

1 Professionsbezogene Verortung – Gesundheit als öffentliche Aufgabe

1.1 Wandel als Konstante

Wer sich als Autor mit der Berufspolitik des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), speziell mit Rolle und Funktion Sozialer Arbeit in diesem Handlungsfeld, beschäftigen möchte, begibt sich auf schwankenden Grund. Seit geraumer Zeit befindet sich der ÖGD in einem Modernisierungsprozess, der „*models of good practice*“ hervorgebracht hat, aber keine strukturellen Änderungen im Sinne einer „Neuorientierung der Gesundheitsdienste“, wie sie die Weltgesundheitsorganisation (*World Health Organization, WHO*) seit ihrer legendären Ottawa-Charta von 1986 fordert. Versuche, den ÖGD zu beschreiben, vor allem also *das* Gesundheitsamt unserer Tage, müssen scheitern: *Das* Gesundheitsamt gibt es nicht. Was wir stattdessen vorfinden, ist eine Gleichzeitigkeit der Entwicklungstendenzen zwischen „Bewahren und Verändern“ bis hinein in die einzelne Dienststelle – umgekehrt ausgedrückt: eine Ungleichzeitigkeit von Qualitätsstandards und professionellen Haltungen, ganz zu schweigen von den unterschiedlich ausgeprägten Bestrebungen der (kommunal-)politischen Verwaltung, angesichts leerer Kassen nur noch „unverzichtbare“ Pflichtleistungen zu erbringen.

Facettenreiche Umsteuerung von Dienstleistungsstrukturen *und* folgenlose Veränderungsrhetorik auf der einen, behutsame Kontinuitätssicherung *und* hartnäckige Besitzstandswahrung auf der anderen Seite, sind die spannungsreichen Pole, die in Darstellung und Bewertung zu berücksichtigen sind. Hinzu kommt, dass der ÖGD im bundesdeutschen Gesundheitswesen – obgleich immer wieder als „dritte Säule“ neben der ambulanten und stationären Versorgung gehandelt (Kap. 2) – das wohl am schlechtesten ausgestattete und angesehene sowie am wenigsten reflektierte, evaluierte und konzeptionell bearbeitete Handlungsfeld darstellt. Weniger als 1% der Gesamtausgaben im bundesdeutschen Gesundheitssystem (im Jahr 2000 laut Statistischem Bundesamt rund 218 Mrd. Euro) fließen in den ÖGD. Bestandsaufnahmen und aktuelle Untersuchungen zur institutionellen Entwicklung sind Mangelware,

und selbst die fachpolitische Debatte um die Zukunft des ÖGD wird nur rudimentär, und angesichts vielfältiger Beharrungstendenzen überwiegend folgenlos, geführt.

Parallel dazu ist es um Qualitätssicherung, Sichtbarkeit und Transparenz der Sozialen Arbeit als interdisziplinärer Aufgabe im ÖGD ebenfalls chronisch schlecht bestellt. So finden sich Fachbeiträge, die sich ausdrücklich der Rolle und Aufgabenstellung Sozialer Arbeit in Gesundheitsämtern annehmen, für die letzten 10 Jahre nur vereinzelt (Ärzteverband 1995; Brandenburg et al. 1998; Steen / Flassak 1998; Reinicke 1999 und 2001; ältere Beiträge: Badura/Lenk 1986, BZgA 1992, Canaris 1992, Eisenberg 1981, Feser 1990, Plümer 1984, Reinicke 1981, Riemenschneider 1988, Schuler 1992; Tessin / Nietzsche 1982). Überdies konnte eine berufspolitische bzw. berufsgruppenspezifische Zuweisung von (neuen) Arbeitsaufträgen für Soziale Arbeit im Tagesgeschäft des ÖGD – abgesehen von der erfolgreichen und langfristig verankerten AIDS-Präventionsgeschichte seit Mitte der 80er Jahre – auch nicht registriert werden. Vor allem im konzeptionell für die Zukunft der Nachfrage nach Sozialer Arbeit bedeutsamen Aufgabenfeld der Gesundheitsförderung gab es in der jüngsten Vergangenheit eine geradezu naturwüchsige Verquickung und Einbindung unterschiedlichster Berufsgruppen und Qualifikationsniveaus, ohne dass identifizierbare Anforderungsprofile oder etwa Qualitätssicherungskriterien erkennbar geworden wären.

Nun hat der „unaufgeklärte“ Modernisierungsdruck auf den ÖGD zweifelsfrei etwas mit der berufspolitischen Mehrdeutigkeit seines Aufgabenspektrums zu tun und die Ungleichzeitigkeit der Entwicklung hat auch Auswirkungen auf das Handlungsspektrum des professionellen Personals: Während die letzten noch als Fürsorgerinnen ausgebildeten Fachkräfte der Sozialen Arbeit den aktiven, oft noch weitgehend auf die Beratungsarbeit am Einzelfall ausgerichteten, Dienst beenden, finden sich im noch unterrepräsentierten Sektor eines „modernen“ ÖGD bereits Fachleute mit Managementkompetenz und einer erklärt systemischen Berufsphilosophie: lebenswelt- und netzwerkorientiert, multiprofessionell motiviert, zum Teil auf Prozesse der Personal- und Organisationsentwicklung eingestellt und dazu mit sozial(-arbeits)- und gesundheitswissenschaftlichem Know-how gewappnet.

Auf diesem Kompetenzniveau versammeln sich Fachkräfte unterschiedlichster Provenienz, darunter eine hohe Zahl von Absolventen einer Fachhochschulausbildung der Sozialarbeit oder Sozialpädagogik (immer häufiger schon mit gesundheitswissenschaftlichen Schwer-

punkten), aber ebenso Sozialwissenschaftler, Pädagogen, Mediziner oder Psychologen (ebenfalls zum Teil mit einer *Public-Health*-Qualifikation). Im Organisationsaufbau von Behörden des ÖGD sind sie häufig auf einsamen Posten und deshalb auch bisweilen in entsprechenden „Stabsstellen“ vorzufinden.

Sollen vor dem Hintergrund eines derartig heterogenen und im besten Sinne „bunten“ Spektrums professioneller „nicht ärztlicher“ Tätigkeiten im ÖGD Beitrag und Perspektiven Sozialer Arbeit als Beruf ausgelotet werden, scheinen zwei Zugänge unvermeidlich:

- Der ÖGD als „dritte Säule“ im bundesdeutschen Gesundheitswesen muss als Aufgabenfeld im Wandel kenntlich werden – aus historischer wie systematischer Perspektive.
- Ein organisationspolitisch angemessenes Berufsbild Sozialer Arbeit im ÖGD muss aus der konzeptionell am weitesten entwickelten gesundheitspolitischen Perspektive, aus den Erfordernissen der Gesundheitsförderung, hergeleitet werden.

Die folgende Darstellung folgt daher einem „heimlichen Lehrplan“: Sie versucht, Bausteine einer noch ausstehenden Ortsbestimmung des ÖGD, namentlich der Institution Gesundheitsamt, unter den Vorzeichen einer gesundheitspolitischen Verpflichtung zu Sozialer Arbeit zu benennen. Sie beansprucht des Weiteren, Handlungskriterien und Perspektiven Sozialer Arbeit im ÖGD aus dessen „modernem“ Kernkonzept, der Gesundheitsförderung, zu gewinnen. Dabei wird eine kritisch-historische Verortung von Entwicklungen und Entwicklungsdifferenzen immer wieder eine Rolle spielen. In den Etappen der „gewordenen“ Struktur finden sich Indizien für manches Dilemma der aktuellen ÖGD-Entwicklung, die – sucht man etwa nach einschlägigen Veröffentlichungen – selbst wenig Aufmerksamkeit auf sich gezogen hat. Es mag daher sinnvoll sein, zunächst den historischen Spuren zu folgen (etwa mit Kap. 7 zu beginnen), um dann die erreichten Standards unterschiedener würdigen zu können, als es der erste kritische Blick auf den gegenwärtigen „Flickenteppich“ zulässt.

Die zugrunde liegende zugespitzte, mitunter „fundamentalistisch“ anmutende Sichtweise wird Widerspruch ernten – dies muss unter den Vorzeichen von Ungleichzeitigkeit und ungeklärten professionellen Schnittmengen auch sein. Deshalb bittet der Autor darum, die vorgestellten Überlegungen als Aufforderung zum kritischen Diskurs über Institution und Profession(-alität) zu betrachten: Angesichts der zu Beginn des 21. Jahrhunderts unwiderruflich zu bewältigenden Struk-

turkrisen im Sozial- und Gesundheitssystem können sich weder die beteiligten Professionen und politischen Entscheider noch eine nach gesundheitlichen Ressourcen fragende Bevölkerung einen Öffentlichen Gesundheitsdienst „leisten“, der sich den Herausforderungen einer zukunftsfähigen Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten nur halbherzig und nicht auf höchstem Niveau stellt.

1.2 Annäherungen an Gesundheit und Soziales

Gesundheit ist ein gesellschaftlicher Konstitutionsbegriff: Wer im öffentlichen Raum von ihr spricht, bewegt sich in Bezugssystemen, die charakterisiert sind durch Interessen, Normierungen, Lebens- und Bewusstseinslagen, in jedem Fall durch Wechselwirkungen und Zusammenhänge, also durch soziales Geschehen. Gesundheit mag dabei noch so persönlich „gemeint“ sein: Auch dann lässt sie sich nur begreifen und deuten als Wechselspiel zwischen Faktoren, die im individuellen Organismus (Körper und Bewusstsein) wirksam sind, der Interaktion dieses Organismus mit seinem Umfeld sowie den veränderlichen Herausforderungen durch diese soziale und ökologische Umwelt.

Wer mit fachlichem bzw. beruflichem Interesse im Gesundheitswesen agiert, wird mit einem Paradoxon konfrontiert, das hier nicht jeder erwartet hat: Es kann nicht präzise definiert werden, womit wir es zu tun haben! Was wir auch behelfsweise heranziehen: die medizinische und naturwissenschaftliche Fachliteratur, die Erkenntnisse aus Philosophie und Geschichte oder den sozialwissenschaftlichen Fundus – es gibt keinen Konsens über das, was den Begriff der Gesundheit ausmacht.

So heißt es aktuell im Handwörterbuch „Sozialmedizin und Public Health“ (Niehoff/Braun 2003, 102):

„Da Menschen sich in der Ontogenese, also zwischen Geburt und Tod, beständig verändern, wachsen, reifen und altern, ist Gesundheit gleichsam als die auf Veränderung angelegte Entfaltung der psychophysischen Möglichkeiten der Individuen aufzufassen. Das schließt aus, Gesundheit als Zustand oder als eine ideale Norm außerhalb eines biologischen, sozialen oder gesellschaftlichen Zusammenhangs zu bestimmen“.

Lediglich unter den Gesichtspunkten rechtlicher Ansprüche wirkt jene gängige Einengung eines Verständnisses von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit. Trojan und Legewie (2001, 20) fassen folglich zusammen: