

Petra Müller

Gesundheitsförderung – Ansatzpunkt für eine Neuorientierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes?

Ergebnisse einer empirischen Untersuchung in Berlin¹

1. Einleitung

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist eine der ungewöhnlichsten Institutionen im bundesdeutschen Gesundheitssystem. Einerseits gilt er als Fossil, im Hinblick auf eine moderne, problembezogene Gesundheitspolitik unbeweglich und völlig veraltet, andererseits ist er seit Jahrzehnten immer wieder zum Ziel von Modernisierungsforderungen geworden, die ihn als Motor und Manager der Gesundheitspolitik auf kommunaler Ebene sehen wollen. Bezugspunkt solcher Forderungen ist seit Mitte der achtziger Jahre das Konzept der Gesundheitsförderung, wie es in der Ottawa-Charta der WHO formuliert wurde.

Mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wurde 1986 zum ersten Mal auf internationaler Ebene ein Rahmenkonzept verabschiedet, das die Bedeutung strukturbezogener und politischer Bemühungen sowie sozialer Unterstützung für die Förderung individueller und kollektiver Gesundheitspotentiale hervorhebt. Die Attraktivität des Konzepts der Gesundheitsförderung für den ÖGD ergibt sich daraus, daß es die Bedeutung kommunaler Aktivitäten für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit akzentuiert und diese nicht nur als Aufgabe einzelner Akteure, sondern als öffentliche Gemeinschaftsaufgabe definiert. Von Seiten der Gesundheitswissenschaften wurde vor diesem Hintergrund ein »neuer Handlungsrahmen« (Kickbusch 1989) für den ÖGD gefordert: Dieser solle zur gesundheitspolitischen Dienstleistungseinrichtung in der Kommune werden, was heißt, daß er zum einen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention selbst konzipieren und durchführen soll. Zum anderen soll er aber auch die Verantwortlichkeit für die Koordination der in der Kommune vorhandenen Leistungen im Bereich der Gesundheitsfür- und -vorsorge, für die Initiierung und Umsetzung neuer Projekte in gesundheitsbezogenen Planungen und Programmen sowie darüber hinausgehend für den Aufbau einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung übernehmen (vgl. z.B. Badura 1990, Thiele u.a. 1992).²

Gesundheitspolitisch schlug sich diese neue Auffassung des ÖGD in Memoranden und Beschlüssen zahlreicher Gremien auf Bundes- und Landesebene nieder, die unisono Handlungsbedarf zur Umsetzung eines solchen neuen Profils des ÖGD konstatieren (vgl. z.B. GMK 1991, Dt. Ärzteschaft 1994). Auch in neuen Gesetzen und Gesetzesentwürfen der Bundesländer für den ÖGD wird »Gesundheitsförderung« nicht nur als Leitprinzip, sondern immer häufiger auch als Pflichtaufgabe des ÖGD definiert.³

Angesichts der Fülle an programmatischen Schriften, die bisher über Aufgaben und Strukturen des ÖGD publiziert wurden, ist es an der Zeit, danach zu fragen, ob Gesundheitsförderung tatsächlich zur Initialzündung für eine Neuorientierung des ÖGD geworden ist, und wie dieser die Gestaltungsvorschläge, die von außen präskriptiv an ihn herangetragen werden, in seiner Praxis aufgreift. Darauf gehen die Publikationen über den ÖGD allerdings in der Regel nicht ein.

Die Frage nach der Praxis des ÖGD stand im Mittelpunkt einer explorativen Studie in Berlin. Ziel war es, die realen Entwicklungen im Berliner ÖGD nach der deutschen Vereinigung auf der Basis von leitfadenorientierten Interviews mit Repräsentant/innen des Berliner Gesundheitswesens zu analysieren.⁴

Ausgangspunkt der Untersuchung war die Überlegung, daß der Begriff der Gesundheitsförderung oft ohne klare inhaltliche Festlegung verwendet wird (vgl. Laaser u.a. 1993). Auch die daran anschließenden Gestaltungsvorschläge für den ÖGD und Gesundheitsdienstgesetze sind zumeist sehr abstrakt formuliert. Aus der Politikwissenschaft ist bekannt, daß die Umsetzung von Gestaltungsvorschlägen und Rechtsnormen zunächst als Operationalisierungsprozeß zu verstehen ist, in dessen Verlauf die Programmatik konkretisiert und in die strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten des Reformbereichs »übersetzt« wird. Dieser Prozeß wird durch eine Reihe von Variablen beeinflusst, die als Handlungsblockaden oder Handlungschancen zum Tragen kommen können. Das Ergebnis des Operationalisierungsprozesses hängt davon ab, wie diese Variablen wahrgenommen und bearbeitet werden (vgl. Jann 1981, Schubert 1991). Für den ÖGD war daher danach zu fragen:

- Wie wird in der Praxis des ÖGD das Konzept der Gesundheitsförderung interpretiert?
- Werden vom ÖGD anknüpfend an das Konzept der Gesundheitsförderung Perspektiven für einen neuen Standort in der kommunalen Gesundheitspolitik entwickelt?
- Welche Rolle spielen dabei binnenorganisatorische Aspekte, z.B. Personalstruktur, Interessenkonstellationen und Interessenkonflikte?

- Wie und in welchem Maße wird der Prozeß von strukturellen und sozio-ökonomischen Faktoren, wie der Zugehörigkeit des ÖGD zur öffentlichen Verwaltung, Einspar- und Effizienzforderungen und der Einbindung in das Netzwerk gesundheitspolitischer Akteure »vor Ort« beeinflusst?

Die Erhebung wurde 1992 und 1993 durchgeführt; die Studie umfaßt damit den Zeitraum unmittelbar vor der Verabschiedung eines neuen Berliner Gesundheitsdienstgesetzes (GDG) im Sommer 1994 und stellt damit auch die konzeptionellen und strukturellen Voraussetzungen und »Pfade« dar, von denen die Implementation des neuen GDG ausgehen muß. Dieser Aspekt soll weiter unten wieder aufgegriffen werden.

2. *Konzepte und Strategien des ÖGD zur Gesundheitsförderung: eine Typologie*

Im Berliner ÖGD existiert keine Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung. Vom Rahmenkonzept der Gesundheitsförderung ausgehend wurden in den Berliner Bezirken vielmehr völlig verschiedene Konzeptionen entwickelt, die weitgehend unverbunden nebeneinander stehen. Die Konzepte folgen unterschiedlichen Problemwahrnehmungen und Gestaltungskriterien; sie entwickeln jeweils andere Perspektiven auf die Rolle des ÖGD in der kommunalen Gesundheitspolitik. Die Initiative zur Entwicklung und Umsetzung der Konzepte erfolgte nur selten aus dem ÖGD heraus, sondern ging in der Regel von den Gesundheitsstadträt/innen als Schnittstelle zwischen Politik und ÖGD aus.

Die unterschiedlichen Konzeptionen lassen sich in vier idealtypischen Modellen zusammenfassen, die im folgenden dargestellt werden; dabei kann den drei erstgenannten Modellen jeweils etwa die gleiche Anzahl von Interviews zugerechnet werden, das vierte Modell der »Verwaltungsreform von innen« war in geringerem Umfang vertreten.

2.1 *Umetikettierung: Gesundheitsförderung durch »Gesundheitserziehung, -beratung und -aufklärung«*

Entgegen dem gegenwärtig in der Literatur dominierenden Blickwinkel auf Gesundheitsförderung als strukturellem *und* individuellem Prozeß identifizierte ein Teil der Befragten Gesundheitsförderung *ausschließlich* mit der Vermeidung von Risikoverhalten und der Förderung individueller gesundheitsförderlicher Lebensweisen, und sieht daher die Aufgaben des ÖGD in der Gesundheitserziehung, -beratung und -information. Die Realisierung dieser Aufgaben durch den ÖGD wird unter dem

Gesichtspunkt des Marketings betrachtet, dabei kommen individuelle Gesundheitsberatungen, Kurse, Vorträge und »nette Kiezfeste«, bei denen »nette Gesundheit verkauft werden soll« (Interviewaussage) zum Einsatz. Als Vorbild dient vor allem die Produktwerbung.

Inhaltlich und strukturell bleibt dabei im ÖGD alles beim alten: Ziel der Strategie ist der Erhalt und Ausbau der vorhandenen Aufgabenschwerpunkte und Strukturen im Bereich der Individualprävention. Diese werden nun aber mit neuen Chiffren versehen: Wie die Individualprävention zur »Gesundheitsförderung« wird, so wird der Bürger zum »Kunden« und der ÖGD zum Dienstleistungsunternehmen. Implizit wird unterstellt, daß die Bürger als souveräne Kunden die öffentlichen Dienstleistungen je nach individuellen Bedürfnissen auswählen oder auf sie verzichten können; die Frage nach den komplexen Bedingungen von Gesunderhaltung und Krankheitsentstehung sowie nach der Problemangemessenheit und Wirksamkeit von Maßnahmen – und damit ein zentraler Aspekt des Konzepts der Gesundheitsförderung (vgl. Kühn 1993) – wird ausgeblendet bzw. auf die Frage nach der Öffentlichkeitswirksamkeit reduziert. Wenn ein höherer Bezug der Maßnahmen des ÖGD zu Lebensweisen und Lebensstilen in der Bevölkerung gefordert wird, so geschieht dies ausschließlich unter verkaufstrategischen Gesichtspunkten.

Das Modell zeigt, daß auf dem ÖGD zwar ein Veränderungsdruck lastet, der hier jedoch nicht in eine reale Neuorientierung mündet. Die Problemwahrnehmung reduziert sich weitgehend auf die Frage, wie alte Besitzstände des ÖGD gegenüber Einsparvorhaben und inhaltlichen Reformvorschlägen verteidigt werden können. Dabei bleibt allerdings die entscheidende Frage offen, wie angesichts der Vielzahl individualpräventiver Angebote anderer Einrichtungen, wie Krankenkassen und Volkshochschulen, der eigenständige Beitrag des ÖGD zur kommunalen Gesundheitsförderung bzw. Gesundheitspolitik aussehen könnte.

2.2 Professionalisierung:

Gesundheitsförderung durch »Koordination und Planung«

Unter den Reformmodellen hat das Modell der Gesundheitsförderung durch »Koordination und Planung« den weitreichendsten Anspruch. Der Begriff »Gesundheitsförderung« zielt dabei auf die Neuorientierung der gesamten kommunalen Gesundheitspolitik mit der Absicht, eine größtmögliche Bedarfs- und Bedürfnisgerechtigkeit aller gesundheitsbezogenen Angebote, Dienstleistungen und Planungen auf kommunaler Ebene zu erreichen.

Auf den ÖGD bezogen steht die Veränderung seiner Außenbeziehungen im Mittelpunkt, wobei der Blick vor allem auf die anderen professionellen Akteure im kommunalen Gesundheitssystem gerichtet ist. Der ÖGD soll zum Promotor der Neugestaltung der kommunalen Gesundheitspolitik werden, indem er die Aufgaben der Initiierung und Koordination gesundheitsförderlicher Projekte im Bezirk übernimmt. Darüber hinaus wird ihm ein Sicherstellungsauftrag zugeschrieben: Der ÖGD soll die Zugänglichkeit von Versorgungs- und Vorsorgeleistungen für alle Bürger/innen gleichermaßen gewährleisten, indem er Angebotsdichte und -qualität der gesundheitspolitischen Akteure in der Kommune überprüft und nur noch dort selbst initiativ wird, wo für bestimmte Bevölkerungsgruppen oder bezogen auf spezifische Probleme (noch) keine Angebote anderer Einrichtungen existieren.

Aus der Perspektive dieses Modells trägt der ÖGD die Verantwortung für die kommunale Gesundheitsberichterstattung sowie für die Begleitung von Gesundheitskonferenzen und themenbezogenen Arbeitskreisen. Diese Gremien sind gedacht als Verhandlungssysteme der professionellen Akteure in der Gesundheitspolitik unter Einschluß von Selbsthilfeinitiativen und Bürgervereinigungen.

Die Beteiligung der Bürger/innen an Planungs- und Entscheidungsprozessen bleibt damit auf diejenigen beschränkt, die schon von sich aus aktiv geworden sind. Der Mann oder die Frau »auf der Straße« sind dagegen vornehmlich Klientel und Publikum der professionalisierten Gesundheitspolitik, das im Rahmen sog. »Gesundheitsforen« über bezirkliche Vorhaben in der Gesundheitspolitik informiert wird. Das Modell knüpft damit an das Verständnis von Public Health an, wie es schon im 19. Jahrhundert entwickelt worden war: »Gesundheit«, so formuliert es Kickbusch (1989: 148) wurde »als soziales Gut gefaßt – aber schloß keine Teilhabe ein, sie war bestimmt von einem Versorgungs-, nicht von einem Mitwirkungsprinzip«.

Innerhalb des ÖGD übernehmen neugeschaffene »Plan- und Leitstellen« die neuen Aufgaben. Sie sind als Stabsstellen direkt den politisch Verantwortlichen zugeordnet und haben den Status von Innovationsinseln, »deren alleinige Existenz positive Sog- und Schneeballeffekte provozieren soll« (Damkowski/Precht 1995: 72).

Das Modell konzentriert sich also auf eine stärkere Professionalisierung der Gesundheitspolitik und dabei auch auf eine Neubestimmung des Standortes des ÖGD im professionellen Gesundheitssystem, entwickelt aber nur wenig Perspektiven für das Verhältnis zwischen öffentlichen bzw. professionellen Einrichtungen auf der einen und Bürger/innen auf der anderen Seite.

2.3 Demokratisierung: Gesundheitsförderung durch »Partizipation«

Auch das Modell der Gesundheitsförderung durch »Partizipation« zielt auf eine verstärkte Außenorientierung des ÖGD. Sie ist hier vor allem auf die Bürger/innen und nicht primär auf das professionelle Gesundheitssystem gerichtet. Empowerment und Partizipation werden als die zentralen Aspekte der Gesundheitsförderung begriffen. »Empowerment« meint dabei die Stärkung der Kompetenzen der einzelnen sowie sozialer Gruppen, »Partizipation« die Herstellung von Öffentlichkeit für gesundheitliche Belange und die Entwicklung gemeinschaftlicher Aktionen.

Dem ÖGD wird dabei die Rolle eines Initiators und Mediators zugewiesen, eigene Leistungen in der individuellen Prävention soll er auf Angebotslücken beschränken. Die Initiatoren- und Mediatorenrolle übernimmt er durch die Einrichtung von Begegnungsstätten für die Bürger/innen (z.B. Nachbarschaftszentren mit Café, Räumen für Selbsthilfegruppen und Arztpraxen, etc.) und indem er öffentliche Foren zur Diskussion gesundheitsrelevanter Themen anregt und unterstützt und die Ergebnisse an die zuständigen Stellen weiterleitet. Diese Foren stehen allen Interessierten, Expert/innen wie auch Bürger/innen, offen. Damit sollen Möglichkeiten der Information und des Austauschs für diejenigen geschaffen werden, die sich bereits für Anliegen in der Gesundheits- und Sozialpolitik engagieren *und* die Bevölkerung sowie die Verantwortlichen in der Kommune für gesundheitliche Belange sensibilisiert und aktiviert werden. Auf diese Weise soll auch dazu beigetragen werden, daß sich die Bürger/innen gegenüber Politik und Verwaltung auch über das Gesundheitsressort hinaus artikulieren bzw. den ÖGD »von unten« unterstützen, wenn dieser sich ressortübergreifend für die Berücksichtigung gesundheitlicher Belange einsetzt.

Die Umsetzung dieser konzeptionellen Vorstellungen geht zunächst von zeitlich befristeten Projekten aus, die in der Regel in Kooperation mit anderen Einrichtungen im Gesundheitswesen (z.B. als Studienprojekte einer Fachhochschule) bearbeitet werden. Allerdings bleibt unklar, wie damit eine Neuorientierung der Gesamtorganisation des ÖGD initiiert werden könnte.

Anknüpfend an das Modell der Gesundheitsförderung nimmt dieses Modell Abschied vom traditionellen Verständnis staatlicher Fürsorge durch den ÖGD. Hier wird vielmehr ein Bild nicht-hierarchischer Beziehungen zwischen ÖGD, professionellem Gesundheitssystem und Bürger/innen entworfen. Anders als im vorangegangenen Modell wird dabei die Herstellung von Öffentlichkeit nicht mehr nur mit »Information«, sondern mit »Mitwirkung« identifiziert.⁵

2.4 Organisations- und Personalentwicklung:

Gesundheitsförderung als »Verwaltungsreform von innen«

In diesem Modell steht die Perspektive auf die binnenorganisatorischen Entwicklungen im Mittelpunkt. Dem Modell der Gesundheitsförderung als »Verwaltungsreform von innen« liegt die Überlegung zugrunde, daß der ÖGD nur dann überzeugend und wirkungsvoll als Manager, Moderator oder Mediator in der kommunalen Gesundheitspolitik auftreten kann, wenn ÖGD-intern diese Neuorientierung nicht auf einzelne Personen und Stellen beschränkt bleibt, sondern »Gesundheitsförderung« zur »Unternehmensphilosophie« des ÖGD und damit zum Leitmotiv der Arbeit aller Abteilungen und Mitarbeiter/innen wird.

Gesundheitsförderung wird daher an erster Stelle als Prozeß der Organisations- und Personalentwicklung im ÖGD verstanden, in dessen Verlauf Teamstrukturen eingeführt und Managementkompetenzen entwickelt werden sollen. Der Prozeß setzt auf der Führungsebene mit der Einrichtung von Führungsklausuren an, bei denen Leitlinien für ein »gesundes Gesundheitsamt« erarbeitet werden. Weiterhin ist eine stärkere Beteiligung der Mitarbeiter/innen an der Definition von Inhalten und Aufgaben des ÖGD vorgesehen. Dazu dienen die Erarbeitung von eigenen Arbeitskonzepten in den einzelnen Abteilungen und Beratungsstellen des ÖGD, die klare Definition von Zuständigkeiten, innerhalb derer aber den Mitarbeiter/innen Selbständigkeit zugebilligt wird, sowie Angebote zur Weiterbildung, die die vorhandenen Kompetenzen und Interessen stützen und weiterentwickeln sollen.

Als wichtige Voraussetzung für den Erfolg dieser Maßnahmen wird die größere Gleichberechtigung der verschiedenen Berufsgruppen im ÖGD betrachtet, was vor allem bedeutet, die Kompetenzen der anderen Berufsgruppen gegenüber den Ärzt/innen zu stärken. Damit steht auch die Leitungsfunktion der Amtsärzt/innen zur Disposition, an deren Stelle das Modell für die Einführung eines »Führungsteams« mit Angehörigen unterschiedlicher Berufsgruppen plädiert.

Die Perspektive auf die internen Prozesse im ÖGD impliziert auch, daß externe Aktivitäten im Hinblick auf ihre interne Wirkung und Zweckmäßigkeit bewertet werden. So dient z.B. ein »Gesundheitsmarkt« – als gemeinsame Außendarstellung aller Abteilungen des Gesundheitsamtes – in der Phase der Neuorientierung vor allem zur Identifikation der Mitarbeiter/innen mit dem Amt.

2.5 Die Fragmentierung der Strategien zur Neuorientierung des ÖGD

Die Ergebnisse zeigen, daß im Berliner ÖGD bei der Interpretation und Umsetzung von Gesundheitsförderung grundlegende Unterschiede in der Handlungsorientierung und -richtung bestehen. Darüber hinaus ist die Koordination und Abstimmung zwischen den öffentlichen Gesundheitsdiensten in unterschiedlichen Bezirken sowie zwischen Bezirks- und Landesebene nur schwach ausgeprägt. Eine Bündelung der Initiativen findet weder »von oben«, z.B. durch die Einrichtung eines Landesgesundheitsamtes, noch »von unten« durch eine verstärkte Kooperation der Bezirke statt, da Gesundheitsförderung wegen des vergleichsweise großen Gestaltungsspielraums das Profilierungs- und Wettbewerbsfeld der politisch Verantwortlichen im Gesundheitsressort darstellt. Allerdings besteht so die Gefahr, daß in den Bezirken eine »Inselmentalität« entsteht und übersehen wird, daß viele Probleme nicht allein im kommunalen Kontext bearbeitet werden können.

Mit dem Gesundheitsdienstgesetz von 1994 wird Gesundheitsförderung als Pflichtaufgabe des ÖGD definiert und eine Angleichung der formalen Strukturen über alle Bezirke hinweg vorgeschrieben. Die für alle Bezirke nunmehr verbindliche Einrichtung von Plan- und Leitstellen unterstützt zwar das Modell der Gesundheitsförderung durch »Koordination und Planung«. Damit ist aber noch nicht darüber entschieden, wie die Vorgaben des Gesetzes in den einzelnen Bezirken umgesetzt werden: Mit dem GDG wurde ein struktureller Eingriff in den ÖGD vorgenommen, aber kein verbindliches inhaltliches Konzept verabschiedet. Konzeptentwicklung und Implementation bleiben weiterhin den Akteuren in den Bezirken überlassen, die darauf angewiesen sind, an ihre bisherigen Erfahrungen und die bislang entwickelten inhaltlichen Modelle anzuknüpfen.

3. Problemfelder und -wahrnehmungen

Im folgenden sollen die wesentlichen Variablen diskutiert werden, die im Prozeß der Interpretation und Implementation der Gesundheitsförderung durch den ÖGD als Handlungschancen oder -blockaden zum Tragen kommen.

3.1 Ressourcenknappheit als restriktive Rahmenbedingung und Anstoß zur Neuorientierung

In der Debatte über den ÖGD dominiert die Auffassung, daß die schwierige Lage der öffentlichen Haushalte eine Neuorientierung verhindert

(z.B. Leidel 1993). Die Untersuchung zeigt demgegenüber, daß die Knappheit von Ressourcen der inhaltlichen Erneuerung von Aufgaben- definition und Tätigkeit des ÖGD zwar eine Grenze setzt, aber nicht bedeutet, daß eine Neuorientierung insgesamt unmöglich wird. Fiskalische Probleme können einerseits in ein Wechselspiel von Einsparforderungen und ihre Abwehr einmünden. Wie im Typus der »Gesundheitsförderung durch Gesundheitserziehung« werden sie dann zum schlagendsten Argument gegen Reformvorhaben, denen die Notwendigkeit der Bestands- sicherung entgegengesetzt wird. Damit besteht allerdings die Gefahr, daß dem ÖGD pauschale Kürzungen von außen aufgezwungen werden.

Sparzwänge werden aber andererseits auch zu Anstößen für Konzeptionen und Strategien, die inhaltliche Prioritätensetzung und Einspar- optionen miteinander verknüpfen. Einem pauschalen Zurückschneiden des Bestandes wird hier die inhaltlich begründete Verlagerung und die Konzentration auf neue Aufgabenbereiche entgegengestellt. Die Spar- zwänge beschränken allerdings die Möglichkeiten, die Reformoptionen zu realisieren: Neue Aufgaben können nicht zusätzlich, sondern nur durch die Umverteilung von Finanzen und Personal zu Lasten anderer Bereiche erschlossen werden. Das bedeutet auch, daß von dem vorhan- denen Personal und seinen Qualifikationen ausgegangen werden muß und daß neue Qualifikationen intern erworben und entwickelt werden müssen, aber nicht durch Neueinstellungen von außen »importiert« werden können.

3.2 *Interne Widerstände und Blockaden*

Die Implementation neuer Modelle zur Gesundheitsförderung mobilisiert innerhalb des ÖGD Widerstände, die in der Regel aber nicht syste- matisch bearbeitet werden. Solche Blockaden und Widerstände erwach- sen vor allem aus der Neudefinition von Aufgaben und Zielen, die den Einfluß der unterschiedlichen Berufsgruppen im ÖGD mit ihren jewei- ligen Qualifikationen neu gewichten. Die Innovationsmodelle sind vor allem auf strukturelle Aspekte ausgerichtet und stellen Koordination, Planung und Moderation über die traditionelle, einzelfallbezogene Ar- beit. Sie stehen damit zum einen im Gegensatz zum professionellen Selbstverständnis der Amtsärzt/innen und Sozialarbeiter/innen und pro- zozieren deren Opposition aus inhaltlichen Gründen. Zum anderen wer- den durch die Neuorientierung die Qualifikationen und die Leitungsfunktion der Amtsärzt/innen in Frage gestellt, die nun Gefahr laufen, ihre Position an andere Berufsgruppen zu verlieren und aus diesem Grund ablehnend reagieren.

Es ist allerdings kaum möglich, diese Probleme einfach zu umgehen. Interne Blockaden und Interessenkonflikte verstärken sich eher noch, wenn der Versuch unternommen wird, der internen Opposition durch die Ansiedlung von »Innovationsinseln« an der Peripherie der Verwaltung ihren Gegenstand zu entziehen. Dort, wo zum Zeitpunkt der Untersuchung Plan- und Leitstellen als Stabsstellen der Gesundheitsstadträt/innen installiert waren, nahm der Widerstand der Amtsärzt/innen zu, da ihnen die Kompetenzen für die neuen, nun als zentral erachteten Bereiche zugunsten der Plan- und Leitstellen vorenthalten wurden. Darüber hinaus zogen diese Stellen das Mißtrauen der Mitarbeiter/innen im ÖGD auf sich, weil sie vor allem als Instrument zur Kontrolle »von oben« gegen das Gesundheitsamt wahrgenommen wurden. Die Untersuchung deutet darauf hin, daß die Widerstände hier vor allem auf mangelnde Transparenz zurückzuführen waren: Innerhalb des Gesundheitsamtes blieben die Aufgaben und Ziele der Plan- und Leitstellen weitgehend unklar.

Mit dem GDG von 1994 wurde die Einrichtung solcher Plan- und Leitstellen für alle Bezirke verbindlich vorgeschrieben. Für den Erfolg oder Mißerfolg ihrer Implementation wird die offensive Bearbeitung der aufgezeigten Probleme von entscheidender Bedeutung sein. In diese Richtung weist das Modell der Gesundheitsförderung als »Verwaltungsreform von innen«, in dem der Versuch unternommen wird, das Konzept der Gesundheitsförderung für den ÖGD unter dem Blickwinkel der Organisations- und Personalentwicklung umzusetzen, wie es für Krankenhäuser, Schulen und Betriebe seit längerem praktisch erprobt und wissenschaftlich reflektiert wird (vgl. Pelikan u.a. 1993). Entscheidende Schritte sind dabei die interne Verständigung über Aufgaben und Ziele des ÖGD, die Entwicklung von Managementkompetenzen auf der Leitungsebene sowie Qualifizierungsmaßnahmen für die Mitarbeiter/innen. Die Mitarbeiter/innen werden damit als die wesentliche *Ressource* für den Reformprozeß – und nicht wie in den anderen Modellen als Hauptblockadefaktor – verstanden.

3.3 Die Beziehungen des ÖGD zu den anderen Akteuren im Gesundheitssystem und zu den Bürger/innen

Die untersuchten Modelle folgen der Einsicht, daß der ÖGD bei gesundheitspolitischen Entscheidungen auf die Mitwirkung der anderen gesundheitspolitisch relevanten Akteure angewiesen ist. Das Modell der Gesundheitsförderung durch »Koordination und Planung« vertritt dabei die ambitionierteste Variante für die Rolle des ÖGD im Netzwerk

der professionellen Akteure im kommunalen Gesundheitswesen, indem es für ihn die Moderatoren- und Koordinatorenrolle reklamiert. Diese soll er als »primus inter pares« wahrnehmen, der den anderen Akteuren bestimmte Eingriffskompetenzen voraus hat und zudem den sozialstaatlichen Auftrag beansprucht, die Zugänglichkeit zu den gesundheitsbezogenen Angeboten »vor Ort« für alle Bürger/innen gleichermaßen sicherzustellen.

Damit stellt sich allerdings die Frage, wie der ÖGD den sozialstaatlichen Auftrag, den er sich vorbehält, durchsetzen kann. Ihm stehen nur in geringem Maße formale Eingriffs- und hierarchische Steuerungskompetenzen zur Verfügung, er ist vor allem auf Verhandlungen angewiesen. Die Berliner Untersuchung zeigt, daß der ÖGD dabei allerdings nicht ohne weiteres die Position des Koordinators und Moderators besetzen kann: Nicht alle Organisationen, auf die der ÖGD bei einer Zusammenarbeit angewiesen ist, erkennen ihn als kompetenten Moderator und die kommunale/bezirkliche Ebene als relevante Planungs- und Entscheidungsebene an. Dies gilt insbesondere für Organisationen wie die Krankenkassen oder Wohlfahrtsverbände, für die die Bezirksebene vor allem als Implementationsebene relevant ist, die ihre Planungsentscheidungen aber auf der Landes- oder sogar Bundesebene treffen. Die Krankenkassen z.B. zeigen nur wenig Bereitschaft zur Teilnahme an bezirklichen Koordinationsgremien, sind aber bei der Realisierung ihrer eigenen Angebote zur Gesundheitsförderung daran interessiert, mit dem ÖGD zusammenzuarbeiten.

Darüber hinaus ist der ÖGD als Moderator und Koordinator nicht konkurrenzlos. Alternativkonzepte favorisieren eine weitgehende Selbststeuerung der Akteure unter Federführung einer der beteiligten Organisationen, etwa eines Wohlfahrtsverbandes, oder eigens eingerichteter Geschäftsstellen (vgl. Meier 1995).

Auch über das Verhältnis zu den Bürger/innen besteht keine Klarheit im ÖGD. Diese werden einmal als Kund/innen, ein anderes Mal als Klientel bzw. Publikum oder auch als Mitwirkende an gesundheitspolitischen Entscheidungen wahrgenommen. Je nach Blickrichtung nimmt auch der ÖGD unterschiedliche Rollen ein: als Dienstleistungseinrichtung, als professionell orientierter aber paternalistischer Manager oder aber als Verhandlungspartner und Vermittler. Die Unterschiede liegen allerdings nicht immer offen zutage, da mehrere Modelle mit dem Begriff der »Bürgerbeteiligung« bzw. »Partizipation« operieren, wobei aber nur das Modell der »Gesundheitsförderung durch Partizipation« über eine bloße Verbesserung der Information der Bürger/innen hinaus auf reale Mitwirkungsmöglichkeiten zielt. Dem ÖGD werden in

diesem Modell Aufgaben zugewiesen, die auch von wissenschaftlicher Seite als wichtiger Teil der Gesundheitsförderung betrachtet werden: die Herstellung von Öffentlichkeit für gesundheitliche Belange und die Unterstützung und Förderung von Initiativen aus der Bevölkerung (vgl. z.B. Conrad 1989). Es bleibt allerdings zu klären, wie ein Selbstverständnis als »Health Promoter« in der Kommune innerhalb des ÖGD wirksam verankert werden kann.

4. Perspektiven

Den Forderungen nach einer Neuorientierung, die anschließend an das Konzept der Gesundheitsförderung für den ÖGD programmatisch formuliert werden, steht bislang in der Praxis keine erkennbare Gesamtenwicklung gegenüber. Was die Studie für Berlin empirisch belegt, läßt sich für die übrigen Bundesländer mangels verlässlicher Daten nur vermuten: Im ÖGD existieren heterogene Modernisierungskonzepte, die alle mit dem Begriff der Gesundheitsförderung hantieren, sich dabei aber auf ganz unterschiedliche Aspekte und Gestaltungskriterien stützen. Von einer generellen Neuorientierung des ÖGD in der kommunalen Gesundheitspolitik, wie sie in Gesundheitspolitik und Gesundheitswissenschaften immer wieder gefordert wird, kann bislang keine Rede sein.

Für die zukünftigen Entwicklungen im ÖGD wird entscheidend sein, ob es im Rahmen von Innovationsinitiativen, wie z.B. der Umsetzung des neuen Berliner Gesundheitsdienstgesetzes, gelingt, die Probleme zu bewältigen, die sich aus den organisationsinternen und -externen Voraussetzungen und den sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen ergeben. Die Berliner Studie zeigt, daß folgende Dimensionen berücksichtigt werden müssen, damit solche Innovationsinitiativen nicht im Dikicht von Begriffsverwirrungen, Interessenkonflikten und unklaren Kompetenzen stecken bleiben:

1. Die Definition von Aufgaben und Zielen des ÖGD muß stärker als bisher mit Fragen der Organisationsentwicklung verbunden werden. Bislang wird weitgehend darauf verzichtet, beide Aspekte systematisch miteinander zu verknüpfen. Inhaltliche (Neu-) Orientierungen, die organisatorisch in Form von Stabsstellen lediglich an der Peripherie der Gesundheitsämter verankert sind, ansonsten aber kaum Eingang in die Arbeit des ÖGD finden, können dessen Rolle im bezirklichen Gesundheitssystem nicht dauerhaft begründen.
2. Die (Weiter-) Qualifizierung der Mitarbeiter/innen muß als integraler Bestandteil der Weiterentwicklung des ÖGD begriffen werden. Hier

wäre zunächst genauer zu klären, welche fachlichen und organisationsbezogenen Kompetenzen erforderlich wären, um die neuen Aufgaben des ÖGD effektiv zu bewältigen, welche Kompetenzen bereits vorhanden sind und welche Ressourcen für die Personalentwicklung mobilisiert werden können.

3. Die Einbindung in das politisch-administrative System muß als wichtige Rahmenbedingung in die Analyse der Handlungsmöglichkeiten des ÖGD einbezogen werden. Im Hinblick auf eine Gesamtstrategie gilt es insbesondere, den Kommunikationsprozeß der Bezirke bzw. Kommunen untereinander sowie zwischen kommunaler und Landesebene zu verbessern. Für den Berliner ÖGD ist darüber hinaus eine Abstimmung der Entwicklungen mit Brandenburg von Bedeutung.
4. Die Rolle des ÖGD muß sowohl in Bezug auf die anderen Anbieter im Gesundheitswesen, als auch hinsichtlich der Beziehung zu den Bürgerinnen und Bürgern eindeutiger definiert werden. Dabei gilt es zu klären, ob und unter welchen Voraussetzungen der ÖGD in der Lage ist, zu einer Schnittstelle der Gesundheitspolitik auf kommunaler Ebene zu werden.

Korrespondenzadresse:

Petra Müller, Monumentenstraße 19, 10965 Berlin, Telefon 030 / 786 76 81

Anmerkungen

- 1 Der Beitrag beruht auf der Untersuchung »Gesundheitsförderung und Prävention durch den öffentlichen Gesundheitsdienst – Konzepte, Strategien und Perspektiven in Berlin«, die die Autorin im Rahmen des Forschungsprojektes »Gesundheitspolitik in Berlin« durchgeführt hat. Das Projekt wurde von Oktober 1991 bis September 1993 im Rahmen des Förderprogramms der BERLIN-FORSCHUNG an der Freien Universität Berlin gefördert.
- 2 Parallel dazu verläuft die Diskussion darüber, daß der ÖGD neue Aufgaben im gesundheitsbezogenen Umweltschutz und der Umwelthygiene übernehmen soll, als »Fortführung der klassischen staatlichen Seuchenhygiene in moderner und regional angepaßter Form« (Labisch 1991: 101). Die Aufgaben des ÖGD in diesem Bereich, die ebenfalls unter den Begriff der strukturellen Gesundheitsförderung gefaßt werden können, bleiben im vorliegenden Aufsatz ausgeklammert.
- 3 Zum Beispiel in Berlin (§20, GDG), Brandenburg (§1, BbgGDG) und Sachsen-Anhalt (vgl. Riege 1995).
- 4 Insgesamt wurden 45 leitfadenorientierte Interviews geführt, von denen 16 unmittelbar auf den ÖGD bezogen waren. Davon neun Interviews mit Gesundheitsstadträt/innen aus den Berliner Bezirken, die auf kommunaler Ebene für die Gestaltung der Aufgaben des ÖGD verantwortlich sind; zwei mit Vertreter/innen der Senatsverwaltung für Gesundheit, fünf mit Vertretern der Parteien im Abgeordnetenhaus. Die übrigen 29 Interviews wurden im Rahmen des Gesamtprojektes »Gesundheitspolitik

in Berlin« u.a. mit Repräsentant/innen der Krankenkassen, der Ärzteschaft, privatwirtschaftlicher Institute mit dem Arbeitsschwerpunkt Gesundheitsförderung, aus dem Selbsthilfebereich und dem Arbeitsfeld »Arbeit und Gesundheit« und aus der Wissenschaft geführt. Dadurch wurde es möglich, auch die Außenperspektive auf die Entwicklungen im ÖGD zu berücksichtigen. Zum Untersuchungsdesign, den Erhebungsmethoden und Auswertungsstrategien vgl. auch Müller (1994).

5 Zum Wechsel der Konnotation von Public Health in historischer Perspektive vgl. Kickbusch 1989: 148.

Literaturverzeichnis

- Badura, B. (1990): Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung (Public Health). In: Schwarzer, R. (Hg.): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen, S. 51-61.
- Conrad, G. (1989): »Gesunde Städte« – Das neue WHO-Projekt zur kommunalen Gesundheitsförderung. In: Labisch, A. (Hg.): Kommunale Gesundheitsförderung – aktuelle Entwicklungen, Konzepte, Perspektiven. Frankfurt/M., S. 131-138.
- Damkowski, W./Precht, C. (1995): Public Management. Neuere Steuerungskonzepte für den öffentlichen Sektor. Stuttgart.
- Deutsche Ärzteschaft (1994): Gesundheitspolitisches Programm der Deutschen Ärzteschaft 1994. In: Deutsches Ärzteblatt 24/1994, Suppl., S. 3-42.
- GMK (1991): Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen MinisterInnen und SenatorInnen der Länder: Möglichkeiten zur Gesundheitsvorsorge, Krankheitsfrüherkennung und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisniederschrift der 64. Sitzung der GMK am 24./25. Oktober 1991 in Wiesbaden.
- Jann, W. (1981): Kategorien der Policy-Forschung. Speyer.
- Kickbusch, I. (1989): Öffentliche Gesundheit. In: Labisch, A. (Hg.): Kommunale Gesundheitsförderung – aktuelle Entwicklungen, Konzepte, Perspektiven. Frankfurt/M., S. 147-160.
- Kühn, H. (1993): Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Berlin.
- Laaser, U. u.a. (1993): Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel, S. 176-203.
- Labisch, A. (1991): Der ÖGD angesichts neuer öffentlicher Gesundheitsleistungen (»New Public Health«). In: Deppe, H.-U./Friedrich, H./Müller, R. (Hg.): Öffentliche Gesundheit – Public Health, Frankfurt/M., S. 84-101.
- Leidel, J. (1993): Gesundheitsförderung – Anspruch und Wirklichkeit. In: Stadt Köln, Gesundheitsamt: Dokumentation Gesunde-Städte-Symposium, Köln, S. 38-48.
- Meier, B. (1995): Gesundheitskonferenzen – Instrumente der Kooperation zwischen Anspruch und Wirklichkeit. In: Das Gesundheitswesen, 57. Jg., H. 10, S. 645-651.
- Müller, P. (1994): Gesundheitsförderung und Prävention durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. Konzepte, Strategien und Perspektiven in Berlin. Berlin.
- Pelikan, J. M./Demmer, H./Hurrelmann, K. (Hg.) (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim/München.
- Riege, F. (1995): Zwei Landesgesetzentwürfe zum öffentlichen Gesundheitsdienst im Vergleich. In: Das Gesundheitswesen, 57. Jg., H. 12, S. 820-824.
- Schubert, K. (1991): Politikfeldanalyse. Eine Einführung. Opladen.
- Thiele u.a. (1992): Der öffentliche Gesundheitsdienst: Staatlicher Gutachterdienst oder Anwalt für die Gesundheit der Bevölkerung? In: Bieback, K.-J.: Das Gesundheits-Reformgesetz – Eine gescheiterte Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung? Sankt Augustin, S. 187-198.