachen, daß sich viele Gesundheitsämter bisher weigern, Sozialarbeit in den Beratungsstellen angemessen zu verankern. Es sei eingestanden, daß sich diese Überlegungen auf eine immanente Auseinandersetzung mit dem Geschlechtskrankheitengesetz beschränken. Eine bessere gesetzliche Regelung oder gar der Fortfall gesundheitspolizeilichen Handelns mit dem Aspekt möglicher Zwangsmaßnahmen dürften aber in der vorstellbaren Zukunft nicht zu erwarten sein.

Der kinder- und jugendärztliche Dienst

Ein großer Teil der Ressourcen der Gesundheitsämter wird für die kinder- und jugendärztlichen Dienste verwandt, die weit über die Schulreihenuntersuchungen hinaus tätig werden. Versuche, in der Nachkriegszeit ein *bundes*gesetzlich abgesichertes Netz an mit größeren Kompetenzen ausgestatteten Beratungsstellen für Kinder, Schwangere und Mütter aufzubauen (verbunden mit dem Namen *Hagen),* scheiterten. Trotz der erheblichen Zunahme an niedergelassenen Kinder- und Frauenärzten, die entsprechend der standesärztlichen Ideologie über eine Allzuständigkeit und Allkompetenz auch in der präventiven Medizin verfügen, sind strukturelle Defizite in der gesundheitlichen Betreuung von Schwangeren, Kindern und Jugendlichen bestehengeblieben. Dies liegt zum einen ohne Frage an der schichtenspezifischen Inanspruchnahme der ambulanten Medizin, des weiteren am ausschließlich arztzentrierten Ansatz eines auf den »Kunden« wartenden medizinischen Anbietersystems, das den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen insgesamt nicht im Blickfeld haben kann. Demgegenüber bietet der kinder- und jugendärztliche Dienst der Gesundheitsämter — zumindest von seiner Struktur her — die Möglichkeit, ganze Jahrgänge von Kindern und Jugendlichen zu untersuchen und dadurch nicht nur individuelle Behandlungsdefizite aufzuzeigen, sondern auch allgemeine gesundheitliche Probleme zu erkennen und planerische Vorschläge zu entwickeln. Die am meisten bekannten Beispiele sind die Feststellungen von Seh- und Hörbehinderungen, von Impflücken und Karieshäufigkeit. Probleme unzureichender Standardisierung und — damit einhergehend — kaum nutzbarer Datenfriedhöfe sind freilich in weiten Bereichen noch ungelöst. Oft reichen die Kapazitäten auch nicht, ein qualitativ gutes Untersuchungs- und Beratungsangebot vom Säuglingsalter bis zum Berufsschul- bzw. Schulabschluß aufrechtzuerhalten. Ein wichtiger Ansatz ist weiter die medizinische Betreuung bei der zögernd begonnenen Integration behinderter Kinder in Kindergärten und Schulen, eine Aufgabe, die niedergelassene Pädiater schon

allein wegen des enormen Zeitaufwandes nicht adäquat übernehmen könnten.

Weiterhin sei noch das in Bremen mittlerweile ausgelaufene Bundesmodell der sogenannten Familienhebammen genannt, in dem schwerpunktmäßig Risikoschwangere ambulant betreut werden. Obwohl nachweisbar ist, daß durch dieses Angebot sowohl während der Schwangerschaft als auch nach der Entbindung die soziale und gesundheitliche Situation der betreuten Mütter und Säuglinge deutlich verbessert werden konnte, wird dieses Modellprojekt nicht fortgeführt werden, während die arztzentrierte Gynäkologie und Geburtshilfe im Rahmen der Finanzierung durch die Krankenkassen ungehindert expandiert.

Schließlich sei nur angedeutet, daß im Bereich der sog. Gesundheitserziehung Perspektiven sinnvoller Tätigkeit vorstellbar sind, angefangen von der Frage einer gesünderen Ernährung während der Schulzeit bis zur Beteiligung an der Aufgabe der Sexualaufklärung — Aufgabenfelder, die mangels personeller Ressourcen und auch überzeugender Konzepte brachliegen. (Zum Selbstverständnis des oben skizzierten Konzepts des kinder- und jugendärztlichen Dienstes s. zuletzt *S. Leidel* in »Fünfzig Jahre ...« 1985, sowie *Zimmermann* in »Leitlinien ...« 1986.)

Der sozialpsychiatrische Dienst

Bizarr-kontrovers wird die Rolle sozialpsychiatrischer Dienste in unserer Gesellschaft diskutiert, die mit unterschiedlicher Motivation von den ärztlichen Standesorganisationen bis hin zu Teilen der grün-alternativen Gesundheitsbewegung heftig befeindet werden. Zunächst ist festzustellen, daß derartige ambulante Dienste nach wie vor mehr als dünn gestreut sind. Eine Situation wie in Bremen, wo insgesamt etwa 50 Mitarbeiter in 5 regional angesiedelten Beratungsstellen arbeiten, stellt die einsame Ausnahme in der BRD dar. Das Bremer Konzept geht von dem Anspruch aus, schwerpunktmäßig die Gruppe der von den übrigen medizinischen Institutionen einschießlich der niedergelassenen Ärzte de facto weitgehend ausgegrenzten Gruppe der chronisch-psychisch Kranken zu betreuen. Dies heißt konkret, soziale Basisbedürfnisse einzufordern, den Aufbau von Wohngruppen zu fördern, die Quote der Zwangseinweisungen so klein wie möglich zu halten und insgesamt dafür Sorge zu tragen, daß diese Kranken in ihrer vertrauten Umgebung integriert bleiben.

Die Kritik von seiten der ärztlichen Standesorganisationen verwundert nicht, fürchten sie doch jeden Teilaspekt medizinischer und psychiatrischer Betreuung außerhalb des kassenärztlichen Monopols wie

der Teufel das Weihwasser. Auf den ersten Blick erstaunlicher scheint die Kritik von bestimmten Vertretern der grün-alternativen Szene zu sein, die im Kern auch in derartigen gemeindenahen Diensten ein Stück staatlicher Kontrolle, Bevormundung, Etikettierung und Vorbereitung zur Aussonderung sehen. So notwendig Skepsis und öffentliche Kontrolle ohne Frage sind, so sicher ist auch, daß sich die Lebenslage für chronisch-psychisch Kranke ohne eine Verstärkung stützender ambulanter Einrichtungen gerade bei der fortschreitenden ökonomischen wie sozialen Krise noch weiter verschärfen wird.

Sozialpsychiatrie ist sicher nicht per se fortschrittlich, auch die Enthospitalisierungs-Programme können mit der Neuschaffung ähnlich unmenschlicher Lebensbedingungen einhergehen. Auf eine idealisierte Selbsthilfebewegung zu setzen, wäre aber gleichermaßen gefährlich, weil diese keine Verpflichtung einlösen muß, Wohn- und Kontaktmöglichkeiten zu schaffen oder sich mit Arbeitgebern auseinanderzusetzen, die psychisch Kranke ausgrenzen wollen. Ambulante sozialpsychiatrische Dienste müssen sicher nicht zwangsläufig bei den Gesundheitsämtern angesiedelt sein, sollten aber jedenfalls als kommunale gesundheitspolitische Aufgabe außerhalb der Krankenhauspsychiatrie eingefordert werden (Zur Situation in Bremen s. *Kebbel* in »Leitlinien ...« 1986).

Umweltmedizin

Vorrangige innovative Bedeutung wird in der internen Diskussion des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Umweltmedizin beigemessen. Vordergründige Einigkeit bei dieser Zielbeschreibung herrscht zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit, der Gesundheitsministerkonferenz der Länder und dem Berufsverband der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst. Realität im staatlichen wie im kommunalen Bereich ist demgegebüber, daß in den letzten Jahren zumeist eigenständige Umweltämter eingerichtet und zum Teil erheblich personell gestärkt worden sind, während die Ausstattung der Gesundheitsämter mit Fachkräften, Literaturdiensten und technisch-apparativen Möglichkeiten bundesweit als spärlich zu bezeichnen ist. Lediglich Hamburg ist diesen Weg der organisatorischen Teilung von Gesundheit und Umwelt nicht mitgegangen.

Natürlich ist die Frage der Chancen einer wirksamen Umweltmedizin nicht ein isoliertes Problem von Zuständigkeiten. Vielmehr stellt sich zentral die Frage nach überzeugenden inhaltlichen Konzepten und der Durchsetzungsfähigkeit im politischen Kräftespiel. So steht außer Frage, daß die Gesundheitsämter bislang eigene Konzepte für einen ge-

sundheitlichen Umweltschutz kaum vorweisen können. Dies hieße zunächst, gesundheitliche Beschwerden, die von Betroffenen auf Umweltnoxen zurückgeführt werden, ernstzunehmen und nicht zu bagatellisieren. Gesundheitlicher Umweltschutz hieße auch, nicht auf der Ebene der Grenzwertdebatten stehenzubleiben, sondern an der Erarbeitung von Konzepten zur Eliminierung von Schadstoffen mitzuwirken.

Auf der technisch-wissenschaftlichen Ebene scheint sich zur Zeit eine Parallele zur Entwicklung der bakteriologischen Medizinaluntersuchungsämter um die Jahrhundertwende abzuzeichnen: waren die staatliche Physici fachlich und organisatorisch dem Fortschrittsparadigma der Bakteriologie nicht gewachsen, so können auch die Gesundheitsämter der Gegenwart technisch-apparativ nicht mit Universitätsinstituten und Umweltbehörden konkurrieren, welche begonnen haben, die ökologische Katastrophe zu dokumentieren. Ob ein Schwerpunkt künftiger Aufgaben überhaupt sein kann, gesundheitsschädigende Einflüsse auf dem Plausibilitätsniveau nachzuweisen, bleibt offen. Ohne Frage bleibt aber die wichtige Aufgabe der Beratung einzelner Bürger wie öffentlicher Institutionen eine Aufforderung an die Gesundheitsämter, der sie nicht ausweichen dürfen.

In dem wichtigen Bereich der Kontrolle der Trinkwasserqualität hat der Gesetzgeber den Gesundheitsämtern eine zentrale Rolle eingeräumt; es wird sich bald zeigen, ob die Durchsetzungsfähigkeit der Ämter z.B. beim Problem der Nitrat-Belastung an politischen und ökonomischen Interessen Grenzen findet. Bei der Vielzahl ungelöster Fragen (Umgang mit den sog. Altlasten und ungehemmte Neuentwicklung chemischer Einzelsubstanzen) steht jedoch zu befürchten, daß ohne eine erhebliche Stärkung der umweltmedizinischen Kompetenz der Gesundheitsämter diese in der Ökologiedebatte schweigsam sein werden oder die Rolle des Apologeten der Kommunal- und Landespolitiker spielen müssen.

Präventivmedizin

Gesundheitlicher Umweltschutz läßt sich als Teil einer präventiv ausgerichteten Medizin begreifen. Damit werden aber zugleich — neben und eng verbunden mit dem Problem der Machtverteilung im Gesundheits- und Sozialwesen — grundsätzliche methodische und gesundheitspolitische Probleme aufgeworfen. Umweltmedizin und Präventivmedizin allgemein können nicht mit dem Instrumentarium der kurativ ausgerichteten Schulmedizin operieren, sie hängen vielmehr von epidemiologischen Studien und von der Grundlagenforschung ab, angefangen von der Toxikologie bis hin zur empirischen Sozialforschung. Gesellschaft-

liche Interessengruppen wie die AOK, der DGB und die kassenärztliche Bundesvereinigung haben in den letzten Jahrzehnten eigene Forschungseinrichtungen geschaffen, die nach einer ideologischen und empirischen Abstützung ihrer Politik suchen. Die etablierte sozialmedizinische Forschung an den Universitäten vermeidet systematisch jede grundlegende Kritik an der Struktur des Gesundheitswesens der BRD. Die Ende der sechziger Jahre eingerichtete medizinische Soziologie spielt — soweit sie überhaupt den Anspruch vertritt, die sozialökonomischen Verflechtungen des Gesundheitswesens zu analysieren — gesellschaftlich kaum eine Rolle. (Zum Standort epidemiologischer Forschung und der Sozialmedizin s. zuletzt z.B. *Lemke/Laaser* 1986 sowie *von Ferber* 1986.) Die Epidemiologie führt außerhalb begrenzter klinischer Fragestellungen eine absolute Außenseiterrolle; zudem kann man sich kaum des Eindrucks erwehren, daß — bei zugegebenermaßen großen methodischen Problemen — die auftraggeberorientierte Taktik dominiert, mittels einer nicht völlig hieb- und stichfesten epidemiologischen Studie die jeweils nächste Untersuchung einzufordern, ohne zu entscheidenden gesundheitspolitischen Aussagen kommen zu müssen.

Der öffentliche Gesundheitsdienst hat diesen bereits besetzten Forschungsfeldern nichts entgegenzusetzen. Die Akademien für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf und München sind hauptsächlich Ausbildungseinrichtungen und allein aufgrund ihres geringen Budgets und des Einflusses der unterschiedlichen Trägerländer kaum in der Lage, eigenständige Forschung zu betreiben. Präventive Medizin wird stattdessen auf das Feld der Gesundheitserziehung oder -aufklärung zurückgeschraubt. Dieses vielbeschworene Arbeitsfeld operiert de facto überwiegend mit moralisierenden Argumentationsmustern, indem bei vielen der zu Zivilisationskrankheiten ernannten chronischen Erkrankungen dem Patienten selber die Schuld an seinem »Fehlverhalten« zugeschrieben wird. Aufgabe der Gesundheitserziehung ist es dann, ihm sein schuldhaftes Verhalten vor Augen zu führen. Derartige Überlegungen sind als unmittelbarer Ausfluß der dominierenden sozialmedizinischen Schule der BRD zu sehen, für welche die Namen *Schaefer* und *Blohmke* stehen.

Ein ernstzunehmenderer Ansatz liegt mit dem Lebensweisen-Konzept vor, das auch von der Weltgesundheitsorganisation vertreten wird und in einer Reihe von Gesundheitsämtern zur Verabschiedung von der Zeigefinger- und Hochglanzbroschüren-Pädagogik geführt hat. Danach kann das gesundheitsschädigende oder -fördernde Verhalten des Individuums nur im Zusammenhang mit der gesellschaftlich geprägten lebensgeschichtlichen Wirklichkeit verstanden werden. Wichtiger Be-

standteil diees Konzepts ist die Überzeugung, daß Gesundheitserziehung nicht arztzentriert verstanden werden darf, sondern nur unter Einbeziehung der für den einzelnen relevanten gesellschaftlichen Arbeits- und Lebensbezüge wirksam werden kann. Kritisch bleibt anzumerken, daß sich das WHO-Konzept sehr stark auf eine Budgetierungs- und Umverteilungsstrategie konzentriert und dabei konkrete Aussagen zum System der Gesundheits- und Sozialpolitik der Mitgliedsländer bewußt ausklammert. Dennoch ist der Versuch der WHO bemerkenswert, in ihrer Regionalstrategie für Europa eine Vielzahl konkreter Ziele bis zum Jahr 2000 formuliert zu haben, die im Vergleich zwischen den einzelnen Mitgliedsländern potentiell zur Entfaltung von politischem Druck auf die BRD als eines der Länder mit dem weltweit größten gesellschaftlichen Reichtum führen könnten.

Inwieweit die Gesundheitsämter in der Lage sein werden, sich bei der Umsetzung dieser Einzelziele Gehör zu verschaffen, bleibt einsteweilen offen. Der Versuch immerhin wäre sinnvoll, die Ämter als Teil der staatlichen und kommunalen Verwaltung nicht aus ihrer Verpflichtung zu entlassen, eigene Vorstellungen einer präventiv orientierten Medizin vorzulegen: von der Inzidenz der Rötelnembryopathie bis hin zur Gefährdung der Bevölkerung durch in Ballungszentren angesiedelte chemische Industrie.

Man darf auch sicher berchtigte Zweifel daran äußern, ob die Gesundheitsämter im fachlichen wie im politischen Kräftespiel überhaupt zum Bündnispartner und Sprachorgan einer ökologisch und prävaentiv orientierten Medizin werden können. Die Tatsache aber, daß Gesundheitsämter heute in der Regel nichts über die Inzidenz gravierender Hospitalinfektionen aussagen können und sich stattdessen um die Ausstattung von Sanitäreinrichtungen mit Papierhandtüchern kümmern oder keine Informationen über die Lagerung hochtoxischer Substanzen in ihrem Einzugsbereich vorweisen können, während gleichzeitig Amtsärzte regelmäßig an militärisch ausgerichteten Katastrophenschutzlehrgängen teilnehmen, spricht nicht dafür, diesen Bereich der Gesundheitsverwaltung fatalistisch abzuschreiben. Die Chance der Gesundheitsämter ist insoweit auch eine Frage der »Wiederentdeckung« durch relevante gesellschaftliche Gruppierungen. Die Gesundheitsämter ihrerseits werden unter Beweis stellen müssen, ob sie bereit sind, Bündnisse außerhalb ärztlicher Standespolitik und fiskalisch-restriktiver Kommunalpolitik einzugehen.

7. Fortschrittliche Gesundheitspolitik mit den Gesundheitsämtern als Quadratur des Kreises?

Jede Diskussion um Zukunftsperspektiven des öffentlichen Gesundheitsdienstes wird zunächst von der Einbindung der Gesundheitsämter in das Gesetzgebungsgeflecht von Bund und Ländern sowie vom Kräfteverhältnis im Gesundheitswesen ausgehen müssen. In der augenblicklichen historischen Epoche, die von einer sich chronisch verschärfenden Massenarbeitslosigkeit und einer immer aggressiveren Sozial- wie Rüstungspolitik gekennzeichnet ist, spricht zunächst alles gegen eine Stabilisierung und Ausweitung öffentlicher und potentiell demokratisch kontrollierbarer Dienstleistungen im Gesundheitswesen, mit Ausnahme bestimmter Bereiche, die sich dann aber dem konservativen Subsidiaritätsprinzip unterzuordnen haben oder eindeutige ordnungspolitische Funktionen tragen.

Forderungen an ein fortschrittliches öffentliches Gesundheitswesen dürfen deshalb nicht dabei stehenbleiben, eine quantitative Absicherung oder Stärkung der Gesundheitsämter zu fordern. Vielmehr ist die Entwicklung eines eigenständigen gesundheitspolitischen Ziels gefordert, welches die vorherrschenden Interessenkonflikte in unserem Gesundheitswesen nicht ausklammern darf. Die mächtigen Interessenorganisationen der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhäuser, die Prediger der Kostendämpfungspolitik, die auch in der gesetzlichen Krankenversicherung ihre Vertreter besitzen und nicht zuletzt die staatliche und kommunale Verwaltung stehen derartigen Überlegungen massiv entgegen. Hinzu kommt, daß die ja erst seit einigen Jahren in Ansätzen aufgearbeitete eigene Tradition des öffentlichen Gesundheitswesens es auch potentiellen Bündnispartnern schwer macht, sich an der Diskussion neuer Konzepte aktiv zu beteiligen. Und schließlich sind die Gesundheitsämter aktuell in vielen Bereichen weit davon entfernt, von den Bürgern selbst als institutionalisierte Anwälte ihrer gesundheitlichen Interessen wahrgenommen zu werden.

Zuletzt bleibt eine scheinbar banale Erkenntnis von grundsätzlicher Bedeutung: die Beurteilung der Chancen und Probleme einer Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist unlösbar verbunden mit der Einschätzung der ökonomischen und politischen Realität in der Gesamtgesellschaft. Der öffentliche Gesundheitsdienst entwickelt sich nicht im luftleeren Raum, seine Überlebens- und Zukunftschancen hängen vielmehr maßgeblich davon ab, welche Spielräume die demokratischen Kräfte in den nächsten Jahren und Jahrzehnten erkämpfen können. Insofern wird es auch eine Frage des Intreresses der kritischen

Öffentlichkeit an den Gesundheitsämtern sein, ob es gelingen kann, im öffentlichen Gesundheitsdienst Kristallisationspunkte einer nicht-ökonomistischen und gesundheitsorientierten Arbeit im Gesundheitswesen zu schaffen und zu festigen. Der zunehmend aggressive Umbau in der bundesrepublikanischen Gesellschaft, für welchen der Begriff der Wende nur als beschönigend bezeichnet werden kann, wird auch für Reformen im öffentlichen Gesundheitsdienst, die gegen den Strom schwimmen, wenig Raum bieten. Noch aber gibt es — und dies gilt für das gesamte Gesundheitswesen — Positionen zu verlieren und damit zu verteidigen.

Literaturverzeichnis

Bachmann, W., 1957/58: Die »Zweckentfremdung« der Gesundheitsämter. Der ÖGD 19. 105-110

Daten des Gesundheitswesens — Ausgabe 1985 — Band 154 der Schriftenreihe des BmJFG. Stuttgart

Ebbinghaus, A., H. Kaupen-Haas, K.-H. Roth, 1984: Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg. Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik im Dritten Reich. Hamburg

Ferber, Ch., 1986: Sozialmedizin und Medizinsoziologie in der Bundesrepublik — Erben einer großen Tradition im elfenbeinernen Turm. MMG 11. 180-186

Fünfzig Jahre Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens. Tagung zur Geschichte und Zukunft des öffentlichen Gesundheitsdienstes am 18. und 19. Mai 1984 in Bremen. Band 12 der Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gemeinwesen in Düsseldorf. Düsseldorf 1985

Gesund sein 2000 — Wege und Vorschläge. Projektgruppe »Nationale Strategie Gesundheit 2000« im Auftrag der *Grünen* im Bundestag. Berlin 1984

Hagen, W., 1953: Vorbeugende Gesundheitsfürsorge. Stuttgart

Hagen, W., 1956/57: Der Mensch unserer Zeit, sozialhygienisch gesehen. Der ÖGD 18. 220-236

Hilbert, Th., N. Schmacke, 1985: Ausverkauf der Gesundheitsämter? Neokonservatismus und öffentlicher Gesundheitsdienst. Unveröff.Ms. Bremen

Hoppensack, H.C. u. G. Wenzel, 1985: Hilfe zur Arbeit und Arbeitszwang. Sozialhilfe und administrative »Normalisierung« von Lohnarbeit. In: Politik der Armut und die Spaltung des Sozialstaats (Hrsg. Leibfried, S. und F. Tennstedt). Frankfurt. 249-267

Labisch, A., 1986: Gemeinde und Gesundheit. Zur historischen Soziologie des kommunalen Gesundheitswesens. Leviathan Sonderheft 7. 275-305

Labisch, A., 1985a: Die soziale Konstruktion der »Gesundheit« und des »homo hygienicus«: Zur Soziogenese eines sozialen Gutes. ÖZS 10. 60-81

Labisch, A., 1985b: Soziologische Grundlagenprobleme der primären Prävention und das Konzept der »gemeinschaftlichen Gesundheitssicherung« der Weltgesundheitsorganisation. In: Krankenkassen und Prävention (Hrsg. Rosenbrock, R. und F. Hauß). Berlin. 51-75

Labisch, A. und F. Tennstedt, 1985: Der Weg zum »Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens« vom 3.7.1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland. Bd.13 d.Schriftenreihe der Akademie für öffentl. Gesundheitswesen in Düsseldorf. Düsseldorf

Labisch-Ziesmann, I.U., 1984: Auswirkungen der personellen Entwicklung im öffentlichen Gesundheitsdienst auf die Arbeitsorganisation eines Gesundheitsamtes. Med. Diss. Aachen

Leibfried, S. und F. Tennstedt (Hrsg.), 1979: Arbeitsbericht zu verschütteten Alternativen in der Gesundheitspolitik. Bremen

Leitlinien für den öffentlichen Gesundheitsdienst: Seminar der Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheit der SPD Bremen in Bad Zwischenahn am 16.11.1985. Broschüre der SPD Bremen. 1986

Lemke, P. und U. Laaser, 1986: Das epidemiologische Modell der Risikofaktoren und seine Umsetzbarkeit — die Epidemiologie in der Realität der Gesundheitspolitik. MMG 11. 215-225

Manger-Koenig, L., 1975: Der öffentliche Gesundheitsdienst zwischen gestern und morgen. Öff. Gesundh.-Wesen 37. 433-448

Pross, Ch. und R. Winau, 1984: Nicht mißhandeln. Stätten der Geschichte Berlins. Band 5. Berlin

Pürckhauer, F., 1954/55: Das Gesundheitsamt im Wandel der Zeit. Der ÖGD 16. 279-296

Rosenbrock, R., 1986: AIDS kann schneller besiegt werden. Hamburg

Roth, K.H., 1984: Schein-Alternativen im Gesundheitswesen: Alfred Grotjahn (1869-1931) — Identifikationsfigur etablierter Sozialmedizin und nationalsozialistischer »Rassenhygiene«. In: Erfassung und Vernichtung. Von der Sozialhygiene zum »Gesetz über Sterbehilfe« (Hrsg. K.H. Roth). Berlin

Roth, K.H., 1986: Medizin und »Euthanasie«: Der Fall Viktor von Weizsäcker. 1999. Zeitschrift für Sozialgeschichte des 20. und 21. Jahrhundert 1. 65-99

Schmacke, N., 1987: Reichweite seuchenhygienischer und gesetzlicher Maßnahmen zur Begrenzung von HIV-Infektionen. In: Psychosoziale Betreuung von AIDS und AIDS-Vorfeldpatienten. Stuttgart (im Druck)

Schmacke, N., 1986: AIDS: Reale Gefahren und Hysterie. Ein Appell zu aufgeklärtem gesellschaftlichen Handeln. Jahrbuch für kritische Medizin 11. Argument-Sonderband 131. Berlin

Schmacke, N. und H.G. Güse, 1984: Zwangssterilisiert, verleugnet, vergessen. Zur Entwicklung der nationalsozialistischen Rassenhygiene am Beispiel Bremen. Bremen

Sons, H.U., 1983: Öffentliches Gesundheitswesen und kommunale Selbstverwaltung in Nordrhein-Westfalen (britisches Besatzungsgebiet) 1945-1949. — Die Kommunalisierung der Gesundheitsämter — Öff. Gesundh.-Wesen 45. 343-348

Weindling, P., 1984: Soziale Hygiene: Eugenik und Medizinische Praxis. Der Fall Alfred Grotjahn. Jahrbuch für kritische Medizin 10. Argument-Sonderband 119. Berlin. 6-20

Weltgesundheitsorganisation (WHO), 1982: Regionale Strategie zum Erreichen des Ziels »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000«. EUR/RC 30/8 Rev. 2

Weltgesundheitsorganisation (WHO), 1983: Einzelziele zur Unterstützung der Regionalstrategie für »Gesundheit 2000«. EUR/RC 33/9