Norbert Schmacke und Hubertus von Schwarzkopf

Lehren aus AIDS: Anregungen für die Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Bis in die siebziger Jahre hinein wurde das Innovationspotential der Gesundheitsämter in der öffentlichen wie wissenschaftlichen Debatte als sehr gering eingeschätzt. Gegen die Gesundheitsämter als bedeutenden Präventionsträger wurde zumeist die zu geringe Fachkompetenz und die Vermischung von fürsorgerischen und gesundheitspolizeilichen Aufgaben ins Feld geführt. Als Hinderungsgrund wurde weiter genannt, daß der öffentliche Gesundheitsdienst unter der subsidiären Rollenzuweisung zu leiden habe und innerhalb des expandierenden Gesundheitswesens der Bundesrepublik nur noch Aufgaben erledige, die andere Institutionen nicht wahrnehmen wollten oder könnten (Badura/Lenk 1989, Labisch 1982).

Mit der schrittweisen Wahrnehmung der HIV-Epidemie durch Öffentlichkeit, Politik und Fachwelt in der Bundesrepublik wurden die Gesundheitsämter etwa ab 1983/84 in unerwartetem Umfang in die Aids-Debatte um die Bewältigung dieser anfänglich schwer einschätzbaren neuen Risikosituation für die Bevölkerung eingebunden. Diese Rollenzuweisung war anfänglich sicher auch Ausdruck der Ratlosigkeit und des Bedürfnisses der Politik, den übersteigerten Ängsten in der Bevölkerung ein flächendeckendes Handlungskonzept entgegensetzen zu können; sie war zudem mit der Erwartung verknüpft, die Gesundheitsämter böten aufgrund ihrer Erfahrungen in der Seuchenhygiene die beste Garantie für durchgreifende Lösungen. Im Ringen um eine effiziente Antwort auf Aids setzte sich innerhalb der aktiven Gesundheitsämter dann die Linie psychosozial orientierter Beratung durch, während die stark auf Erfassung und Ausgrenzung fußende Politik des Freistaats Bayern nicht einmal im eigenen Land in Reinkultur realisiert werden konnte (v. Schwarzkopf 1991, Schmacke 1992).

Inzwischen gilt der Arbeitsschwerpunkt »Aids-Beratung« an Gesundheitsämtern sowohl wegen der Inhalte selber als auch wegen der verallgemeinerungsfähigen Erfahrungen, die mit diesem Ansatz gemacht wurden, in der internen ÖGD-Debatte und zunehmend auch in der Außenbetrachtung als eines der zukunftweisenden Felder. Der damalige Präsident der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen Kröger hält gar für möglich, daß die innerhalb kurzer Zeit erworbenen Aufklärungs- und Beratungskompetenzen im Aids-

Feld nunmehr auf »andere Volksgesundheitsprobleme« mit ähnlichem Erfolg angewandt werden können; er spricht von nationalen Bekämpfungsprogrammen gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, umweltbedingte Krankheitsgeschehen, Fehlernährung, Unfälle und Suchtkrankheiten (Kröger 1989, 550).

Im folgenden wird versucht, Möglichkeiten und Grenzen der Nutzung von Erfahrungen aus der Aids-Arbeit für die konzeptionelle Weiterentwicklung der Gesundheitsämter etwas eingehender zu beschreiben. Die Darstellung geht von einigen grundlegenden Voraussetzungen aus, die für das Verständnis der sich daran anschließenden Thesen wichtig sind, hier aber nicht näher begründet werden:

Nur Gesundheitsämter bestimmter Größe waren in der Lage, personell gut ausgebaute und multiprofessionell besetzte Beratungsstellen aufzubauen, während die kleinen Ämter in den Flächenstaaten zwar zeitlich befristet eine bundesfinanzierte Fachkraft (zumeist Ärzte) eingestellt haben, aber nicht in der Lage waren, ein tragfähiges Beratungskonzept zu entwickeln. Hinzu kommt, daß die seit etwa zehn Jahren zu verzeichnende Reform der Arbeitsinhalte und -methoden auch zwischen den größeren Ämtern erheblich regionale Unterschiede aufweist.

Eine schlichte Übertragung der im Umkreis von Aids gewonnenen Erfahrungen auf die Vielfalt wahrgenommener und vorstellbarer Aufgabenfelder von Gesundheitsämtern ist wegen unterschiedlicher Ursachen bedeutsamer Gesundheitsprobleme der Bevölkerung und weit auseinandergehender Reaktionsmuster innerhalb der Gesellschaft nicht diskussionsfähig.

Die vorgestellten Überlegungen gehen von dem Selbstverständnis aus, daß der öffentliche Gesundheitsdienst bei allen präventiven, gesundheitsfördernden und planerischen Aktivitäten in der jeweiligen Kommune immer nur Teil eines größeren Interaktionsgefüges ist; insofern besteht auch eine eindeutige Skepsis gegenüber einer zu starken Herausstellung der Rolle des ÖGD. Wenig dienlich erscheinen auch plakative Formulierungen wie in der Ergebnisniederschrift der Sitzung der Gesundheitsministerkonferenz von 1991: »Die GMK unterstreicht, daß dem öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung eine wichtige Koordinierungs- und Steuerungsfunktion gemeindenaher Maßnahmen zukommt« (GMK 1991).

Die enormen Erfahrungen in der Aids-Arbeit sind gegenwärtig dringend konsolidierungsbedürftig, weil durch die gewachsene Zahl

von Kranken und die abnehmende Bundesmittelzuweisung an die verschiedenen Träger der Arbeit die Gefahr besteht, daß die dringend erforderlichen spezialisierten Angebote in einer falsch verstandenen Normalisierungsdebatte dem Kostendruck zum Opfer fallen (s. Schmacke 1992). Hierbei sollte der ÖGD sich ganz maßgeblich auch für eine ausreichende Weiterfinanzierung der Selbsthilfegruppen der »at risk« lebenden Männer und Frauen einsetzen. Es wäre fatal, wenn sich die Befürchtung bewahrheiten sollte, daß die Selbsthilfegruppen von der offiziellen Politik nach dem Sprichwort »Der Mohr hat seine Schuldigkeit getan« behandelt werden.

Qualifizierung der Mitarbeiter/innen im Feld der AIDS-Arbeit

Die Herausforderung der HIV-Epidemie hat über die eigentliche Aids-Arbeit hinaus erheblich zur Erweiterung des Horizonts und zur Etablierung neuer Arbeitsansätze in vielen Gesundheitsämtern beigetragen. Diese Entwicklung war nur möglich, weil es seit Ende der siebziger, Anfang der achtziger Jahre den überfälligen Generationenwechsel in den Ämtern gegeben hatte, wobei mehr als nur vereinzelt Mediziner/innen und Sozialarbeiter/innen (um die beiden hier zunächst bedeutsamsten Berufsgruppen zu nennen) in der Arbeit im Gesundheitsamt in neuer Weise eine Möglichkeit entdeckten, sozialmedizinisch und präventiv orientierte Arbeitsansätze realisieren zu können. In einigen Ämtern konnte sicher auch auf die Erfahrungen aus dem »Programm zur Intensivierung der Gesundheitserziehung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst« zurückgegriffen werden (hierzu s. Bericht der Tagung in Travemünde 1989). Der Kompetenzzuwachs betrifft vor allem folgende Grundsatzfragen und Methoden:

Viele Gesundheitsämter haben sich rasch auf die fachlich vielschichtige Thematik Aids eingelassen und sind den Anforderungen von Einzelpersonen und Institutionen nicht ausgewichen.

In den innovationsfreudigen Ämtern ist weitgehend Konsens, daß die »bewährten« Wege der Seuchenhygiene für eine HIV-Präventionsstrategie ungeeignet sind und daß die möglichst rasche und qualifizierte Nutzung sexualmedizinischer und sozialwissenschaftlicher Präventions- und Beratungsstrategien den Schlüssel zu einem von möglichst vielen Bürger/innen akzeptierten und nachgefragten Arbeitsansatz darstellt (Schmacke 1990, Rosenbrock 1986).

Es gelang in mehreren Großstädten, den Standort der Gesundheitsämter im Feld der Aids-Arbeit in der Kommune gut zu definieren,

wobei zum einen das fast durchweg positive Verhältnis zwischen den Selbsthilfegruppen schwuler Männer und den Ämtern hervorgehoben werden kann, weiter insgesamt der ÖGD, so Jarchow (1991), zum Vermittler »zwischen Verwaltung und Basis« wurde, weit über diese Deutung hinaus aktive Ämter innerinstitutionelle Aufklärungs- und Beziehungsarbeit leisteten und damit an der Schaffung des anfänglich keineswegs bestehenden liberalen Umfeldklimas mitgewirkt haben. In der Praxis der Kooperation zwischen Ämtern und Selbsthilfebewegung konnte dargestellt werden, wie wichtig Antidiskriminierungsbemühungen für wirksame Gesundheitsarbeit sind, wo Hauptbetroffenengruppen zum Teil mehrfach stigmatisiert werden (der Wandel im Bereich der Psychiatrie von der Verwahrpsychiatrie zur regional verankerten Sozialpsychiatrie war sicher von ähnlichen Überlegungen begleitet, wobei dies aber nur für wenige großstädtische Gesundheitsämter bedeutsam wurde).

In den AIDS-Beratungsstellen wurde in neuer Weise der multiprofessionelle Arbeitsansatz in Gesundheitsämtern konsolidiert; dieser bewies damti zugleich seine Stärke und spezifische Funktion gegenüber Arztpraxen und auch der Selbsthilfebewegung. Es formte sich das Bild eines psychosozial definierten Beratungs- und Betreuungsansatzes im ÖGD, im Gegensatz zum teils medizinisch begründbaren, teils ausschließlich kulturellen Mustern geschuldeten arztzentrierten Ansatz in der niedergelassenen Praxis. Zugleich bedeutete dies eine Stärkung der psychosozialen Berufsgruppen in den Ämtern; es steht zu vermuten, daß dies längerfristig auch Auswirkungen auf das Hierarchiegefüge haben wird.

In der AIDS-Arbeit gewannen die Gesundheitsämter in einer Art Intensivkursus Erfahrungen in vorurteilsarmer, reflektierter Einzelberatung, Krisenintervention, Zielgruppenorientierung der Angeboten, Multiplikatorenschulung, Nutzung zeitgemäßer Informationsmedien und der Kooperation mit anderen maßgeblichen regionalen Beratungsstellen.

Die AIDS-Thematik hat in den Gesundheitsämtern die Methode der projektorientierten und abteilungsübergreifenden Arbeit vertrauter gemacht. Nehmen Ämter ihre Aufgabenzuweisung traditionell zunächst einmal mit Blick auf umgrenzte Zuständigkeiten wahr, so hat die AIDS-Problematik deutlicher denn je gemacht, daß Zieldefinitionen bei Aufklärungs- und Beratungskonzepten um so besser gelingen, je mehr die zunächst verstreuten Kompetenzen innerhalb der Ämter (wie auch darüber hinaus) gebündelt werden. Dies zeigt sich exemplarisch an der Frage des Infektionsrisikos für Kinder auf

Spielplätzen oder an dem Problem der Entwicklung eines Unterrichtsprogramms über HIV in den Schulen.

Last not least hat die Arbeit in den AIDS-Beratungsstellen in besonders eindringlicher Weise gezeigt, daß für die Entwicklung von Präventionsprogrammen, die maßgeblich von der Möglichkeit der Verhaltensänderung abhängen, neben der Kenntnis der Lebensweisen der unterschiedlichen Zielgruppen auch die unmittelbaren Erfahrungen in der Beratung und Betreuung bedeutsam sind: einerseits um in der Vermittlung von Präventionsangeboten glaubwürdig zu sein, mit anderen Worten keine Schreibtischaufklärung zu betreiben, und andererseits mit dafür Verantwortung zu tragen, daß sich die Gesellschaft intensiv um die Belange derjenigen kümmert, die bereits infiziert/erkrankt sind. Bezogen auf die AIDS-Thematik bedeutet dies auch, die Chancen der Prävention dadurch zu verbessern, daß sozial gut integrierte und gestützte Infizierte oft entscheidende Hilfe bei der Übermittlung der essentiellen Präventionsbotschaften leisten.

Direkte Konsequenzen für Arbeitsschwerpunkte von Gesundheitsämtern

Den direktesten Bezug innerhalb der Gesundheitsämter hat die HIV-Präventions-Problematik zur Arbeit der sog. Beratungsstellen für Haut- und Geschlechtskrankheiten, die de facto Instrumente zur gesundheitspolizeilichen Überwachung weiblicher Prostituierter gewesen sind und deren Anachronismus während der zurückliegenden Jahre im Schatten der AIDS-Debatte sowohl innerhalb der Fachdiskussion als auch in der Wahrnehmung durch die Öffentlichkeit zu wenig thematisiert worden ist (zur Evaluation des traditionellen Ansatzes s. Trossen 1991, zur Neuorientierung s. Jäger 1992). Es gilt, in den nächsten Jahren im Sinne einer aufklärerischen Normalisierung der AIDS-Debatte gemeinsame Präventionskonzepte für alle sexuell übertragbaren Erkrankungen zu entwickeln. Soweit dies nun die Gesundheitsämter betrifft, geht es dabei maßgeblich darum, an die Stelle der Fiktion der staatlichen Überwachung von Kranken, Infizierten und Ansteckungsverdächtigen (so die Terminologie von Seuchengesetzen) den Prinzipien anonymer und vertraulicher Untersuchungs- und Beratungsangebote zu einer allgemeinen Akzeptanz zu verhelfen, was die Änderung der entsprechenden gesetzlichen Grundlagen voraussetzen würde. Es erscheint vorstellbar, daß innerhalb des ÖGD im nächsten Jahrzehnt eine Renaissance der

kommunalen Sexualberatungsstellen der Weimarer Republik realisiert werden kann. Die Prävention von sexuell übertragbaren Erkrankungen müßte dabei Teil eines integrierten kommunalen Systems von Sexual- und Partnerschaftsberatung werden, wobei ÖGD und Einrichtungen wie Pro Familia ihre Erfahrungen einbringen können. Die Wiederentdeckung »verschütteter Alternativen« (Hansen u.a. 1981) setzt freilich voraus, daß nicht nur die Unterschiede in den Problemlagen zwischen der Weimarer Republik und heute analysiert werden, sondern daß die damalige Sozialhygienebewegung nicht verklärt wird (hierzu s. von Soden 1988 und Linse 1989).

Die AIDS-Thematik hat die Notwendigkeit der Intensivierung von medizinischen Angeboten für Drogenabhängige deutlicher denn je gemacht, angefangen von niedrigschwelligen Angeboten bis hin zur stationären Versorgung. Soweit an Gesundheitsämtern Drogenberatungsstellen angesiedelt sind, werden auch diese sich der zunehmenden gesundheitlichen Verelendung bestimmter Gruppen von Drogenabhängigen mehr als bisher stellen müssen.

Verschiedene Arbeitsbereiche von Gesundheitsämtern werden je nach regionalen Erfahrungen und umgemünzt auf ihre Belange von den Prinzipien anonymer und vertraulicher Beratung lernen können. War traditionell die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme von Beratungsangeboten des ÖGD recht hoch, so hat die AIDS-Beratung einen zunächst auf die ganz spezifische Problematik der Diskriminierung der Hauptbetroffenengruppen zugeschnittenen Weg der Öffnung der Gesundheitsämter aufgezeigt, der auch für andere Bereiche von Gesundheitsberatung genutzt werden kann. Es geht dabei einerseits um die Problematik, die Gesundheitsämter zu Orten kompetenter und vertrauenswürdiger Beratung zu entwickeln, wo immer das der Komm-Struktur gehorchende System der Kassenarztpraxis keine befriedigenden Lösungen anbieten kann; als Stichworte seien hier street-work, nachgehende Sozialarbeit, Regionalisierung von Angeboten, Zielgruppenorientierung und Öffentlichkeitsarbeit genannt. Bezogen auf die Einzelberatung geht es vielleicht weniger um die Möglichkeit, sich anonym informieren und beraten zu lassen als um das Vertrauen, ohne Zustimmung nicht von einer staatlichen Instanz erfaßt zu werden. Diese Frage tangiert fast alle Arbeitsfelder von Gesundheitsämtern, von der humangenetischen Beratung über den Sozialpsychiatrischen Dienst bis hin zur umwelthygienischen Beratung. Zum anderen bedeutet dies parallel, Formen fachlich kompetenter Beratung in Gesundheitsfragen jenseits der Ebene ärztlich

dominierter Arzt-Patient-Beziehungen samt ihrer ökonomischen Eigengesetze zu etablieren. Es geht mit anderen Worten um die Fortentwicklung der Theorie und Praxis qualifizierter multidisziplinärer Beratungs- und Aufklärungskonzepte in den Ämtern und im kommunalen Verbund.

Grenzen der Übertragbarkeit von Erfahrungen

Die dynamische Entwicklung des Arbeitsschwerpunktes AIDS-Beratung an Gesundheitsämtern lebte ganz wesentlich von der engen Kooperation mit den Selbsthilfegruppen schwuler Männer und den regionalen Vereinen der AIDS-Hilfen. Diese Konstruktion läßt sich aus vielerlei Gründen nicht problemlos auf andere Bereiche der Prävention und Betreuung übertragen. Dies liegt vor allem daran,

- daß es im Feld der HIV-Prävention präventionsstrategisch relativ einfach war, die entscheidenden Botschaften zu formulieren und – zumindest was die Erarbeitung der relevanten Methoden wie Multiplikatorenschulung im Betroffenenbereich, Ablehnung testzentrierter Beratungsangebote oder zielgruppenspezifische Ansprache anbelangt – auch in bedeutsamem Umfang zu plazieren, während vergleichbar genaue Aufklärungskampagnen für wichtige Gesundheitsprobleme wie Sucht, Koronare Herzkrankheit, muskulo-skeletare Beschwerden und Erkrankungen oder Suizid ungleich schwerer zu formulieren und umzusetzen sind, jedenfalls wenn nicht obsolete Vorstellungen von Gesundheitserziehung zugrunde gelegt werden,
- und daß eine primärpräventiv tätige Selbsthilfebewegung in anderen Gesundheitsfragen mit gleich hoher Kohärenz, überdurchschnittlichem Bildungsgrad und sozialer Kompetenz wie im Bereich der AIDS-Arbeit kaum vorstellbar ist. Die Frage ist hier, wieviel Energie im Selbsthilfebereich durch die größer werdende Zahl an Kranken bei abnehmender staatlicher Unterstützung künftig aufgebracht werden kann. Dies ändert aber nichts an der grundsätzlichen Bedeutung dieser Art von Basis-Gesundheitsarbeit.

Grenzen der Übertragbarkeit zeichnen sich noch in anderer Weise ab. Die primär mittelschichtorientierte und auch -akzeptierte Strategie der Förderung eigenverantwortlichen Gesundheitshandelns grenzt leicht nicht nur die Frage auch, wie andere soziale Schichten erreicht werden können, sie reflektiert vielmehr oft auch nicht, nach welchen Mustern sich soziale Interaktion in diesen gesellschaftlichen

Gruppierungen selber gestaltet und wie staatliches Handeln organisiert wird, wenn an bestimmten geschichtlichen oder ökonomischen Schnittpunkten kompensatorische Sozialarbeit oder friedliches Aushandeln von Spielregeln nicht mehr als Problemlösung ausreicht. Gesundheitsämter muß aber natürlich interessieren, wie sie in schwierigen Bereichen agieren wollen, gerade wenn an die überkommenen Muster gesundheitspolizeilichen Intervenierens nicht angeknüpft werden soll. Dies gilt beispielsweise für Bereiche wie den Sozialpsychiatrischen Dienst, dies trifft zu für die Reaktion auf innerfamiliäre Gewalt, dies gilt insgesamt für den Bereich ger Gesundheitsverwaltung, in dem Gesellschaft und Gesetzgeber die Einhaltung von Normen und ggf. das Androhen oder Anordnen von Zwangsmaßnahmen erwarten bzw. verlangen. Hier muß parallel zum Ausbau und zur Präzisierung der aktuellen Diskussion um Gesundheitsförderung die Debatte um ein neues Verständnis von Eingriffsverwaltung forciert werden, will man nicht wesentliche Bereiche öffentlicher Gesundheitsverwaltung wegdefinieren. Und natürlich gilt der Grundsatz, daß kontrollierende Aktivitäten um so seltener notwendig sind, je besser der Beratungsanteil in den einzelnen Arbeitsschwerpunkten von Gesundheitsämtern ausgebaut ist.

Innovation im kommunalen Gesundheitsbereich

Gilt aus der Perspektive der Förderung eigenverantwortlicher Wahrnehmung gesundheitlicher Belange die Amtsstruktur weithin eher als Hemmnis, so zeigt gerade die AIDS-Problematik, daß die Einbindung in die Strukturen der allgemeinen Verwaltung von der unmittelbaren Kooperationsmöglichkeit mit anderen Behörden, Ämtern und politischen Gremien bis hin zur Außenwahrnehmung des Amtes als einer der Neutralität verpflichteten Fachinstitution auch erhebliche Vorteile für die Realisierung bedeutsamer Präventions- und Planungsideen haben kann. Die AIDS-Arbeit erlaubte Einblicke in eine Vielzahl von gesellschaftlichen Bereichen, die den Ämtern sonst eher verschlossen oder nur unter engen Blickwinkeln zugänglich waren (z.B. traditionell unter dem Aspekt der Hygiene in Gemeinschaftseinrichtungen). Dies gilt für wichtige Ressorts wie Soziales und Justiz mit ihren nachgeordneten Ämtern ebenso wie für Versorgungseinrichtungen wie Krankenhäuser, Arztpraxen und Pflegeheime.

Durch Fortbildungen und Patientenbetreuung stoßen die AIDS-Beratungsstellen immer stärker auf die – aus anderer Perspektive

vielfältig beschriebenen – Defizite in der ambulanten und stationären Betreuung akut bis pflegebedürftig kranker Menschen. Durch die detaillierte, mit den Erfahrungen unmittelbarer Patientenkontakte einhergehende Kenntnis der verschiedenen Problemebenen (Ausbildung/Fortbildung/Hierarchieprobleme/genereller Personalmangel/Finanzierungsprobleme/mangelnde gesetzliche Absicherung von Qualitätskriterien) wird es möglich, Forderungen an die Träger von Einrichtungen zu stellen, so zur Einhaltung von Hygienerichtlinien einschließlich der erforderlichen Qualifizierung des Personals. Kontakte mit den primär zuständigen Stellen (z.B. Pflegedienstleistung, Berufsgenossenschaften im Gesundheitswesen, Kostenträger) transportierten derartige Forderungen weiter. Dies heißt nicht, daß Gesundheitsämter unmittelbar in der Pflege tätig werden sollten, als Institutionen können sie aber zur weiteren Öffnung des Raumes für die immer notwendiger werdende Stärkung der Pflege gegenüber der Medizin beitragen.

Hierzu ist vor allem zu sehen, daß die Gesundheitsämter im Gegensatz zu den Sozialbehörden, Krankenhäusern und Kassen keine eigenen ökonomischen Interessen bezüglich der Pflege haben. Die Problematik der Pflege von AIDS-Patienten kann zudem motivieren, die bisher bereits bestehenden Arbeitsschwerpunkte in Fragen der Pflegebedürftigkeit (vor allem Pflegegeld-Gutachten und Kooperation mit der Heimaufsicht der Sozialbehörden) systematischer auszuwerten.

Die Gesundheitsämter haben dazu beigetragen, daß die Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung für Pflegekräfte vom Bereich Infektions- bzw. Arbeitsschutz bis zur Thematik der Sterbebegleitung deutlich besser geworden sind, sicher unterschiedlich intensiv nach Struktur der Krankenhäuser, sicher weniger in der Arztpraxis als im stationären Bereich. In Bremen gelang es, die zunächst abgeforderten, wenig effizienten Kurzfortbildungen zu HIV durch eine Palette von Angeboten bis hin zu einwöchigen Lehrgängen zu erweitern, wobei der Inhalt weit über die Infektionsproblematik hinausreicht. Gegenwärtig entsteht auf Initiative des Gesundheitsamtes im Verbund mit Landesgewerbearzt, Berufsgenossenschaft und Betriebsärzten/innen ein zeitgemäßen Gestaltungsanforderungen genügendes Arbeitsschutzkonzept für das Krankenhaus. Für die Beschäftigten in den Arztpraxen gibt es in den Kommunen im Gegensatz zum Krankenhausbereich praktisch keine wirksame Interessenvertretung bezüglich Infektionsschutz und Standards der Arbeitssicherheit überhaupt. Hier kann und muß das Gesundheitsamt im

Sinne unmittelbarer Hilfestellung und Einforderung genereller Regelungen tätig werden.

Mit der Zuwanderung von Übersiedlern und Flüchtlingen wurden die Ämter gerade in einem so sensiblen Bereich wie HIV-Aufklärung und -Beratung vor nahezu unlösbare Probleme gestellt. Die Lektion, die es zu lernen gilt, heißt, ein differenziertes Modell der Ausbildung von Multiplikatoren zu entwickeln und innerhalb der bestehenden Strukturen des Gesundheitswesens den Fortbildungsbedarf deutlich zu machen, weit über die Sprachproblematik hinaus. Hierbei können die Ämter die durch die AIDS-Arbeit und alle anderen Ansätze von Einzel- und Institutionenberatung bestehenden Kontakte nutzen, um Basisinformationen über die Inanspruchnahme der ambulanten und stationären Medizin zu verbreiten, vor allem aber das Netz an im doppelten Sinne dolmetschenden Ausländer/innen dichter zu knüpfen, die praktische Sozialarbeit leisten und insofern auch für die Realisierung gesundheitlicher Belange von zentraler Bedeutung sind. Der öffentliche Gesundheitsdienst muß sich aufgrund seiner spezifischen Rolle in der Kommune in besonderer Weise verpflichtet fühlen, mit Politikern, Ärztekammern, Wohlfahrtsverbänden und anderen in einen permanenten Dialog darüber eintreten, wie die eklatanten Defizite der gesundheitlichen Betreuung vieler Zuwanderer systematisch erfaßt und schrittweise abgebaut werden können.

Gesundheitsreformgesetz und öffentlicher Gesundheitsdienst

Während die innere Reform der gesetzlichen Grundlagen der Arbeit von Gesundheitsämtern nach wie vor im wesentlichen aussteht (es gibt keine wirklich fundierte Ablösung des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens – zum Verständnis des GVG s. nach wie vor Labisch/Tennstedt 1985), spiegelt sich die veränderte Realität in den Erörterungen und Gesetzen auf Bundesebene bereits deutlich wider. Gesundheitsförderung wird inzwischen als Pflichtaufgabe der gesetzlichen Krankenkassen wie des ÖGD definiert, wobei gegenwärtig das Hauptproblem darin zu sehen ist, daß wenig konkrete Vorstellungen über die inhaltliche Füllung dieses neuen Zentralbegriffs auf der Ebene des Verbundes von GKV und ÖGD bestehen. Immerhin formuliert das GRG (SGB V) im §20 u.a.:

»Die Krankenkassen sollen bei der Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung ... mit den dafür zuständigen Stellen, insbesondere Gesundheitsämtern..., eng zusammenarbeiten«.

Darüber hinaus ermöglicht der § 67 SGB V:

»Die Krankenkassen und ihre Verbände können zur Erprobung 1. Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit, auch zur Gesundheitserziehung, sowie zur Rehabilitation selbst durchführen und sich an solchen Maßnahmen anderer beteiligen oder sie fördern, 2. sich an Maßnahmen anderer zur Behandlung akuter und chronischer Krankheiten beteiligen oder sie fördern«.

Braun und Reiners weisen in ihrer insgesamt skeptischen Einschätzung der Rolle der GKV darauf hin, wie wichtig es ist, auch die verrechtlichten Bereiche des Gesundheitswesens für die Fortentwicklung einer nicht an den Maximen der kurativen Medizin orientierten Public-Health-Bewegung zu nutzen.

Im Bereich der AIDS-Prävention und -Beratung sind die Kontakte zwischen ÖGD und GKV nicht wesentlich besser ausgebaut als insgesamt. Angesichts der erheblichen Vorleistung und Vorerfahrung im ÖGD dürfte dies aber im Grunde gut zu entwickeln sein. Wenn die Zusammenarbeit projektorientiert ausgebaut wird und der ÖGD nicht den Eindruck vermittelt, den Kontakt zur GKV in erster Linie zur Finanzierung eigener defizitärer Ansätze nutzen zu wollen, kann hier zum ersten Mal in der Geschichte der Bundesrepublik ein wirksames Konzept von Prävention mit personalkommunikativer Methodik im Verbund von GKV und ÖGD entwickelt werden. Daß dabei weitere wichtige Träger und Institutionen einbezogen werden müssen, versteht sich ebenso wie die Notwendigkeit einer Integration, nicht Vereinnahmung der Selbsthilfebewegung. (Dieses Konzept entspricht im wesentlichen der dritten Reformoption zur Umsetzung präventiver Konzepte im Aufgabenkreis der GKV, s. Endbericht der Enquete-Kommission 1990, 34ff.)

Das Lernfeld AIDS und der gesellschaftliche Rahmen

Die Auseinandersetzung mit der AIDS-Thematik ließ nahezu sämtliche Grundsatzprobleme unseres Gesundheits- und Sozialwesens wie einem Brennglas gebündelt deutlich werden. Der ÖGD konnte zeigen, daß er unter bestimmten Voraussetzungen in der Lage ist, in einem schwierigen gesundheitlichen Problembereich innovativ tätig zu werden. Die Perspektive für die Weiterentwicklung der Gesundheitsämter kann sich nun freilich nicht allein durch die Lehren aus AIDS beschreiben lassen. Wichtige Voraussetzungen für eine Fortentwicklung werden durch den gesellschaftlichen Prozeß geschaffen oder verhindert. Damit ist nicht nur vordergründig der finanzielle Rahmen angesprochen, vielmehr geht es weit darüber hinaus um das

gesellschaftliche Klima und um die Außenanforderungen an die Gesundheitsämter. Eine Wiederentdeckung der Gesundheitsämter jenseits der obrigkeitsstaatlichen Tradition lebt von der Art der Wahrnehmung und Rollenzuweisung durch diejenigen gesellschaftlichen Gruppen, die Gesundheits- und Sozialpolitik prägen. Das bittere Kapitel AIDS brachte entgegen den anfänglichen Befürchtungen, der Gesundheits-Polizeistaat stehe ins Haus, für die Gesundheitsämter einen entscheidenden Impuls zur Neuorientierung dieses Teils öffentlicher Gesundheitsverwaltung. Es ist zu hoffen, daß die enormen finanziellen Probleme der Kommunen nicht diese Ansätze dadurch zunichte machen, daß das Leistungsprofil der Gesundheitsämter erneut auf bis dato festgeschriebene gesetzliche Pflichtaufgaben reduziert wird. Die nächsten Jahre bringen eine neue, in dieser Weise völlig unerwartete Herausforderung: den Aufbau des ÖGD in den neuen Bundesländern unter extrem schwierigen gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Voraussetzungen. Es wäre sehr zu wünschen, in dieser Entwicklungsphase auch neue, in den alten Bundesländern nicht realisierbare Modelle von kommunalem öffentlichem Gesundheitsdienst erproben zu können, vor allem in Kooperation mit noch bestehenden Polikliniken und Gesundheitszentren, und ehe die Strukturen der mächtigen Anbieter des Gesundheitsmarktes das Terrain vollends bestellt haben.

Korrespondenzanschrift: Norbert Schmacke
Hauptgesundheitsamt Bremen
Postfach 10 50 09 – W-2800 Bremen 1

Literaturverzeichnis

Badura, B. u. K. Lenk, Der öffentliche Gesundheitsdienst: Begräbnis oder Neubeginn, in: Labisch, A. (Hg.), Kommunale Gesundheitsförderung – aktuelle Entwicklungen, Konzepte, Perspektiven. Dt. Zentr. für Volksges.pfl. e.V. Schriftenreihe Heft 52, Frankfurt (1989), 161-178

Braun, B. u. H. Reiners, Public Health und Gesundheitsförderung als Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), in: Deppe, H.-U. u.a. (Hg.), Öffentliche Gesundheit – Public Health, Frankfurt 1991, 193-214

Enquete-Kommission »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«, Endbericht 12.02.1990, Dt. Bundestag Drucksache 11/6380

Gesundheitsministerkonferenz der Länder, Ergebnisniederschrift der 64. Sitzung am 24./25. 10.1991 in Wiesbaden

Hansen, E. u.a., Seit über einem Jahrhundert...: Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik, WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung, Köln 1981

Jäger, H., Sexuell übertragbare Erkrankungen und öffentlicher Gesundheitsdienst, Öff. Gesundh.-Wesen 54 (1992), im Druck

Jarchow, R., AIDS-Prävention im Gesundheitsamt: Ein notwendiges Übel?! Öff. Gesundh.-Wesen 53 (1991), 444-446

Kröger, E.K., Das AIDS-Qualifizierungsprogramm der Bundesregierung – ein richtungsweisender Ansatz zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Öff. Gesundh.-Wesen 51 (1989), 549-553

Labisch, A. u. F. Tennstedt, Der Weg zum »Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens«, Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, 2 Bde., Düsseldorf 1985

Labisch, A., Entwicklungslinien des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland. Vorüberlegungen zur historischen Soziologie öffentlicher Gesundheitsvorsorge. Öff. Gesundh.-Wesen 44 (1982), 745-761

Linse, U., Alfred Blaschko: Der Menschenfreund als Überwacher. Von der Rationalisierung der Syphilis-Prophylaxe zur sozialen Kontrolle. Z. Sexualforsch. 2 (1989), 301-316

Programm zur Intensivierung der Gesundheitserziehung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (»ÖGD-Programm«), Darstellung der Ergebnisse des ÖGD-Programms und Diskussion von Schlußfolgerungen, Tagung Travemünde 1.-2.06.1989, Köln 1989

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

Schmacke, N., AIDS und Seuchengesetze: Anmerkungen zu historischen Erfahrungen bei der »Bekämpfung« von Infektionskrankheiten, in: Prittwitz, C. (Hg.), AIDS, Recht und Gesundheitspolitik, Berlin 1990, 17-29

Schmacke, N., Zehn Jahre Umgang mit AIDS: Zur Ambivalenz der Normalisierungsforderung, (1992), im Druck

Schwarzkopf, H.v., Total normal? Entwicklung des gesundheitspolitischen Phänomens AIDS, Öff. Gesundh.-Wesen 53 (1991), 459-461

Soden, K.v., Die Sexualberatungsstellen der Weimarer Republik 1919-1933, Berlin 1988

Trossen, H., Zur Reglementierung der Prostitution – insbesondere zur Arbeit der Gesundheitsämter der Bundesrepublik Deutschland West, Öff. Gesundh.-Wesen 53 (1991), 311- 324