

Entwicklungslinien öffentlicher Gesundheit in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland

Vom Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens
zu den Landesgesundheitsdienstgesetzen

ÖGD – ÖGW – Public Health – Verwaltung

Es ist das vorrangige Ziel aller Aktivitäten und Maßnahmen im Bereich öffentliche Gesundheit Bedingungen zu schaffen, in denen möglichst alle Menschen gesund leben können. Diese umfassende Ausrichtung der öffentlichen Gesundheit ist eine gesamtgesellschaftliche Gemeinschaftsaufgabe, in der alle gesellschaftlichen Gruppen, Initiativen, Einrichtungen und Fachbehörden Verantwortung tragen, um den Menschen die Realisierung ihrer Gesundheitschancen zu ermöglichen sowie ein hohes Maß an Gesundheitsschutz und gesundheitlicher Lebensqualität zu garantieren.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist sowohl Teil des Öffentlichen Gesundheitswesens und dieses wiederum Teil des gesundheitlichen Versorgungssystems, das in Deutschland in den Bereichen der Diagnostik, Kuration und Rehabilitation staatsfern organisiert und verantwortet wird, als auch der öffentlichen Verwaltung entweder in kommunaler oder staatlicher Trägerschaft. Daher verfügt der ÖGD – im Gegensatz zu den anderen Gesundheitssicherungssystemen des Sozialgesetzbuches in Deutschland – über keinen eigenen Sozialleistungsträger, der die Interessen der öffentlichen Gesundheit artikulieren könnte. In dem kommunalen Diskurs und der örtlichen Priorisierungsdebatte ist das Gut der öffentlichen Gesundheit nur eines von vielen Handlungsfeldern. Der kommunale Gesundheitsdienst als integraler Teil der Kommunalverwaltung ist sowohl in die Verwaltungsmodernisierung eingebunden als auch von ihr betroffen. Hier sei als ein Schlagwort für den gesamten Erneuerungsprozess das „Neue Steuerungsmodell“ genannt. Er hat aus dem kommunalen Verwaltungssystem heraus zu einer „bedarfsgerechten, wirtschaftlichen, in der Wirksamkeit und Qualität dem allgemeinen anerkannten Stand der gesundheitswissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Versorgung der Bevölkerung“ beizutragen (GDG NRW).

Wegen der Garantie des kommunalen Selbstverwaltungsrechts gemäß Artikel 28 des Grundgesetzes und der daraus abgeleiteten Organisations- und Personalhoheit der kommunalen Gebietskörperschaften hat sich in den deutschen Kommunen nicht nur eine Vielfalt von Organisationsstrukturen und Bezeichnungen für den

Entwicklungslinien öffentlicher Gesundheit in den Ländern der Bundesrepublik Deutsch- land – vom Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens zu den Landesgesund- heitsdienstgesetzen

oder die Fachdienste entwickelt. Noch gravierender sind die Unterschiede der Personalausstattung sowohl quantitativ als auch professionsspezifisch in den Kreisen und kreisfreien Städten. Diese reicht beispielhaft von den Arztstellen von 0,4 Ärzten je 10.000 Einwohner in süddeutschen Ländern bis zum 4fachen im Land Berlin oder Bremen. Darüber hinaus führen die heterogenen „Kommunalverfassungen“ in den Ländern zu weiteren strategischen, konzeptionellen Herausforderungen.

Die Aufgaben im Bereich öffentliche Gesundheit sind in einem möglichst arbeitsteiligen Prozess von staatlichen, kommunalen und nichtstaatlichen Institutionen wie der Selbstverwaltung, der Zivilgesellschaft aber auch von Einzelnen wahrzunehmen. Zu dieser gesellschaftlichen Zielsetzung haben sich auch alle EU-Länder im Vertrag von Lissabon, der im Dezember 2009 in Kraft getreten ist, verpflichtet. Dort heißt es im Artikel 168, dass es das Ziel aller Gemeinschaftspolitiken (health policies) ist, ein hohes Gesundheitsschutzniveau sicherzustellen. Dies bedeutet nicht nur eine zunehmende internationale Vernetzung und abgestimmte länderübergreifende Maßnahmen, sondern auch die noch ausstehende Entwicklung von Kriterien und Indikatoren zur Beurteilung aller politischen Strategien und Maßnahmen auf die öffentliche Gesundheit. Da ein hohes Gesundheitsschutzniveau ein Prüfkriterium für alle Politikfelder ist, bedarf es der Entwicklung von Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen. Ein ambitioniertes Ziel, dessen konkrete Implementation noch eine lange Zeit in Anspruch nehmen dürfte. Bislang kaum diskutiert sind die möglichen Auswirkungen der zusätzlichen Kompetenzen im Bereich „Public Health“, die die EU mit dem Lissabon-Vertrag erhalten hat: Nicht nur Zuständigkeiten bei weit verbreiteten (Infektions-)Krankheiten, sondern auch die Kompetenz der Festlegung von Leitlinien, Standards und Verfahren für den gesamten Public Health-Bereich.

Dieser umfassende Ansatz von öffentlicher Gesundheitssicherung im Sinne des anglo-amerikanischen Begriffs „Public Health“ fand im deutschsprachigen Raum in der damals neuen wissenschaftlichen Disziplin der Medizin, nämlich der Staatsarzneikunde oder auch der „Medizinischen Polizey“, in dem gleichnamigen Hauptwerk von Johann Peter Frank Ende des 18. Jahrhunderts einen ersten Höhepunkt.

In der historischen Entwicklung öffentlicher Gesundheit in Deutschland lassen sich verschiedene Phasen unterscheiden, deren jeweilige gesundheitswissenschaftlichen Bezugsdisziplinen wie die experimentelle Hygiene, Bakteriologie, Sozialhygiene, Epidemiologie, Sozialmedizin sowie Soziologie und Gesundheitsökonomie in den konsekutiven Phasen implementiert und fortgeschrieben wurden und werden (Locher, Wildner, Kerscher). In der Analyse dieser Entwicklungslinien lässt sich belegen, dass in Deutschland der Öffentliche Gesundheitsdienst als der Teil des Öffentlichen Gesundheitswesens der dem öffentlichen Dienst auf kommunaler Ebene, Länder- und Bundesebene zuzuordnen ist, aus zwei unterschiedlichen Entwicklungssträngen hervorgegangen ist:

aus der Medizinal- und Sanitätsaufsicht der neuzeitlichen Territorialstaaten einerseits und der Gesundheitsfürsorge der Industriestädte andererseits.

Staatliche Gesundheitsaufsicht und kommunale Gesundheitsfürsorge entwickelten sich Ende des 19. Jahrhunderts in einem teils sich ergänzenden, teils gegensätzlichen Dualismus, wobei dieser Prozess formalrechtlich in dem „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ (GVG) von 1934 aufgehoben wurde.

Neben der formalrechtlichen Betrachtung muss jedoch der konzeptionell-strategische Unterschied sowie der Wirkunterschied staatlicher Interventionsmöglichkeiten im Vergleich kommunaler Gestaltungsmöglichkeiten auch heute bedacht werden: Die einheitlichen, gleichmäßigen und flächendeckenden, dafür aber relativ unflexiblen Verfahren des Staates einerseits im Vergleich zu den zwar uneinheitlichen, vielfältigen, dafür aber den jeweiligen regionalen Bedürfnissen der Bevölkerung und bestimmter Bevölkerungsgruppen angepassten, flexiblen kommunalen Aktivitäten andererseits (Labisch).

Dieser sowohl konkurrierende als auch ergänzende Sachverhalt und die sich daraus ergebenden Limitationen des jeweiligen Interventionsansatzes sind bei dem bisher erfolglosen Ringen um eine umfassende (nationale) Präventionsstrategie bzw. –konzeption von entscheidender Bedeutung. Gleiches gilt für die noch andauernde Diskussion um Gesundheitsziele.

Das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (GVG) und seine Fernwirkungen

Mit dem GVG als Reichsgesetz wurden Organisation und Durchführung von staatlicher Gesundheitsaufsicht sowie kommunaler Gesundheitsfürsorge auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte zusammengefasst – damit war der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), einschließlich dieses Namens im heutigen Sinne geschaffen, der als ärztlich ausgerichtete und ärztlich geleitete „Fachbehörde“ in seinem Leistungsspektrum gleichzeitig der Ordnungs- wie Leistungsverwaltung zuzuordnen ist, ohne dabei originäre administrative (exekutive) Zuständigkeit in den genannten Bereichen zu haben.

Das GVG schuf ein einheitliches Medizinalbeamtenamt in Gestalt des Amtsarztes als Amtsleiter und beamteter Ärzte mit eigener Laufbahn. Da der Amtsarzt Staatsbeamter war, hatte das örtliche Gesundheitsamt gegenüber den Kommunen verwaltungsrechtlich eine selbständige Stellung. Die mit dem GVG geschaffene staatliche Sonderbehörde auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte (Anmerkung: Bis heute verfügen die kreisangehörigen Städte und Gemeinden über keinerlei ge-

Entwicklungslinien öffentlicher Gesundheit in den Ländern der Bundesrepublik Deutsch- land – vom Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens zu den Landesgesund- heitsdienstgesetzen

nuine rechtlich verankerte Strukturen der Gesundheitssicherung und –förderung im Gegensatz beispielsweise zu umfassenden Einrichtungen der Jugendhilfe und der Verhältnis- und Verhaltensprävention). Bezüglich der aktiven Unterstützung der nationalsozialistischen Rassenideologie und der Mitwirkung bei den formal legalistischen Maßnahmen der nationalistischen Bevölkerungspolitik, Rassenhygiene sowie Sterilisationsmaßnahmen durch die Gesundheitsämter und deren Amtsärzte sei auf die Arbeiten von Donhauser verwiesen. Neben dieser historischen Belastung erscheint aus heutiger Sicht eine der nachhaltigen, negativen Fernwirkungen des GVG durch die bewusste Ausschließung der Kommunen aus der Verantwortung für den lokalen Öffentlichen Gesundheitsdienst in der Zerstörung der Gesundheitsfürsorge und –vorsorge als kommunaler Selbstverwaltung bis zum Teil in die heutige Zeit zu liegen. Als weitere gesundheitspolitische Auswirkungen des GVG seien genannt: Zwar schuf das GVG erstmals in Deutschland einen einheitlichen Öffentlichen Gesundheitsdienst mit einem bis auf die Ebene der Kreise und kreisfreien Städte ausgeweiteten Netz von Fachämtern, jedoch erhielten diese in der 3. Durchführungsverordnung (DVO) einen umfassenden Aufgabenkatalog, der allerdings so abstrakt und ohne klare Aufgaben und Mittelzuweisung öffentlicher, verpflichtender Gesundheitsleistungen formuliert wurde, dass er bis 1979 in allen Ländern der Bundesrepublik weiterhin allgemeine Rechtsgrundlage des Öffentlichen Gesundheitsdienstes galt und erst 2008 im Land Hessen förmlich aufgehoben war. Ferner trennte dieses Gesetz die ärztlich beratenden und begutachtenden Aufgaben der Für- und Vorsorge von der Heil- und Wirtschaftsfürsorge. Damit wurde die sozialhygienisch orientierte Gesundheitsfürsorge, die immer auch unspezifisch auf Umwelt- und Lebensverhältnisse einwirkt, entscheidend eingengt. Bestand hatte leider auch der enorme Formalisierungs- und Bürokratisierungsschub.

Zur Entwicklungsgeschichte dieses Gesetzes, seiner Umsetzung sowie seiner Fernwirkungen über 1945 hinaus sei beispielhaft auf die Arbeiten von Labisch (1991) und Schmacke (1996) verwiesen.

Die Zeit von 1945 bis zur Gründung der BRD und DDR

In den ersten Jahren nach dem 2. Weltkrieg waren die Ärzte des ÖGD vollauf damit beschäftigt, die aus der sozialen Notlage folgenden Gesundheitsschäden und Gesundheitsgefahren zu bekämpfen. Das Kontrollratsgesetz Nr. 1 vom 29. Oktober 1945 (Art. II KRG Nr. 1) bestätigt die Rechtskonformität des GVG (mit Ausnahme der „Rassenhygiene“), d.h. das Reichsgesetz von 1934 ist weiterhin gültiges Recht in den sich ab 1945 bildenden deutschen Ländern und bildet somit die allgemeine Rechtsgrundlage für die klassischen Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Die Entwicklung in den Ländern der westlichen Besatzungszonen und die der sowjetischen lief jedoch sehr bald auseinander. Von den Besatzungsbehörden unterstützt, entwickelten sich unterschiedliche Konzepte medizinischer Versorgung, die sich u.a. in der Stellung der Ärzte, der sozialen Sicherung und der ambulanten Versorgung niederschlugen. Einer in der Verantwortung des Individuums liegenden Sorge um die persönliche Gesundheit (West) stand die Übernahme dieser Verantwortung durch den Staat (Ost) gegenüber. Während in den Westzonen und der BRD die Prävention einer therapeutisch orientierten Medizin nachgeordnet wurde, war in der sowjetischen Zone und der DDR das Ziel des gesundheitspolitischen Handelns die vorbeugende Gesundheitsfürsorge zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Individuums und zur Steigerung des „Lebensstandards des Volkes“, wobei die Therapie diesem Ziel nachgeordnet war. Auch in dem Bereich des Gesundheitsschutzes und der Organisation des Verwaltungssystems erfolgten unterschiedliche Entwicklungen. Während in der sowjetischen Besatzungszone die rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen auf ein zentralstaatlich organisiertes Gesamtgesundheitswesen mit Einschluss der öffentlichen Gesundheitssicherung ausgerichtet wurden, blieb das GVG als fortwährendes Landesrecht in den westdeutschen Ländern bestehen. In den Ländern Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein wurden schon 1945 die staatlichen Gesundheitsämter in die Kommunalverwaltungen integriert, dies war jedoch eher eine organisationsrechtliche als eine inhaltliche Kommunalisierung, da die Struktur des Amtes sowie dessen inhaltlicher Auftrag unverändert fortgeschrieben wurde. In den süddeutschen Ländern (Bayern, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Saarland) sowie in Niedersachsen (bis 1975) blieben die gegebenen staatlichen Verwaltungsstrukturen auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte bestehen.

Auf dem Gebiet der sowjetischen Besatzungszone wurde bereits 1945 eine deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen geschaffen. Ab 1947 wurden „Zentralstellen für Hygiene“ eingerichtet, der Aufbau der Hygieneinspektionen begann. Gesundheitsschutz wurde zur gesamtgesellschaftlichen Verantwortung, dessen Wahrnehmung dem Staat und den gesellschaftlichen Organisationen übertragen ist. Mit der Etablierung der Bezirksstruktur 1952 konnte die zentralistische Organisation des gesamten Hygienewesens in der DDR durch Gründung der „Bezirks-Hygieneinstitute“ bzw. der Kreis-Hygiene-Inspektionen organisatorisch abgeschlossen werden.

Entwicklungslinien
öffentlicher Gesundheit
in den Ländern der
Bundesrepublik Deutsch-
land – vom Gesetz über
die Vereinheitlichung
des Gesundheitswesens
zu den Landesgesund-
heitsdienstgesetzen

Entwicklungen in der Bundesrepublik Deutschland

Mit der Verabschiedung des Grundgesetzes (GG) und der Bildung der Bundesrepublik Deutschland 1949 erhielt der Bundesgesetzgeber im Art. 70 ff. GG nur eingeschränkte ÖGD-spezifische Zuständigkeiten im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung für die Bereiche Lebensmittelhygiene, Gesundheitsschutz, Seuchenabwehr und Boden-, Wasser-, Lufthygiene (Art. 74 GG), d.h. das GVG ist weiter geltendes Landesrecht für alle nicht im Artikel 74 erfassten Politik- und Gestaltungsbereiche des Öffentlichen Gesundheitswesens. Es kam zu keiner einigenden föderalen Klammer für das gegliederte Gesundheitswesen.

Wilhelm Hagen versuchte Anfang der 1950er Jahre den Bundesgesetzgeber zur Regelung einer vorbeugenden Gesundheitsfürsorge für Schwangere, Mütter und (Schul-)Kinder zu veranlassen. Der Versuch scheiterte ebenso wie die Wiederbelebung des gemeinde- und gruppenorientierten Ansatzes (vgl. sog. „Auerbach-Plan“ 1957). Mit der Zufallbringung der Initiative für ein Bundesjugendzahnpflegegesetz im Jahre 1964 durch die Länder scheiterte der letzte große Versuch im Rahmen von Artikel 74, Abs. 1, Ziffer 7 (öffentliche Fürsorge) einen spezifischen Versorgungsauftrag für den ÖGD zu schaffen. Von Manger-Koenig (Bild rechts) vermerkt dazu resignierend (1975): „Damit war der Weg für eine bundesgesetzliche Regelung der Gesundheitsfürsorge seitens der Länder generell verbaut.“ Die Länder wären in der Pflicht gewesen, sowohl die gruppenorientierte Gesundheitsvorsorge und –fürsorge, (oder in heutiger Terminologie: Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitshilfe) inhaltlich auszufüllen. Mit der unterschiedlichen Rechtsstellung der Gesundheitsämter in den Ländern und der damit verbundenen Anpassung an die jeweiligen regionalen/kommunalen Verhältnisse kam es zu einer ständig wachsenden Zersplitterung des ÖGD, verbunden mit einem kontinuierlichen Funktionsverlust.

Parallel dazu fand in den 1950er bis 1970er Jahren ein enormer Ausbau der sozialrechtlichen Regelungen statt, insbesondere im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), einhergehend mit einer bisher nicht gekannten Entwicklung diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten. Die Kassenärzte konnten unter dem Begriff der Vorsorgeuntersuchung einen Teil des Feldes der Prävention, nämlich die Krankheitsfrüherkennung, erfolgreich besetzen (siehe SGB V, §§ 21 und 26). Das Individuum-zentrierte, flächendeckende Angebot auf der Basis eines einklagbaren individuellen Rechtstitels führte dazu, dass der Weg für komplementäre Angebote für unterversorgte Bevölkerungsgruppen und für gesundheitsbezogenes Handeln immer mehr versperrt wurde. Der subsidiäre Auftrag bekam immer mehr die Funktion des „Lückenbüßertums“. Die Kommune schied als Steuerungsinstanz für eine integrierte Versorgung aus (Schmacke). Es entfiel die Möglichkeit ein gemeindenahes bzw. bevölkerungsbezogenes Konzept mit dieser gesellschaftspolitischen Vorgabe zu verbinden.



„Damit war der Weg für eine bundesgesetzliche Regelung der Gesundheitsfürsorge seitens der Länder generell verbaut“

Manger-Koenig

Öffentliche Gesundheit war allenfalls implizit die Zielrichtung einer Vielzahl unabhängiger Politikfelder, es gab keine systematische Diskussion um Gesundheitsziele oder gesundheitliche Prioritätensetzung mit Bevölkerungsbezug auf der Bundesebene.

In den Ländern selbst nahm die heterogene Entwicklung inhaltlich und organisatorisch zu – auch bedingt durch unterschiedlich ausgeprägte Konzepte bezüglich Dezentralisierung und Kommunalisierung. Bemerkenswert ist der Beginn einer breiten Diskussion von Gesundheitszielen in einigen

Ländern seit Anfang der 1990er Jahre wie in Hamburg, Nordrhein Westfalen und Sachsen-Anhalt.

Erst mit dem Sichtbarwerden von Defiziten der bestehenden sozialen und medizinischen Versicherungs- und Versorgungssysteme – zeitgleich mit der Modernisierungsdebatte – beginnt in einigen Kommunen, sowohl Städten als auch Kreisen, eine Diskussion um kommunale Gesundheit, deren Instrument in den kommunalen Gesundheitskonferenzen sichtbar wurde.

Ausgewählte Entwicklungslinien

Im Folgenden sollen ausgewählte Entwicklungslinien der Ländergesundheitsdienstgesetze (GDG) exemplarisch vorgestellt werden.

Von 1945 bis 1979 gelten GVG und Durchführungsverordnungen (DVO) in allen Ländern der Bundesrepublik als eigenständiges Landesrecht fort, d.h. länderspezifische inhaltliche und organisatorische Weiterentwicklung/Änderung erfolgt durch den jeweiligen Landesgesetzgeber. Die darin enthaltenen Vorgaben im Gesundheitsschutz wurden zunehmend durch bundesrechtliche Normen ersetzt. Teilbereiche der Primär- und der Sekundärprävention wurden zunehmend in das System der kassenärztlichen Versorgung integriert. Bedeutungs- und Aufgabenverlust wurden zunehmend beklagt.

Entwicklungslinien öffentlicher Gesundheit in den Ländern der Bundesrepublik Deutsch- land – vom Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens zu den Landesgesund- heitsdienstgesetzen

Kommunalisierung

In den späten 1940er Jahren fand in den Ländern Nordrhein-Westfalen, Hessen und Schleswig-Holstein die organisatorische Eingliederung der bislang staatlichen Gesundheitsämter in die Kommunalbehörden der Kreise und kreisfreien Städte statt. Damit wurde zwar die staatliche Sonderbehörde auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte abgeschafft und die diesbezüglichen Regelungen im GVG an das Kommunalverfassungsrecht angepasst; die inhaltlichen Regelungen des GVG blieben jedoch weiterhin in Kraft. Im Zuge der Verwaltungsreform in Niedersachsen (1975) wurden die staatlichen Ämter ebenfalls organisationsrechtlich in die Kommunalverwaltungen integriert.

Aufgrund des Kommunalgesetzes der DDR vom Mai 1990 und der „Verordnung über den ÖGD und den Aufbau der Gesundheitsämter in den Landkreisen und Kreisfreien Städten“ (August 1990), wurden in allen fünf Ländern auf dem Gebiet der DDR kommunale Verwaltungsstrukturen für den Bereich „Öffentliche Gesundheit“ aufgebaut. In den Jahren 1995 bis 1997 erfolgte die Kommunalisierung in Rheinland-Pfalz und dem Saarland. In Baden-Württemberg wurden die staatlichen Gesundheitsämter ebenfalls in die örtlichen Landratsämter eingegliedert wobei die Ärzte weiterhin Landesbedienstete blieben.

Im Zuge der Änderung einer Vielzahl von Bereichen der staatlichen Verwaltungsorganisation wurden im Land Bayern 1997 die bislang selbständigen Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Gesundheits- und Veterinärämter) in den staatlichen Teil der Landratsämter integriert, d.h. sie blieben zwar in staatlicher Trägerschaft, sie wurden jedoch organisatorisch den Landräten unterstellt.

Die Diskussion über die Sinnhaftigkeit der Kommunalisierung wurde innerhalb des ÖGD in den zurückliegenden Jahrzehnten heftig geführt. Für die Kritiker der Kommunalisierung sei Hopf (1976) zitiert, der darin einen Keim zur Uneinheitlichkeit von Organisation und Funktion der Gesundheitsämter sieht, die „[...] eine erneute Aufspaltung des Gesundheitswesens zur Folge haben kann.“ Desweiteren wurde als gravierendes Problem die gefährdete und eingeschränkte fachliche Selbständigkeit und Entscheidungsbefugnis des Amtsleiters bzw. die Stellung des Gesundheitsamtes innerhalb der Kreisverwaltung gesehen. Obwohl von den Befürwortern der Kommunalisierung, Argumente wie Bürgernähe, Problemnähe, Gemeinwohlverpflichtung der Kommunen etc. genannt werden, fallen die Zeitpunkte der Kommunalisierung jeweils zusammen mit übergeordneten, ÖGD-unabhängigen Entwicklungen wie Dezentralisierung und Entstaatlichung.

Die Diskussion um die Kommunalisierung sollte jedoch folgende organisatorisch-inhaltliche Problemstellung nicht vernachlässigen: In Deutschland gibt es etwa 116 kreisfreie Städte, hinzu kommen über 323 Kreise, die wiederum aus etwa 12.000 eigenständigen Gemeinden bestehen – mit eigenständiger Verwaltung und kommunalpolitischer Schwerpunktsetzung.

Die unterste Organisationsebene des ÖGD ist jedoch die der Kreise und kreisfreien Städte. Bürgernahe (Gesundheits-)Politik erwartet und erlebt die Mehrzahl der Bürgerinnen und Bürger in den Gemeinden und kreisangehörigen Städten, da mehr als Zweidrittel (54,8 Millionen) der Deutschen in den genannten Kommunen leben. Die Kreisgesundheitsbehörden sind daher gefordert, Strategien, Konzepte und Umsetzungsverfahren zu entwickeln, wie die Fachdienste der Kreisverwaltungen auch z. B. Gesundheitsförderungsprozesse, Präventionsstrategien etc. auf der unteren kommunalen Ebene initiieren und aktiv begleiten können.

Ablösung des GVG durch Länder-Gesundheitsdienstgesetze

Die länderspezifische Auseinanderentwicklung der rechtlichen Grundlagen der Aufgaben des ÖGD in Verbindung mit der fehlenden bundesrechtlichen Kompetenz führte 1970 zu dem Versuch der Gesundheitsministerkonferenz, eine einheitliche „Richtlinie für Ländergesetze über das Gesundheitswesen“ zu erarbeiten. Diese Richtlinie sollte die Funktion eines Muster-Rahmengesetzes mit dem expliziten Ziel „Wahrung der Einheitlichkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in den Bundesländern“ für die Ländergesundheitsdienstgesetze haben. Die Arbeitsgruppe unter der Leitung von E.-H. Hopf legte nach einjähriger Beratung einen Entwurf vor, der von der Gesundheitsministerkonferenz im Dezember 1972 verabschiedet wurde.

Tatsächlich dauerte es bis 1979 bis der Landesgesetzgeber in Schleswig-Holstein mit dem schleswig-holsteinischen Gesundheitsdienstgesetz als Erster das GVG ablöste. Es folgten mit eigenen landesrechtlichen Regelungen die Länder Berlin (1980), Bayern (1986), Sachsen (1991), Brandenburg (1994), Baden-Württemberg (1994), Mecklenburg-Vorpommern (1994), Bremen (1995), Rheinland-Pfalz (1996), Sachsen-Anhalt (1998), Nordrhein-Westfalen (1998) und Saarland (1999). In diesem Jahrzehnt folgten dann Hamburg (2001), Niedersachsen (2006) und Hessen (2007). Im Land Thüringen gilt die de Maiziere-Verordnung von August 1990 als Landesrecht fort.

Die Richtlinien für Ländergesetze von 1972 konnten die ihnen damals zugewiesenen Funktionen nicht erfüllen, da die einzelnen Landesgesetze diese Richtlinien allenfalls marginal als Grundlage berücksichtigten.

Entwicklungslinien
 öffentlicher Gesundheit
 in den Ländern der
 Bundesrepublik Deutsch-
 land – vom Gesetz über
 die Vereinheitlichung
 des Gesundheitswesens
 zu den Landesgesund-
 heitsdienstgesetzen



Formale rechtliche sowie inhaltliche Grundlagen für den Bereich „Öffentliche Gesundheit“

Die Ländergesundheitsdienstgesetze sind in allen Ländern formalrechtlich eigenständige Gesetze mit den Ausnahmen der Länder Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz. Dort sind die ÖGD-Gesetze als Artikelgesetze im Rahmen umfänglicherer Gesetzeswerke mitgeregelt worden: In Rheinland-Pfalz im Rahmen des „Landesgesetzes zur Neuordnung des ÖGD und zur Einrichtung des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung und des Landeskrankenhauses“ (hierin Artikel 1 ÖGDG) und in NRW im „Gesetz zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in NRW“ (hierin Artikel 3 ÖGDG).

Auch die materiellen Regelungsbereiche der einzelnen Gesetze zeigen eine große Heterogenität. So wird in den ÖGDG von Schleswig-Holstein, Berlin, Bremen und Rheinland-Pfalz ausschließlich der humanmedizinische Bereich „Öffentliche Gesundheit“ erfasst, in den ÖGDG von Bayern, Sachsen-Anhalt und Sachsen wird darüber hinaus auch der Bereich der veterinärmedizinischen Aufgaben geregelt, ferner der Gesundheitsdatenschutz in den ÖGD-Gesetzen in Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt, des weiteren umfasst das ÖGD-Gesetz Sachsen-Anhalts den Bereich der „Berufsausübung im Gesundheitswesen“.

Grundsätzlich in allen ÖGD-Gesetzen sich wiederfindende Inhalte/definierte Aufgabenfelder sind:

- Ziele, Aufgaben, Behörden des ÖGD
- Gesundheitsschutz, Gesundheitsvorsorge und –förderung
- Gesundheitshilfe
- Gesundheitsaufsicht/-überwachung
- Gesundheitsberichterstattung/-planung
- gutachterliche Tätigkeiten

Jedoch bestehen zum Teil erhebliche Unterschiede in der Regelungsbreite und -tiefe sowie in der Schwerpunktsetzung (Beispiel: Gesundheitsberichterstattung, Planung, Koordination)

Entwicklungslinien öffentlicher Gesundheit in den Ländern der Bundesrepublik Deutsch- land – vom Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens zu den Landesgesund- heitsdienstgesetzen

Organisation/Leitung

In den ÖGD-Gesetzen werden neben den staatlichen auch die auf Kreis- bzw. kreisfreier Stadt-Ebene befindlichen kommunalen ÖGD-Behörden definiert. In allen ÖGD-Gesetzen ist die Institution/Organisationseinheit „Gesundheitsamt“ namentlich fixiert und zuständig für die Umsetzung der Aufgaben. Von dieser Regelung abweichende Entwicklungen finden sich in den Ländern:

- Schleswig-Holstein: Hier sind ausschließlich die Kreise und kreisfreien Städte als Verantwortungsträger genannt, keine weitere organisatorische Spezifizierung.
- In Hamburg wird bezogen auf die bezirkliche Ebene der Öffentliche Gesundheitsdienst als Institution genannt.
- Nordrhein-Westfalen: Die zuständige kommunale Einrichtung ist die untere Gesundheitsbehörde. Vergleichbare Regelungen wie in Nordrhein-Westfalen gelten in Sachsen-Anhalt und in Baden-Württemberg, wobei in Baden-Württemberg auch das Gesundheitsamt als Institution verankert ist.

Bezüglich der Vorgaben der fachlichen Anforderungen an die Leitungsfunktion ist festzustellen, dass generell die Leitung des Gesundheitsamtes einer Amtsärztin/einem Amtsarzt bzw. Facharzt/-ärztin für Öffentliches Gesundheitswesen obliegt. Von dieser Norm abweichend ist die Qualifikation der Leitung der unteren Gesundheitsbehörde in den ÖGD-Gesetzen von Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt nicht näher geregelt. Gleiches gilt für Schleswig-Holstein. Das ÖGDG Niedersachsen hat eine weitere formalrechtliche Variante eingeführt, dort tragen alle Ärzte, unabhängig von ihrer dienstlichen Funktion, die Bezeichnung „Amtsarzt“, sofern sie die Facharztqualifikation ÖGW erworben haben. Das ÖGDG des Landes Hessen schreibt diesbezüglich die Regelungen des GVG fort.

Selbstverwaltungsaufgabe vs. Aufgaben des übertragenen Wirkungskreises

Da trotz der organisatorischen Kommunalisierung das GVG in seiner inhaltlichen Konzeption weiterhin Rechtsnorm war, waren somit alle Aufgaben des GVG von den Kommunen als Aufgaben des übertragenen Wirkungskreises bzw. als Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung gemäß des jeweils gültigen Kommunalrechts durchzuführen, d.h. es bestand grundsätzlich ein umfängliches staatliches/fachaufsichtliches Weisungsrecht.

Im GDG Schleswig-Holstein (1979) erfolgte erstmals die Trennung der Aufgaben in Aufgaben des übertragenen Wirkungskreises und Aufgaben des eigenen Wirkungskreises. Dabei gilt der Grundsatz, dass es sich in der Regel um Aufgaben des über-



Amtsarztlehrgang 1978/1979

tragenen Wirkungskreises handelt und die Aufgaben des eigenen Wirkungskreises (auch „pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben“ genannt) als Ausnahme definiert und enumerativ aufgelistet werden. Analoge Regelungen finden sich auch in den GDG von Bremen, Brandenburg und Sachsen-Anhalt, wobei der Anteil der pflichtigen Selbstverwaltungsaufgaben in den neueren Gesetzen zunimmt. Gleichwohl sind die Aufgaben grundsätzlich als Aufgaben des übertragenen Wirkungskreises (Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung) definiert. Im ÖGDG NRW (1998) werden erstmals die Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung als Ausnahmetatbestände definiert, d.h. vom Grundsatz sind die Aufgaben im Bereich „Öffentliche Gesundheit“ kommunale pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben, die in der alleinigen Gestaltungs- und Umsetzungsverantwortung der kommunalen Gebietskörperschaften liegen und somit bei den Kreistagen und Stadträten. Die Kommunen als einzige Handlungsträger im Gesundheitswesen mit expliziter Gemeinwohlverpflichtung rücken damit ins Zentrum der Ausgestaltung der Gesundheitspolitik auf kommunaler Ebene, woraus sich eine Verpflichtung zu kommunaler Gesundheitspolitik ableitet. Die vollständige inhaltliche Kommunalisierung wurde bislang in einem Land vorgenommen, nämlich in Schleswig-Holstein. Dort sind alle Aufgaben des ÖGD-Gesetzes pflichtige

Entwicklungslinien öffentlicher Gesundheit in den Ländern der Bundesrepublik Deutsch- land – vom Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens zu den Landesgesund- heitsdienstgesetzen

Selbstverwaltungsaufgaben, wobei auch dort spezialrechtliche Normen wie beispielsweise das Psychisch-Krankengesetz von den Kommunen als Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung administriert werden muss. Die in den 1990er Jahren und Anfang dieses Jahrzehnts zu beobachtende Feststellung, dass zunehmend auch eine inhaltliche Kommunalisierung stattfand, wurde von dem GDG des Landes Hessen, das 2008 in Kraft trat, nicht aufgegriffen: In Hessen unterliegen wieder alle Aufgaben dem staatlichen Aufsichts- und Weisungsrecht.

Da bei pflichtigen Selbstverwaltungsaufgaben ein ministerielles Weisungsrecht und die Möglichkeiten der Fachaufsicht entfallen, sind die Fachämter beziehungsweise die Fachdisziplinen des kommunalen ÖGD gefordert durch horizontale Vernetzung die Standards der jeweiligen Sachgebiete in eigener Verantwortung zu erarbeiten und umzusetzen. Die staatliche Ebene fällt daher als Normengeber und Steuerungsinanz aus. Der hohen fachlichen Eigenverantwortung folgt auch die Pflicht zur eigenverantwortlichen „Beschaffung“ des erforderlichen Fachpersonals durch Akquise kommunaler Finanzmittel.

Subsidiarität vs. eigenständiger Versorgungsauftrag

In der Diskussion im ÖGD spielte die Frage des eigenständigen Auftrages im arbeitsteiligen Gesundheitswesen versus „subsidiärer“ Lückenbüßerfunktion eine zentrale Rolle. In den ÖGD-Gesetzen finden sich zu dieser bedeutenden Frage unterschiedliche Verortungen des ÖGD im Gesamtgesundheitswesen, beispielsweise: „[...] Der ÖGD nimmt die Aufgaben grundsätzlich subsidiär und sozialkompensatorisch wahr...“ (§1 GDG Berlin)

„[...] ÖGD [...] nimmt an der Erbringung gesundheitlicher Leistungen für die Bevölkerung mit eigenständigen Aufgaben teil [...]“ (§1 ÖGDG Bremen)

Die übrigen landesrechtlichen Regelungen liegen zwischen den exemplarisch genannten Beispielen.

Daraus folgen erhebliche länderspezifische Unterschiede der grundsätzlichen inhaltlichen, konzeptionellen und strukturellen Verortung des ÖGD.

Wahrnehmung der Aufgaben durch eigenes Personal vs. Delegation der Aufgabe auf Dritte

Für die Umsetzung der Aufgaben auf kommunaler Ebene ist von Bedeutung, ob die Kommune für die Aufgaben nur eine Gewährleistungspflicht besitzt, also diese Aufgaben auf andere Träger übertragen kann, oder ob sie diese Aufgaben mit eigenem Personal in eigenen Einrichtungen wahrnehmen muss. Auch hier seien exemplarisch landesspezifische Lösungen genannt:

„[...] die Landkreise und kreisfreien Städte führen die Aufgaben [...] in einem Gesundheitsamt durch.“ (§3 GDG Brandenburg)

„[...] neue Formen der Aufgabenwahrnehmung sowie neue Organisationsformen können in Modellen erprobt werden [...]“ (§2 ÖGDG NRW)

„[...] die kommunalen Träger [...] können auch Dritte mit der Wahrnehmung [...] beauftragen [...]“ (§5 ÖGDG NRW)

Gemäß §6 des rheinlandpfälzischen ÖGDG können die Aufgaben auf Dritte, sogenannte „Ehrenbeamte“ übertragen werden (gleiches findet sich im GDG des Saarlandes).

Aus dieser Heterogenität ist der Schluss zu ziehen, dass eine große Bandbreite innerhalb des ÖGD besteht bezüglich eines eigenständigen fachlichen Profils und der Möglichkeit der Delegation der operativen Umsetzung der Aufgaben auf Dritte (outsourcing). Die Gewährleistungspflicht verbleibt auch im letzteren Fall bei den kommunalen Trägern, ohne damit einen öffentlichkeitswirksamen Beitrag zur kommunalpolitischen Standortbildung leisten zu können.

Versorgungs-/Behandlungsauftrag und Refinanzierung

Die Vorgaben des GVG (keine Wirtschaftsfürsorge, Fortschreibung des kassenärztlichen Sicherstellungsauftrages, verbunden mit dem Therapiemonopol der Kassenärzte), führten für den ÖGD zu einem „Therapieverbot“ und einer dramatischen Diskrepanz zwischen den in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und im ÖGD aufgewendeten Mitteln (weniger als 1% der Gesundheitsausgaben des Gesundheitswesens entfallen auf den ÖGD). Erst mit der Thematisierung der „Kostenexplosion“, dem Bewusstwerden der sozialen und gesundheitlichen Folgen der Massenarbeitslosigkeit und einer immer größer werdenden Zahl von Menschen, die durch das primäre gesundheitliche Versorgungssystem nicht mehr erreicht werden, sind die kommunalen Gesundheitsdienste als genuiner Teil des gesamten Versorgungssystems wieder Teil der Diskussion. Dieser Wandel schlägt sich zumindest ansatzweise in einigen GDG nieder:

„[...] Behandlung von einzelnen Personen [...] Kosten sollen als Regelleistungen von anderen Trägern übernommen werden [...]“ (§17 ÖGDG Bremen) – vergleichbare Normen finden sich auch im ÖGDG NRW.

Der Verweis auf die originäre Kostenträgerschaft macht zweierlei deutlich: Der ÖGD ist Teil des medizinischen Versorgungssystems und die primär für die Versorgung zuständigen Sektoren sollen nicht aus ihrer Leistungspflicht entlassen werden. Da der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen auch von anderer Seite beispielsweise Selektivverträgen zur Diskussion steht, ist noch offen, wie der

Entwicklungslinien
öffentlicher Gesundheit
in den Ländern der
Bundesrepublik Deutsch-
land – vom Gesetz über
die Vereinheitlichung
des Gesundheitswesens
zu den Landesgesund-
heitsdienstgesetzen

ÖGD sein Recht auf Refinanzierung durchsetzen kann. In wie weit diese Regelungen und auch die Norm des § 19 des Infektionsschutzgesetzes, die dem ÖGD einen subsidiären Behandlungsauftrag zubilligt (Insourcing?) in Zukunft auch als strategisches Mittel einzusetzen ist, ist derzeit noch offen.

Die unterschiedlichen landesrechtlichen Grundsätze lassen daher derzeit die Frage unbeantwortet, ob die Kommunen und damit die kommunalen Gesundheitsdienste in der zu führenden Diskussion um die Strukturreform des Gesundheitswesens Teilnehmer und/oder Teilhaber sein werden.

(Kommunale) Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung, Koordination

Welche Rolle wird dem kommunalen Gesundheitsdienst zugewiesen bzw. welches Funktionsverständnis haben die Akteure im ÖGD selbst entwickelt: subsidiäre Auffangstation, kompensatorischer Mitwirkender, konzeptueller Moderator/Koordinator oder dem Gemeinwohl verpflichtete Steuerungsin-
stanz? Wesentliche Unterschiede liegen in der konkreten Zuweisung der Koordinierungs- und Gesundheitsplanungsfunktion des ÖGD zwischen den älteren und neuen GDG. Eine Folge der mittlerweile erkannten Notwendigkeit, gesundheitliche Versorgungsstandards zu formulieren, defizitäre Schnittstellen der einzelnen Sektoren des gesundheitlichen Versorgungssystems zu analysieren und zu beseitigen sowie eine Diskussion über Gesundheitsziele, deren Umsetzung und Evaluation zu führen, beispielsweise:

- allgemein formulierter Auftrag zur Zusammenarbeit und Kooperation (vgl. Artikel 7, GDG Bayern)
- umfangliche Koordinations- und Planungsverpflichtung (vgl. ÖGDG NRW) wie
 - Koordination aller gesundheitlichen Versorgungsangebote (§23)
 - Kommunale Gesundheitskonferenz (§24)
 - Kommunale GBE (§21)
 - Landesgesundheitskonferenz (§26)
oder sogar „kommunale Gesundheitszielentwicklung (GDH SH)“



Schlussfolgerung

Verfassungsrechtlich ist die Zuständigkeit für „öffentliche Gesundheit“ aufgeteilt zwischen Landes-, Bundes- und EU-Gesetzgebungskompetenz. Die Aufgabenwahrnehmung im ÖGW erfolgt sowohl durch Institutionen der unmittelbaren Staatsverwaltung als auch durch die Selbstverwaltungsinstitutionen gemäß Sozialgesetzbuch. Der operativ tätige ÖGD in Deutschland ist grundsätzlich kommunal verortet, seine europarechtlichen und bundesrechtlichen Vorgaben im Bereich des Gesundheitsschutzes stellen eine inhaltliche Klammer über die Landesgrenzen hinweg dar, alle anderen Leistungsverpflichtungen und strategischen Optionen und Konzeptionen sind landesrechtlich verankert. Diese sind auch in grundlegenden Positionen uneinheitlich und regionalspezifisch ausgeprägt, ebenso wie die jeweilige Stellung des ÖGD in der gesundheitspolitischen Landschaft und seine Funktion im gesundheitlichen Versorgungssystem. Bei aller (begründeten?) Vielfalt sollte doch nicht vergessen werden, wer der Adressat der Leistungen des ÖGD ist. Nur wenn die Kommunikation und die Akzeptanz bei den Adressaten, nämlich den Bürgern, sichergestellt werden kann, und der ÖGD in der Lage ist, dem eigenen Leistungsanspruch auch gerecht zu werden, werden die Diskussionen um die fachliche Notwendigkeit des ÖGD verstummen. Der kommunal verortete ÖGD muss auch den Kommunalpolitikern darlegen, welchen konkreten Beitrag dieser Fachdienst zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung und einzelner Bevölkerungsgruppen leistet, d.h. der kommunale Fachdienst muss seine Kompetenz glaubhaft einbringen zur Lösung kommunaler gesundheitsbezogener Fragen, dies sowohl individuen-, gruppen- als auch bevölkerungsbezogen. Aktivitäten insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung, die nicht fach- und organisationsübergreifend als auch ziel- und ergebnisorientiert angelegt sind, dürften in Zukunft vor immer größeren Akzeptanz- und damit Finanzierungsproblemen stehen. Gerade wegen dieser Feststellung sollte der ÖGD in seinem Selbstverständnis immer wieder darlegen, dass das Ziel der Prävention die Vermeidung von Morbidität und Mortalität bei Menschen ist und nicht die Vermeidung von Kosten. Letzteres ist gleichwohl eine wünschenswerte Nebenwirkung! Die in den neuesten Untersuchungen des RKI (Gesundheitsbericht) beschriebenen großen Unterschiede im Gesundheitszustand in Bevölkerungsgruppen dürften von anderen Faktoren determiniert werden als von den unterschiedlichen rechtlichen Vorgaben in den ÖGD-Gesetzen. Gleichwohl darf die Gefahr nicht verkannt werden, dass eine scheinbare inhaltliche Beliebigkeit der Ausgestaltung des kommunalen ÖGD zur Frage der strukturellen Beliebigkeit führen wird. Daher ist es dringend geboten, Methoden für die Wirkungsanalyse unterschiedlicher Public Health-Ansätze zu entwickeln und in den Handlungsprozess zu implementieren.

Wolfgang Müller