



Foto: privat

Professor **Norbert Schmacke**, Arzt für Innere Medizin und Öffentliches Gesundheitswesen, war lange Zeit im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig. Insgesamt elf Jahre arbeitete

er am Gesundheitsamt Bremen, bevor er 1994 Direktor der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf wurde. 1999 dann Wechsel zum AOK-Bundesverband.

Seit Oktober 2003 leitet Norbert Schmacke die Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung an der Universität Bremen. Seine Schwerpunkte in Forschung und Lehre: Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin, Arzt-Patient Kommunikation, Disease Management, Innovationsbewertungen in der Sozialversicherung (evidenzbasierte Medizin/Health Technology Assessment).

Blickpunkt: In der Zeitschrift „Gesundheit und Gesellschaft“ haben Sie im letzten Jahr „Dr. Unbekannt“ vorgestellt, den Arzt am Gesundheitsamt. Warum ist über das Tätigkeitsfeld des „Amtsarztes“ so wenig bekannt?

N. Schmacke: Die Antwort packe ich in die Frage: Wann kommen die Bürgerinnen und Bürger mit dem Amtsarzt in Kontakt? Wenn man das im Vergleich zu der hohen Kontaktdichte der Bevölkerung mit den niedergelassenen und stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten sieht, dann ist das kein Wunder. Und auch die Institution „Amtsarzt“ ist trotz ihres häufig breit gefächerten Berufsspektrums nicht so präsent wie die kurative Medizin. Schließlich sind viele wichtige Aktivitäten zum Beispiel im Bereich des gesundheitlichen Umweltschutzes nicht so spektakulär, als dass sie im öffentlichen Bewusstsein haften blieben.

Blickpunkt: Die Situation ist für den öffentlichen Gesundheitsdienst in den letzten Jahren zunehmend schwierig geworden. Der Sparzwang in den Kommunen macht sich deutlich bemerkbar. Warum ist es dem öffentlichen Gesundheitsdienst nicht gelungen, sich im Zuge der Verwaltungsmodernisierung und der Reformdiskussion besser zu positionieren, sprich: sich als wichtiger gesundheitspolitischer Akteur in der Kommune zu etablieren?

N. Schmacke: Die Weichen sind wohl schon in den 50er und 60er Jahren gegen den ÖGD gestellt worden, weil es insbesondere die niedergelassenen Ärzte und ihre Verbände geschafft haben, in der Politik als Monopolist in Sachen Gesundheit aufzutreten. Die von Ihnen angesprochene Phase der Reform des öffentlichen Dienstes war dann im Rückblick doch insgesamt wenig innovativ. Was ist denn von den hochfliegenden Plänen der KGSt, der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement, geblieben? Neue Steuerungsmodelle oder doppelte Buchführung mit Primat der Kämmerer? Trotzdem trägt meiner Meinung nach auch der ÖGD eine Mitverantwortung, weil er es nicht geschafft hat, vor allem in den Kommunen seine Bedeutung für florierende Gemeinschaften ausreichend deutlich zu

machen. Und wo beispielsweise sozialkompensatorische Aufgaben gut entwickelt werden konnten, wurden sie immer wieder mit der öffentlichen Armut konfrontiert und tendenziell in Frage gestellt. Eine starke Lobby für den ÖGD gibt es auf der kommunalen Ebene praktisch nicht.

Blickpunkt: Welche anderen Faktoren tragen dazu bei, dass der

„Das Thema Gesundheit wird in Deutschland praktisch ausschließlich als ein Problem der Krankenversorgung wahrgenommen. Hier spielt die Musik, hier werden gigantische Summen umverteilt.“

ÖGD mit seinen Aufgaben nicht so wahrgenommen wird, wie es wünschenswert wäre?

N. Schmacke: Ein vom ÖGD nicht zu verantwortender Grund: Das Thema Gesundheit wird in Deutschland praktisch ausschließlich als ein Problem der Krankenversorgung wahrgenommen. Hier spielt die Musik, hier werden gigantische Summen umverteilt. Und die Politik hat sich darin eingeübt, bei allen Problemen, die eigentlich in die Regie von Ländern und Kommunen gehören, danach Ausschau zu halten, ob entsprechende Leistungen in die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung oder anderer Kostenträger verlagert oder umdefiniert werden können. Etwas anders sieht es meiner Einschätzung nach auf der Bundesebene aus, wo vor allem das Robert-Koch-Institut, u.a. gemeinsam mit dem Statistischen Bundesamt, relevante öffentliche Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung bewältigt. Der kommunale ÖGD tut sich natürlich sehr viel schwerer mit seiner GBE, weil er häufig die methodischen Kompetenzen nicht aufweist oder im Falle sachkundiger Berichte mit dem Vorwurf der Skandalisierung von gesundheitlicher und sozialer Benachteiligung leben muss.

Blickpunkt: Heute ist viel von „Pflicht“ und „Kür“ die Rede. Beispiel: Schweinegrippe. Die Impfungen haben Ende letzten Jahres fast alle Ressourcen gebunden. Und der ÖGD hat sich hier ja auch nicht ungern in die Pflicht nehmen lassen. Wie sieht es aber mit dem sozialkompensatorischen Auftrag

Nachgefragt

„Der öffentliche Gesundheitsdienst im Wandel – Integration und Kooperationen“ – unter diesem Motto steht der diesjährige ÖGD-Kongress, der vom 29. April bis 1. Mai in Hamburg stattfindet. Anlass für die Redaktion einmal nachzufragen, wie es in Zeiten knapper Kassen um den ÖGD bestellt ist. Norbert Schmacke von der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung der Universität Bremen und langjähriger Kenner des ÖGD beschreibt die Situation als schwierig: „Eine starke Lobby für den ÖGD gibt es auf der kommunalen Ebene praktisch nicht.“ Was bedauerlich ist, denn mit dem ÖGD verbindet sich, so Norbert Schmacke, ja auch die Chance, den Bereich „Gesundheit der Bevölkerung“ umfassend zu verstehen und zu kommunizieren. Einerseits. Andererseits werden die Handlungsspielräume immer kleiner. Viele Ämter beschränken sich (notgedrungen) auf das so genannte Pflichtprogramm. Das wirft die Frage auf, ob und wie es dem ÖGD gelingen kann, jenseits von klassischer Hygieneaufsicht und amtsärztlichen Begutachtungen ein eigenes Profil zu finden.

aus? Gerät er nicht immer mehr ins Hintertreffen?

N. Schmacke: Das Kapitel „Schweinegrippe“ wartet für mich auf eine weitere Bearbeitung. Klar scheint aber: Nachdem die WHO die Pandemie ausgerufen hatte, konnten Länder und Kommunen vermutlich nicht anders handeln, als sie es getan haben. Wie sehr dabei direkte Beeinflussung durch

Soziales, Umwelt, Sport, Ernährung vor Ort; die Möglichkeit der Zusammenarbeit einer Vielzahl von Fachberufen; die Chance, den Bereich „Gesundheit der Bevölkerung“ umfassend zu verstehen und zu kommunizieren. Die denkbaren Schwächen sind leider auch vielfältig. Erreicht ein Amt überhaupt die kritische Größe, um wenigstens den gesetzlich unstrittigen Auftrag zu erfüllen? Gibt es in den Parlamenten und in der Öffentlichkeit genügend Unterstützung oder wird der öffentliche Gesundheitsdienst als Sparpotenzial gesehen? Findet der ÖGD ein eigenes Profil jenseits von klassischer Gesundheitsaufsicht und amtsärztlichen Begutachtungen? Wird „öffentliche Gesundheit“ auch über die Amtsstruktur hinaus gedacht und als gemeinsame kommunale Aufgabe verstanden?

Blickpunkt: Der diesjährige ÖGD-Kongress steht unter dem Motto: Der öffentliche Gesundheitsdienst im Wandel – Integration und Ko-

operationen. In welchen Bereichen sollte der ÖGD Kooperationsmöglichkeiten suchen?

N. Schmacke: Da gibt es bestimmt keine Patentrezepte. Mir leuchtet am ehesten ein, den Schulterchluss mit den Bereichen Erziehung und Bildung zu suchen und zu forcieren. Gerade Prävention und Gesundheitsförderung sollten nicht als eine Art Importprodukt für Kita und Schule verstanden werden, sondern müssen ein gemeinsames Anliegen sein, mit den dort tätigen Profis und mit den Kindern und ihren Erziehungsberechtigten. Das umfasst für mich ausdrücklich auch die Frage von Migration und Gesundheit. Es ist keine neue Erkenntnis: Bildung und Gesundheit sind ein gewaltiges Zukunftspotenzial oder Problem von Gesellschaften. Wenn das wieder besser verstanden wird, lassen sich Investitionen in diese Felder gut begründen.

„Mir leuchtet am ehesten ein, den Schulterchluss mit den Bereichen Erziehung und Bildung zu suchen und zu forcieren... Bildung und Gesundheit sind ein gewaltiges Zukunftspotenzial oder Problem von Gesellschaften. Wenn das wieder besser verstanden wird, lassen sich Investitionen in diese Felder gut begründen.“

operationen. In welchen Bereichen sollte der ÖGD Kooperationsmöglichkeiten suchen?

N. Schmacke: Da gibt es bestimmt keine Patentrezepte. Mir leuchtet am ehesten ein, den Schulterchluss mit den Bereichen Erziehung und Bildung zu suchen und zu forcieren. Gerade Prävention und Gesundheitsförderung sollten nicht als eine Art Importprodukt für Kita und Schule verstanden werden, sondern müssen ein gemeinsames Anliegen sein, mit den dort tätigen Profis und mit den Kindern und ihren Erziehungsberechtigten. Das umfasst für mich ausdrücklich auch die Frage von Migration und Gesundheit. Es ist keine neue Erkenntnis: Bildung und Gesundheit sind ein gewaltiges Zukunftspotenzial oder Problem von Gesellschaften. Wenn das wieder besser verstanden wird, lassen sich Investitionen in diese Felder gut begründen.

Blickpunkt: Stichwort moderner

lich, aber wahr) zum Beispiel für das Thema Ernährung und Gesundheit im Kindesalter. Deshalb findet sich dort die bekannte bunte Wiese an Angeboten, die in der Regel nicht evidenzbasiert sind, was keine Kritik an dem dort vorfindlichen Engagement sein soll. Und dann gibt es sicher auch im ÖGD Berührungspunkte mit der Welt der Universitäten, weil man sich ausgeforscht oder belehrt fühlt. Andererseits gibt es aber auch ermutigende Entwicklungen, wie die wachsende Zahl von Public Health Absolventinnen und Absolventen im ÖGD oder auch die große Zahl von Praktika und die sich daraus entwickelnden wissenschaftlichen Abschlussarbeiten. Das sind einfach zwei verschiedene Welten, die aber lernen können, miteinander ins Gespräch zu kommen.

Blickpunkt: Herr Schmacke, vielen Dank für dieses Interview.

Interview: Ellen Steinbach