

60 Jahre BVÖGD – das sind auch 20 Jahre Mitgliedschaft der Landes- verbände der neuen Bundesländer

Mit dem Fall der Mauer am 9. November 1989 und den ersten freien Wahlen zur Volkskammer am 18. März 1990 änderte sich auch für die Beschäftigten des Gesundheitswesens der DDR die gesetzliche, für manche aber auch die ideelle Arbeitsgrundlage.



Die Frauenkirche in Dresden stürzte zwei Tage nach dem Luftangriff auf Dresden am 15. Februar 1945 ausgebrannt in sich zusammen, die Ruine diente in der DDR als Mahnmal gegen Krieg und Zerstörung. Nach der Wende wurde sie, finanziert durch Spenden aus aller Welt, von 1994 bis 2005 wieder aufgebaut, ein Symbol des Wiederaufbaues in den Neuen Bundesländern.

Durch die Einführung der Verordnung über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten vom 08. August 1990 wurde noch vor der förmlichen Wiedervereinigung eine erste gesetzliche Grundlage für die Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes geschaffen. Damit wurde es möglich, die erforderlichen Schritte für eine geordnete Überführung ehemaliger staatlicher Einrichtungen in den Gesetzesrahmen der Bundesrepublik Deutschland und ihrer Bundesländer einzuleiten.

Anlässlich des 40. wissenschaftlichen Kongresses des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Freiburg im Breisgau konnten erstmals 25 Ärzte aus der damals noch existierenden DDR teilnehmen. Mit diesem Kongress begann eine fruchtbare Zusammenarbeit zwischen den Akteuren des BVÖGD und engagierten Ärztinnen und Ärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der DDR. Es ist insbesondere auch dem damaligen Bundesvorsitzenden Dr. Grieve zu verdanken, dass mit diesem Kongress eine Entwicklung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Osten Deutschlands eingetreten ist, die von gegenseitiger Akzeptanz, Vertrauen und großem Engagement getragen war und ist.

So hat Grieve damals unter anderem vorgetragen: „In der DDR besteht bereits eine Verwaltungsstruktur, die wir seit Jahren herbeisehnen und fordern, nämlich die Verankerung des gesundheitlichen Umweltschutzes in der Gesundheitsverwaltung“.

In einem Interview anlässlich der Sitzung des erweiterten Vorstandes des BVÖGD und der Aufnahme der fünf neuen Landesverbände in den Bundesverband 1990 wird Dr. Peter Grieve, der damalige Vorsitzende des BVÖGD, in der Goslarschen Zeitung wie folgt zitiert:

„Mit der Vereinigung sind leider die Strukturen des Gesundheitswesens in der ehemaligen DDR verlorengegangen. Einige davon hätten wir retten und auch übernehmen sollen. Beispielsweise habe das Impfwesen die Masern in der ehemaligen DDR völlig verschwinden lassen. Auch die Zusammenfassung der Hygiene und die Seuchenbekämpfung seien vorbildlich gewesen, bemerkte Dr. Grieve.“

60 Jahre BVÖGD –
das sind auch 20 Jahre
Mitgliedschaft der
Landesverbände der
neuen Bundesländer

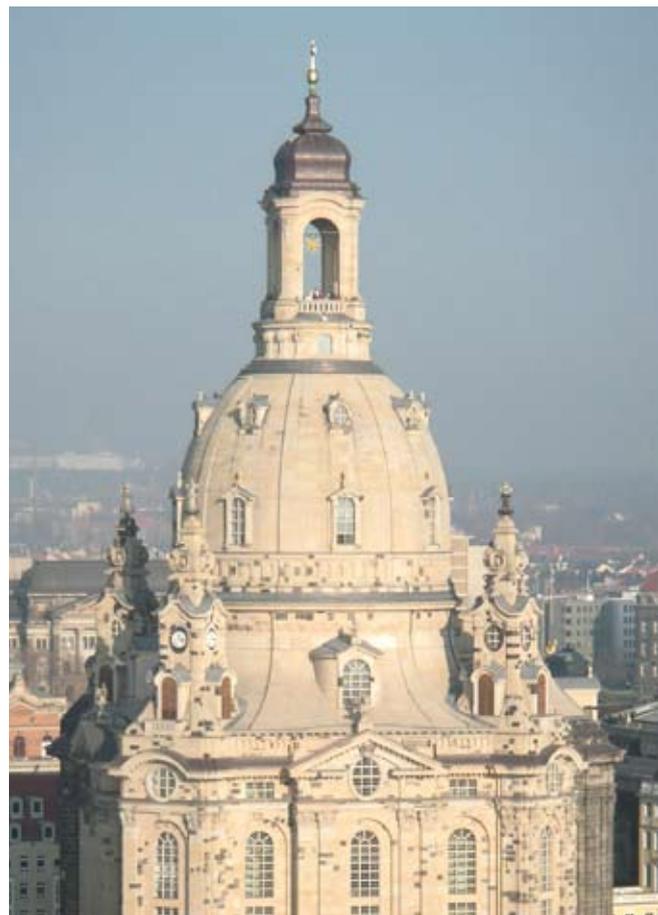
„Öffentlicher Gesundheitsdienst“ in der DDR von 1949 bis 1990

Zweifellos kann man die Entwicklung des Gesundheitswesens in der DDR und damit auch des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nicht ohne seine Wurzeln in der unmittelbaren Nachkriegsgeschichte sehen. Angesichts der desolaten wirtschaftlichen und der angespannten politischen Situation sowie der epidemiologischen Lage war dem Gesundheitswesen auch die Funktion zugewiesen, staatliche Stabilität zu gewährleisten.

Der Aufbau eines staatlichen Gesundheitswesens wurde zunächst durch Befehle der sowjetischen Militäradministration in Deutschland für die Länder der sowjetischen Besatzungszone dekretiert. Die gesundheitspolitischen Richtlinien der SED entsprechen in wesentlichen Teilen den Vorstellungen von KPD und SPD in der Weimarer Republik. So sollte der Gesundheitsschutz in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung liegen und eine prophylaktische Orientierung des Gesundheitswesens (Gesundheitsschutz und Betreuung vor Versorgung) durchgesetzt werden.

Im Zentralverordnungsblatt Teil I, herausgegeben von der deutschen Justizverwaltung der sowjetischen Besatzungszone in Deutschland, vom 04. April 1949, also noch vor Gründung der DDR, wird festgelegt:

- jedes Land errichtet ein Landesgesundheitsamt
- Leiter des Landesgesundheitsamtes ist ein im Öffentlichen Gesundheitsdienst erfahrener Arzt
- jeder Stadt- und jeder Landkreis errichtet ein Gesundheitsamt
- das Gesundheitsamt bildet eine Abteilung in der Kreisverwaltung, die unmittelbar dem für das Gesundheitswesen zuständigen Mitglied des Kreisrates untersteht
- Leiter eines Gesundheitsamtes ist ein im Öffentlichen Gesundheitsdienst erfahrener Arzt mit der Dienstbezeichnung „Amtsarzt“



Politisch geprägte Verwaltungsstrukturen

Im Zuge der einschneidenden Verwaltungsreform 1952 in der DDR wurden die Länder abgeschafft und Bezirke und Kreise als Verwaltungsstruktur eingeführt. Die Verwaltungsreform hob die bis dahin noch bestehenden föderalen Befugnisse der Länder auf und setzte an ihre Stelle eine zentrale Gliederung.

Insofern war die Organisation des Gesundheitswesens der DDR bei mancher Ähnlichkeit in den Begriffen nicht ohne Weiteres mit dem Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland zu vergleichen. Wesentliche Unterschiede bestanden darin, dass die sich die große Mehrzahl aller Gesundheitseinrichtungen von der Arztpraxis über die Ambulatorien und Polikliniken bis hin zu den Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen in staatlicher Trägerschaft befanden. Alle medizinischen Einrichtungen wurden von einem Arzt, einer Ärztin geleitet. Gesundheits- und Sozialwesen wurden als ein einheitlicher Verantwortungsbereich der staatlichen Vorsorge gesehen. So gehörten auch die Kinderkrippen und die Alten- und Pflegeheime in den Verantwortungsbereich des Gesundheitswesens.

Aufgaben der Räte der Bezirke und Kreise

Die Räte der Bezirke und Kreise hatten in ihrem Verantwortungsbereich für die medizinische und soziale Betreuung der Bevölkerung zu sorgen. Dabei oblag den Bezirks- und Kreisärzten die Umsetzung der gesundheits- und sozialpolitischen Beschlüsse von Partei und Regierung und der daraus abgeleiteten Aufgaben vor Ort. In der Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen verfügten die verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte über die zentral zugewiesenen finanziellen, personellen und materiellen Mittel, um das staatliche Gesundheitswesen im Rahmen des jährlichen Haushaltsplanes aufrecht zu erhalten.

Der Kreisarzt

Die Kreisärzte waren in der Regel gewählte Mitglieder der kommunalen Gebietskörperschaft, Mitglieder der Räte der Kreise bzw. der kreisfreien Städte. Ihnen oblag die Umsetzung der zentral angeordneten Aufgaben vor Ort. Sie waren Disziplinarvorgesetzte aller Ärzte und anderen Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen des Kreises.

In einer mit dem 20. November 1974 datierten Anweisung wird festgestellt, dass als Kreisarzt oder Stadtbezirksarzt oder deren Stellvertreter fungieren kann, wer ein zweijähriges Zusatzstudium „Grundlagen der sozialistischen Leitungswissenschaften“ für Leitungskader des Gesundheits- und Sozialwesens ... bzw. den internationalen

60 Jahre BVÖGD –
das sind auch 20 Jahre
Mitgliedschaft der
Landesverbände der
neuen Bundesländer

Kurs für Organisatoren des Gesundheitswesens am Zentralinstitut für Weiterbildung der Ärzte in Moskau/UdSSR erfolgreich abgeschlossen hat oder an früher durchgeführten Kreisarztlehrgängen teilgenommen und die Belegarbeit angefertigt hat und eine mindestens vierjährige Tätigkeit als Kreisarzt nachweist.

Der Kreisarzt hatte ausgehend von der Verwaltungsreform 1952 zunehmend betriebsleitende Funktionen einschließlich der Budgetverantwortung, der disziplinarischen Befugnisse gegenüber den ärztlichen und zahnärztlichen Leitern der staatlichen Gesundheitseinrichtungen und den Mitarbeitern in den sogenannten Heilberufen sowie der Dienstaufsicht über die in seinem Kreis tätigen, staatlich angestellten Ärzte, Zahnärzte und Apotheker und eine immer geringer werdenden Zahl niedergelassener Ärzte.

Der Kreisarzt wurde vor Ort oft als der „allmächtige“ Leiter des Gesundheitswesens gesehen und nicht selten auch empfunden. In der Bevölkerung der neuen Bundesländer werden die Gesundheitsämter und ihre Leiter teilweise auch heute noch so wahr genommen und erwartet.



Aufgaben und Strukturen des „Öffentlichen Gesundheitswesens“ in der DDR

Ab 1952 wurde ein Netz von Beratungsstellen für Schwangere, Mütter, Kinder und Jugendliche eingeführt und in den Folgejahren kam es zur Gründung von Hygieneinspektionen. 1954 sind integrierte Betreuungs- und Beratungsstellen für exponierte Bevölkerungsgruppen und Integrationsbereiche als sogenannte Dispensaires eingeführt worden. Im gleichen Jahr erfolgte die Anordnung über regelmäßige Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche und die Anordnung über die Jugendzahnpflege.

Da die DDR-Führung die Gesundheitserziehung als wichtiges Element im Rahmen der Prävention sah, gründete sie 1954 das „Zentralinstitut für medizinische Aufklärung“. 1962 kam es zu einer gemeinsamen Anweisung des Ministeriums für Volksbildung und des Ministeriums für Gesundheitswesen mit dem Ziel, die Erziehung der Schüler und Kinder zu hygienischen Verhaltensweisen zu stärken und die hygienische Sicherheit in den Einrichtungen der Volksbildung zu gewährleisten.

In den staatlichen Hygieneinspektionen wurde eine Neuordnung durchgeführt, zu den Aufgaben gehörten jetzt Lebensmittel- und Ernährungshygiene, Infektionsschutz, Impfwesen, Hygiene gesellschaftlicher (öffentlicher) Einrichtungen, Bauhygiene, Lärmhygiene, Lufthygiene, Desinfektion und Sterilisation, einschließlich Wäschereihygiene und die Medizinische Parasitologie. Arbeitshygieneinspektionen waren für den gesundheitlichen Arbeitsschutz, die Begutachtung von Berufskrankheiten auf Kreis- und Bezirksebene zuständig.

Der Kinder- und Jugendgesundheitschutz war ebenfalls als eine eigenständige Betreuungseinrichtung direkt dem Kreisarzt nachgeordnet und hatte dem heutigen Kinder- und Jugend-Gesundheitsdienst in den Gesundheitsämtern vergleichbare Aufgaben.

In den Kreisstellen für Ärztliche Begutachtung wurden sowohl auf Kreis- und Bezirksebene als auch in einer Zentralstelle für Ärztliches Begutachtungswesen die Aufgaben wahrgenommen, die in der Bundesrepublik Deutschland von MDK, Ärztlichen Diensten der Sozialversicherungsträger, der Versorgungsverwaltung und der Agentur für Arbeit sowie teilweise Ärztlichen Schlichtungsstellen für Arzthaftungsfragen bearbeitet werden.

Kreisstellen für Rehabilitation waren ebenfalls ärztlich geleitete Einrichtungen, die die Teilhabe behinderter Menschen mit medizinischen, schulischen, berufsbildenden, beruflichen und sozialen, hier insbesondere Wohnungsangeboten koordiniert haben.

Wesentliche gesetzliche Grundlage für diese Tätigkeit war die Verordnung zur weiteren Verbesserung der gesellschaftlichen Unterstützung schwerst- und schwergeschädigter Bürger vom 12.08.1976. Diese sind mit ihren sog. Geschützten Werkstätten und Geschützten Betriebsabteilungen die Vorläufer der Werkstätten für behinderte Menschen.

Etwa ab 1974 werden sozialepidemiologische Studien zunehmend erschwert. Wenige Jahre später weisen Studien zu Gesundheitsproblemen der DDR-Bevölkerung auf eine deutliche Stagnation bei ihrer Lösung hin. Dieses wird zum Teil durch die

60 Jahre BVÖGD –
das sind auch 20 Jahre
Mitgliedschaft der
Landesverbände der
neuen Bundesländer

Verschlechterung von epidemiologischen Daten signalisiert. Es kommt zu einer Anweisung zur Zusammenarbeit der Bezirks- und Kreisärzte mit beratenden Gremien im Gesundheits- und Sozialwesen. Im Laufe der Jahre hat es mehrfach nationale Konferenzen zur Gesundheitserziehung gegeben.

1984 wird eine Studie zum wissenschaftlichen Verlauf für eine umfassende Prophylaxe in Auftrag gegeben. Es kommt dabei zu erheblichen Kontroversen um die Perspektiven der Prävention, allerdings mit einer positiven Anerkennung verhaltenspräventiver Konzepte. 1986 befasst sich das Politbüro der SED außergewöhnlich kritisch mit „Informationen über die Entwicklung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung der DDR und mit Schlussfolgerungen der Entwicklung des Gesundheitsschutzes“. Schon damals war klar, dass die Unfähigkeit vieler Menschen Probleme und Konflikte zu bewältigen, Alkoholmissbrauch, Rauchen, Übergewichtigkeit oder Mängel im gesundheitsgerechten Verhalten zur Krankheit führen können. Auch in diesem Zusammenhang wurde der Verhaltensprävention wieder der Vorrang vor der Wahrnehmung sozial-epidemiologischer Tatsachen, insbesondere der sozialen Stagnation gegeben.

Die Struktur des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der DDR war letztlich in einem erheblichen Maße durch das alte Muster von Gesundheitsämtern geprägt. Vieles wurde darüber hinaus in sogenannten nachgeordneten Einrichtungen, in Kommissionen oder Arbeitsgruppen bearbeitet.

Der Versuch, gesamtgesellschaftliche Schief lagen und Fehlentwicklungen allein mit Maßnahmen in einem gesellschaftlichen Bereich lösen zu wollen, konnte nicht gelingen.

Es ist hinlänglich bekannt, dass die politischen Versprechen bezüglich einer gleichermaßen hohen und flächendeckenden medizinischen und sozialen Versorgung der Bevölkerung zunehmend mit der Wirklichkeit der Arbeitsbedingungen in den Gesundheits- und Sozialeinrichtungen kollidierten. Das führte unter anderem dazu, dass auch und gerade die Mitarbeiter aus den Gesundheits- und Sozialeinrichtungen vielfach an der objektiv notwendigen gesellschaftlichen Umwälzung 1989 beteiligt waren.

So ist die Leistung vieler tausend Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheits- und Sozialwesen der DDR unter den damals herrschenden gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Bedingungen zu würdigen. Die engagierten und politisch unbelasteten Mitarbeiter mussten gefördert werden, um ihnen die Möglichkeit zu geben, in einem einheitlichen föderalen deutschen Gesundheitssystem einen gebührenden Platz zu finden.

Integration in das bestehende System des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der Bundesrepublik Deutschland



Hauptaufgabe war es, ein zentralistisches Gesundheits- und Sozialwesen in ein föderales, stark gegliedertes, freiheitliches und individualisiertes Gesundheitswesen zu überführen. Dabei war zu beachten, dass für das Sozialwesen außerhalb des Gesundheitswesens ebenfalls neue Strukturen zu schaffen waren. Der Aufbau eines Öffentlichen Gesundheitsdienstes in den neuen Bundesländern musste schnell und effizient erfolgen. Alte Strukturen waren aufzulösen und neue Strukturen zu schaffen.

Das bisherige Verständnis eines Öffentlichen Gesundheitsdienstes war nicht in Einklang zu bringen mit einem modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst, wie er für ganz Deutschland angestrebt wurde. Der Vorteil für die neuen Bundesländer lag sicher zunächst darin, dass das neue System unbefangen von Entwicklungen wie sie nach 1949 in der Bundesrepublik Deutschland eingetreten waren, eingeführt werden konnte. Die Aufbruchstimmung im Öffentlichen Gesundheitsdienst der neuen Länder und die Offenheit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Öffentlichen Gesundheitsdienst gegenüber den Vorstellungen und Anforderungen war groß.

Programmhefte
der Kongresse
der neuen Länder



60 Jahre BVÖGD –
das sind auch 20 Jahre
Mitgliedschaft der
Landesverbände der
neuen Bundesländer

Hauptproblem war es, möglichst schnell Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern zu qualifizieren. Dieses gelang durch einen beispielhaften Einsatz einer Vielzahl westdeutscher Institutionen und Personen. Oft unkompliziert, ja teilweise unkonventionell, wurde Hilfe angeboten und geleistet, aber auch angefragt und angenommen.

In den ersten Jahren wurden zum Teil zentrale Weiterbildungen im Rahmen von Amtsarztkursen für Ärztinnen und Ärzte aus Gesundheitsämtern der neuen Länder organisiert. In der Regel führten diese dann auch nach entsprechender Facharztprüfung zur Anerkennung als Facharzt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Neben den bewährten Ausbildungsstätten in Düsseldorf, München und Berlin, wurde die theoretische Weiterbildung später auch in Schwerin, Wunsdorf und in Meißen durchgeführt. Hauptschwierigkeit war, dass diese Weiterbildungen neben der eigentlichen Tätigkeit als Leiterin oder Leiter eines im Aufbau befindlichen Gesundheitsamtes erfolgen mussten.

Als großen Mangel empfanden viele Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern die weitgehende Trennung von der kurativen Medizin durch die kostenträgerorientierte Struktur des bundesdeutschen Gesundheitswesens.

Teilweise kam es zur Besetzung von Amtsleiterstellen mit Ärztinnen und Ärzten, die bisher wenig Erfahrung im Öffentlichen Gesundheitsdienst hatten oder nur in einem Teilbereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der ehemaligen DDR beschäftigt waren. Dieses war in einer Übergangszeit, aber zum Teil auch heute noch, durch die geltenden Gesetze gedeckt. So lässt es zum Beispiel das Gesundheitsdienstgesetz des Landes Sachsen-Anhalt zu, dass in einem Gesundheitsamt unabhängig von seiner Größe (nur) mindestens eine Person tätig sein muss, die eine Weiterbildung auf dem Gebiet des Öffentlichen Gesundheitsdienstes abgeschlossen hat und die Anerkennung als Arzt oder Ärztin für Öffentliches Gesundheitswesen besitzt (Amtsarzt oder Amtsärztin). Ausnahmsweise kann aber auch ein Facharzt oder eine Fachärztin mit begonnener Weiterbildung auf dem Gebiet des Öffentlichen Gesundheitswesens bestellt werden. Diese Situation wird auch heute noch immer wieder vorgefunden.

Die einsetzende „Weiterbildungswelle“ führte in den 1990er Jahren zunächst zu einer schnellen Lösung dieses Problems. Mittlerweile ist allerdings durch die inzwischen eingetretene Pensionierung vieler „Gründungsmütter und Gründungsväter“ von Gesundheitsämtern in den neuen Bundesländern eine Situation eingetreten, in der wir wieder auf einen Mangel an Fachkräften verweisen müssen. Nur durch die inzwischen erfolgte Gebietsreform z. B. in Sachsen-Anhalt kann die Forderung des Gesetzes nach qualifizierter ärztlicher Leitung eines Gesundheitsamtes noch erfüllt werden.

In diesem Zusammenhang muss man vor allem auch darauf hinweisen, dass alle Verwaltungsstrukturen überall in den neuen Bundesländern nach der Wende auf dem Prüfstand standen. Dabei ist es zu flächenhaften Veränderungen in den Verwaltungen gekommen, die bis heute nicht abgeschlossen sind. Gleiches gilt für die politische Ebene. Die nach den Wahlen 1990 entstandenen Parlamente auf allen Ebenen, in den Städten und Kreisen, aber auch in den Ländern hatten oftmals „Wichtigeres“ zu tun, als sich sofort um die Gestaltung und gesetzliche Ausgestaltung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu kümmern.

Dieses führte zu sehr unterschiedlichen Entwicklungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst der neuen Länder. Nicht selten waren diese Entwicklungen dann dadurch geprägt, wer beratend tätig war. So waren gewachsene Erfahrungen aus Bayern oder Baden-Württemberg letztlich andere, als in Niedersachsen oder Hamburg, aber sie führten sehr deutlich Regie beim Aufbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in den neuen Bundesländern.

Eine Reihe von Ländern führte ein Landesgesundheitsamt ein, andere sahen darin keinen Sinn und so sind bis heute die vertikalen und horizontalen Wege im Öffentlichen Gesundheitsdienst in den neuen Bundesländern außerordentlich differenziert. Auch diese Entwicklung war neu und ungewohnt und wird bis heute nicht nur positiv gesehen.

Allen Gesundheitsämtern in allen Ländern gemein ist natürlich der Anspruch, dass sie die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung kontinuierlich beobachten, Gesundheitsgefährdungen und Schäden untersuchen und bewerten, den Ursachen nachgehen sowie auf deren Beseitigung einwirken.

Neben seinen klassischen Aufgaben, beispielsweise in der Medizinal- und Hygieneaufsicht oder in der sozialmedizinischen Betreuung, hat der moderne Gesundheitsdienst auch in den neuen Ländern heute eine wichtige Steuerungs- und Koordinierungsfunktion. Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Sozialpsychiatrischer Dienst und Hygieneüberwachung waren in ähnlicher Weise auch vor der Wende bekannt. Der Inhalt der Aufgaben dagegen hat sich deutlich geändert.

Aus einer Impfpflicht zu DDR-Zeiten wurde ein Angebot freiwilliger Impfungen. Damit verbunden kam es zeitweise zu einem Rückgang der Impfbereitschaft. Trotzdem ist der Durchimpfungsgrad auch heute noch in den neuen Ländern deutlich höher als in den alten Ländern. Auch wenn es viel Mühe kostete zu akzeptieren, dass Eltern sich – zumindest aus unserer Sicht und Erfahrung – aus einer zum Teil falsch verstandenen Freiheit heraus, plötzlich gegen das Impfen ihrer Kinder entschieden. Es mussten neue, für uns bis dato nicht bekannte und begangene Wege gefunden



60 Jahre BVÖGD –
das sind auch 20 Jahre
Mitgliedschaft der
Landesverbände der
neuen Bundesländer

werden, um wieder zu einer guten Durchimpfungsrate der Bevölkerung zu kommen. Bevor in der Bundesrepublik zentrale Gesundheitsziele angeregt und verabschiedet wurden, hatte zum Beispiel das Land Sachsen-Anhalt bereits eigene Landesgesundheitsziele, unter anderem mit der Verbesserung der Durchimpfungsrate. Es war nicht immer leicht, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu erklären, dass bewährte Dinge und Handlungsabläufe immer wieder auf den Prüfstand gestellt werden mussten und müssen, dass Freiwilligkeit, personengebundener Datenschutz aber auch Ablehnung von Angeboten normal sind.

In der DDR sensible Themen wie z. B. Krankheiten durch Umweltbelastungen werden heute offen, auch kontrovers diskutiert und beurteilt. Der Öffentliche Gesundheitsdienst in den neuen Bundesländern konnte von den Erfahrungen in den alten Bundesländern lernen und Fehlentwicklungen vermeiden. So ist es sehr schnell zu einer Angleichung in der Qualität des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Ost und West gekommen.

Seit der Gründung der Landesverbände der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst und ihrem Beitritt zum Bundesverband haben sie sich aktiv in die Gestaltung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes eingebracht. Dazu gehört nicht nur die Durchführung von Bundeskongressen, sondern auch die Mitarbeit oder Leitung in Arbeitskreisen und Arbeitsgruppen des Bundesverbandes sowie die aktive Arbeit im engeren oder erweiterten Bundesvorstand unseres Verbandes.

Ein von so manchem Mitarbeiter in den Gesundheitsämtern der neuen Bundesländer (vielleicht auch der alten Bundesländer) erwarteter eigener Weg bei der Gestaltung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in den neuen Bundesländern ist von vorn herein nur bedingt möglich gewesen und vielfach dort, wo er möglich gewesen wäre, an den Gegebenheiten gescheitert.

Das Experiment „neuer“ Öffentlicher Gesundheitsdienst in den neuen Bundesländern konnte es nicht geben. Der Zwang eines schnellen und effizienten Aufbaus und der Angleichung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im „Osten“ an den des „Westens“ in der Folge des Anschlusses der DDR an die Bundesrepublik Deutschland, ließ dieses aus meiner Sicht nicht zu.

Heute ist der Aufbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in den neuen Bundesländern wohl auch im Vergleich mit den alten Bundesländern als abgeschlossen anzusehen. Ein Vergleich auf Augenhöhe erscheint durchaus angemessen. Das ist ganz maßgeblich auch der Hilfe und Unterstützung der Kolleginnen und Kollegen aus den alten Bundesländern, insbesondere den Vorständen der Landesverbände und des Bundesvorstandes geschuldet.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Öffentlichen Gesundheitsdienst in den neuen Bundesländern können stolz darauf sein, dass es ihnen gelungen ist, innerhalb einer historisch kurzen Zeit einen neuen Öffentlichen Gesundheitsdienst auf hohem Niveau zu etablieren.

Heute hat der Öffentliche Gesundheitsdienst in Ost und West, in den alten wie neuen Bundesländern ganz ähnliche Probleme: Mangel an Fachpersonal, unzureichende Bezahlung, ungenügende Akzeptanz in der Politik (sieht man von der punktuellen Aufmerksamkeit anlässlich drohender Pandemien ab).

Neue Felder kennzeichnen die Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auch in den neuen Bundesländern, so unter anderem die Beratung und Betreuung, in manchen Ämtern auch die medizinische Versorgung, sozialer Randgruppen. Prävention, Koordination und Planung auf der Grundlage einer qualifizierten Gesundheitsberichterstattung werden den Alltag immer stärker bestimmen.

Gegebenenfalls wird die Weiterentwicklung im ÖGD aber auch zur Aufgabe traditioneller Aufgaben führen müssen. Vielleicht werden unter dem Druck geringer werdender Ressourcen auch die Ärzte des ÖGD wieder individualmedizinisch kurativ gebraucht.

Die Entwicklung und Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wird nun aber eine gemeinschaftliche Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in ganz Deutschland sein.

Programmhefte der Kongresse der neuen Länder

