

Die Sozialmedizin in der Bundesrepublik Deutschland hat ein „neues“ Betätigungsfeld entdeckt. Unter den englischen Schlüsselworten „Health Cities“ und „Schools of Public Health“ wollen sich die „Bevölkerungsmediziner“ künftig verstärkt der Gesundheitsförderung in den Gemeinden annehmen und die dazu „unerläßliche“ Qualifikation in entsprechenden Lehrinrichtungen vermitteln. Die vor geraumer Zeit von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten Programme, die sich hinter diesen Wortschöpfungen verbergen, standen auch im Mittelpunkt der in Hannover veranstalteten 24. Wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, auf der neben Themen wie Krebsprävention, Vorsorge im Betrieb und Umweltmedizin auch dieses WHO-Konzept auf seine Realisierungschancen in der Bundesrepublik hin analysiert wurde.

Gesundheit entsteht und vergeht ganz wesentlich in den Räumen und Bezügen, in denen die Menschen täglich leben“, vermutete der Leiter der Abteilung Epidemiologie und Sozialmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover, Professor Dr. med. Friedrich Wilhelm Schwartz. Er nannte damit den „entscheidenden“ Ansatz für die Erarbeitung von Projekten zur „kommunalen Gesundheitsförderung“, die zum Beispiel der Präsident der Berliner Ärztekammer, Dr. Ellis Huber, ohnehin für „die Medizin von morgen“ hält. Die traditionelle Fixierung etablierter sozialer Sicherungssysteme auf die kurative Versorgung hat nach Schwartz im präventiven und rehabilitativen Bereich zu Defiziten geführt, die den „wirklichen“ Gesundheitsrisiken und Krankheitsursachen kaum effizient und effektiv abzuwehren in der Lage sind. Abgesehen davon, daß auch die wissenschaftliche Infrastruktur zur Problemlösung nicht ausreicht, sind es nach Ansichten des Sozialmediziners vor allem fehlende integrative Versorgungskonzepte, die der Wiederbelebung des kommunalen Gesundheitsgedankens vorerst noch entgegen stehen.

36 Städte haben bislang weltweit das WHO-Konzept übernommen; die Bundesrepublik Deutschland ist dabei. Mit Düsseldorf, Hamburg, München und Bremen, neuerdings auch mit Hannover und Göttingen, finden sich Gemeinden, die bereit sind, sich mit den „gesellschaftlichen Rahmenbedingungen von Gesundheit und Krankheit“ kritisch

Sandkasten-Spiele oder Wie öffentlich muß Gesundheit sein?

Im Gespräch: Die WHO-Programme zur Gesundheitsförderung in den Gemeinden

auseinanderzusetzen, wie es in einer Projektskizze der Gruppe Gesundheitsförderung in Göttingen heißt. In diesem Sinne greifen Gesundheitsförderungskonzepte Kritik, Fragen, Bedürfnis und Interesse der Bürger auf. Mit gesunden Umwelt-, Arbeits- und Lebensbedingungen, so behaupten es die Initiatoren, verbinden immer größere Teile der Bevölkerung Befreiung von Abhängigkeiten, Chancen zu mehr eigenverantwortlichem Handeln und mehr Lebensqualität (und halten doch – individuell – an liebgewonnenen Gewohnheiten fest, indem sie das Auto zum „Fetisch“ machen, den Sport „über“treiben, überernährt sind und „legalen“ Drogen wie Nikotin und Alkohol zusprechen).

Eine im wesentlichen soziologisch determinierte Gesundheitspla-

nung ist also das Ideal dieser Sozialmediziner, die, wie es der Medizinsoziologe Professor Dr. Johann Jürgen Rohde von der MHH ausdrückte, darauf abzielt, die gesundheitsbezogene Selbst- und Mitbestimmung der Bürger zu stärken und gesundheitsförderliche Bedingungen im städtischen Lebensraum zur gemeinsamen Sache aller politischen, administrativen, wirtschaftlichen, kulturellen und sozialen Institutionen und Kräfte des Gemeinwesens zu propagieren. Eine gesündere städtische Lebenswelt ist nach Rohde nicht dadurch zu erlangen, daß herkömmliche Vorsorgeaktivitäten und -programme, die auf das Gesundheitsverhalten des Einzelnen zielen, vervielfacht und erweitert werden. Gefordert ist die Überwindung des herkömmlichen Ressortdenkens, in dem Gesundheit ausschließlich in den Bereichen Gesundheitsverwaltung, Ärzteschaft und den medizinischen Einrichtungen „stattfindet“.

„Gesundheitsmanagement“ wird nach diesem Verständnis also zu einer „basisdemokratischen“ Angelegenheit, in der die „professionellen Anbieter des etablierten Medizinsystems“ allenfalls noch mitwirken, nicht jedoch mehr qua Kompetenz dominieren. Wo und wie die Integration stattfinden könnte, führte Schwartz anhand eines Aktionskataloges vor, der allerdings auch Vorschläge enthält, die bereits mit Erfolg im herkömmlichen Gesundheitsversorgungssystem praktiziert werden, so die von niedergelassenen Ärzten geleiteten Koronarsportgruppen.

Allgemeine oder gruppenspezifische Mitwirkung der Bevölkerung ist demnach ein wesentliches Moment dieses Konzepts. Eine „zur Trägheit neigende“ öffentliche Verwaltung hätte sich z. B. darauf einzustellen, daß die Bevölkerung künftig mehr „gesundheitspolitischen Dampf abläßt“; eher „banale“ Aktionen wie der Austausch unhygienisch gewordenen Sandes auf Spielplätzen bekommen dann einen neuen Stellenwert. Der „demokratische Schub“ sorgt dafür, daß das unmittelbare Umfeld des Bürgers „gesundheitsfördernd“ gestaltet wird. ▸

Dennoch hat Bürgerbeteiligung ihre Grenzen. „Gesundheitsmanagement“ will erst einmal gelernt sein. Das nötige Know-how dazu sollen – in Form von Kontakt- oder Aufbaustudiengängen – „Schools of Public Health“ liefern, die sich bereits im angelsächsischen und skandinavischen Raum bewährt haben.

Beispiel: Uni Bielefeld

Die Universität Bielefeld hat inzwischen für einen derartigen Studiengang „grünes Licht“ erhalten, und das Interesse ist riesengroß. Für die vorerst 20 Studienplätze haben sich immerhin 400 Bewerber gemeldet. Um den späteren Anforderungen zu genügen, reichen die herkömmlichen Studieninhalte eines „normalen“ Medizinstudiums bei weitem nicht. Nach einer, je nach Qualität des Studiums, zwei- bis viersemestrigen Lernphase wird den Absolventen bescheinigt, daß sie Kenntnisse haben u. a. in Planung und Management, in Gesundheitsökonomie, Ethik, Gesundheitsberichterstattung, Sozialrecht, Rehabilitationsmedizin sowie psychisch-soziale Techniken in Heil- und Pflegeberufen beherrschen. Ob jedoch die Bielefelder Diplom-Gesundheitswissenschaftler, die voraussichtlich 1991 auf den Arbeitsmarkt drängen, überhaupt nachgefragt werden, steht noch dahin, ist jedoch speziell für Prof. Schwartz „überhaupt keine Frage“.

Nicht nur in den Healthy-City-Projekten, sondern auch in vielen anderen Versorgungs- und Verwaltungseinrichtungen des Gesundheitswesens wird, so glaubt der Sozialmediziner, künftig der „Master of Public Health“, wie er international genannt wird, zu finden sein. Nach Bielefeld haben auch Berlin, Bochum und Hannover erste Vorarbeiten für die Installation derartiger Studiengänge geleistet und stehen gleichsam in den Startlöchern. Finanzielle Rückendeckung kommt inzwischen von der Industrie: So sind die Daimler/Benz-Stiftung und die Robert-Koch-Stiftung bereits mit mehreren tausend Mark an Fördermitteln in der Vorbereitungsphase dabei.

DÄ-N

Medizin im Nationalsozialismus (V)

Medizin und Rassenpolitik – Der „Lebensborn e.V.“ der SS

Georg Lilienthal

Die (medizin-)historische Forschung hat offengelegt, daß die nationalsozialistische Führung bei der Umsetzung ihrer in kontinentalem Ausmaß geplanten Rassenpolitik auf die Mitarbeit der gesamten deutschen Ärzteschaft, freilich in unterschiedlichem Grade, angewiesen war. Die Frage, in

welchem Umfang die Ärzte diesen Erwartungen nachkommen, wird im einzelnen noch zu klären sein, doch steht heute schon fest, daß die Zahl der Ärzte, die sich aktiv an der nationalsozialistischen Rassenpolitik beteiligten, deutlich über die Marke von dreihundertfünfzig oder vierhundert hinausging.

Nationalsozialistische Rassenpolitik beruhte nicht nur auf der Vernichtung aller rassistisch „Minderwertigen“ durch Sterilisierung, „Euthanasie“ und Genozid, sondern auch auf der Begründung einer rassistischen Elite, die in ihrer letzten Konsequenz die traditionelle Sozialordnung aufgehoben hätte. Diese vom Rassenwahn getragene Ordnungspolitik gehörte neben der konventionellen Machtpolitik zu den Mitteln, mit denen Hitler und die Nationalsozialisten die Weltherrschaft stufenweise erringen wollten. Die gesteuerte biologische Höher-

entwicklung durch Auslese, das Komplement in der nationalsozialistischen Rassenideologie zur Ausmerzung rassistisch „Untauglicher“, wird in ihrer Komplexität, zumal in ihrer angestrebten Verwirklichung in der Bevölkerungs- und Rassenpolitik, wofür der „Lebensborn“ ein zentrales Beispiel ist, im Vergleich zur sogenannten Euthanasie und der „Endlösung der Judenfrage“ noch zu wenig beachtet.

Nach der Machtergreifung betrieben die Nationalsozialisten die biologische Aufrüstung des deutschen Volkes mit allen Mitteln. Ein Angriffspunkt war dabei die Be-

Der „Lebensborn e. V.“. Auf Veranlassung des Reichsführers **SS** Himmler wurde im Jahre 1936 der „Lebensborn e. V.“ gegründet, der vom Reichsführer **SS** persönlich geführt wird. Die Aufgaben des „Lebensborn“ liegen ausschließlich auf bevölkerungspolitischem Gebiet. Es werden rassistisch und erbbiologisch wertvolle kinderreiche Familien unterstützt, rassistisch und erbbiologisch wertvolle werdende Mütter betreut und in den Heimen des „Lebensborn“ aufgenommen. Außerdem wird für die dort zur Welt gekommenen Kinder und für ihre Mütter ständig gesorgt. Bis jetzt bestehen im Reichsgebiet bereits sechs Heime für werdende Mütter und ihre Kinder.

Abbildung 1: Notiz aus „Volk und Rasse“ 14 (1939), 20