



AG 10: Die besondere Rolle des ÖGD in sozialen Brennpunkten

- Privatisierung öffentlicher Aufgaben stoppen (z.B. Abbau Mütterberatungsstellen) und in neue Strukturen investieren (z.B. Bundesmodellprogramm: 1 Stelle pro Gesundheitsamt)
- Kommunale Finanzierungsfonds (z.B. Hamburg mit 20.000 €)
- Info/Erfahrungsaustausch bis hin zu Internetplattform
- Kein Projektstrohfeuer sondern Nachhaltigkeit (Dauer-Finanzierung!!!)
- ÖGD als niedrigschwelliger Ansprechpartner (z.B. Standesamt – Mütterberatung – Kinderkrankenschwestern in Familien)



AG 10: Die besondere Rolle des ÖGD in sozialen Brennpunkten

Kinder und Jugendliche sind im Verhältnis zu ihrem Bevölkerungsanteil überproportional stark von Armut betroffen. Da diese Armut auch massive Folgen für deren Gesundheit hat, kommt dem öffentlichen Gesundheitsdienst vor allem in der Früherkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, aber auch in der Organisation von Versorgungsangeboten für unterversorgte Gruppen (z.B. Asylbewerber) hier eine besondere Schlüsselrolle zu. Für fast alle Krankheiten weisen sozial benachteiligte Kinder ein höheres Krankheitsrisiko auf. Neben schlechteren Ernährungsbedingungen und anderen hygienischen Standards hängen die höheren Erkrankungsrisiken auch mit der geringeren Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zusammen. Die Nicht-Teilnahme an den U1- bis U9-Untersuchungen liegt bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien deutlich höher als bei besser gestellten Altersgenoss/innen. Deshalb stellt die Schuleingangsuntersuchung, die in den meisten Bundesländern durch den öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt wird, für viele Kinder eine späte, aber immerhin vorgeschriebene Möglichkeit zur Erkennung von Entwicklungsbeeinträchtigungen und Krankheiten dar.

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist allerdings in Deutschland sehr heterogen organisiert. Alle sechzehn Bundesländer arbeiten nach unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen. Die Mehrheit der Länder hat eigene ÖGD-Gesetze verabschiedet, lediglich Niedersachsen und Hessen arbeiten auf der Basis des Reichsvereinheitlichungsgesetzes von 1934. Deshalb sind die Handlungsspielräume und gesetzlichen Aufträge für den öffentlichen Gesundheitsdienst ebenfalls sehr heterogen. Hinzu kommt die desolante Finanzsituation der Kommunen, die diese Handlungsspielräume zusätzlich einengt. Lediglich unabdingbare Pflichtaufgaben werden durchgeführt. Der Aufbau neuer Strukturen und wichtiger Angebote unterbleibt, weil dieser in die Kategorie so genannter freiwilliger Leistungen fällt. Es wird hier nicht in langfristigen Perspektiven gedacht, unter denen sich gerade solche Angebote als Kosten sparend erweisen könnten.

Die 73. Gesundheitsminister-Konferenz (GMK) der Länder hat im Jahr 2000 „Qualitätsstandards zu Verminderung gesundheitlicher Auswirkungen sozialer Benachteiligung bei Kindern“ für die GMK definiert. Darin wird unter anderem festgestellt, dass gesundheitliche Leistungen so organisiert sein müssen, dass sie für die genannten Zielgruppen besser nutzbar sind und die verschiedenen Hilfesysteme abgestimmte, koordinierte Angebote

enthalten. Die Qualitätsstandards sollen die gesundheitliche Situation von benachteiligten Kindern und deren Familien verbessern und gleichzeitig trotz der engen finanziellen Spielräume der Länder und Kommunen umsetzbar sein. Die wesentlichen Forderungen der Entschließung beziehen sich auf eine bessere Zusammenarbeit von Jugendhilfe-, Stadtentwicklungs- und Gesundheitssektor, sie stärken den Gesundheitsbezug von Angeboten in Kindertagesstätten und Schulen sowie die Integration von Institutionen und Personen, insbesondere außerhalb des Gesundheitsbereichs zur Vermittlung gesundheitsbezogener Informationen und Hilfestellungen. Diese Qualitätsstandards sind auf kommunaler Ebene bislang kaum umgesetzt.

In der Arbeitsgruppe wurden anhand von vier Praxisbeispielen aus Hamburg, Oldenburg, München und Baden-Württemberg die Handlungsmöglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes in sozialen Brennpunkten demonstriert. Allen Beispielen gemeinsam war das hohe Engagement der Beschäftigten für sozial Benachteiligte, die notwendige Organisation sozialpolitischer und finanzieller Unterstützung für die Angebote. Deshalb und aufgrund der heterogenen Rahmenbedingungen sind die Ergebnisse dieser Praxisbeispiele nur beschränkt übertragbar auf andere kommunale Settings. Sie zeigen jedoch, dass der öffentliche Gesundheitsdienst einen effektiven Beitrag zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit leisten kann. In der Diskussion wurden gemeinsam mit den Teilnehmer/innen des Workshops folgende Kernforderungen für die künftige Ausrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes festgehalten:

- Die Privatisierung öffentlicher Aufgaben muss gestoppt werden, wenn gesundheitliche Ungleichheiten sich nicht weiter vergrößern sollen (z.B. Abbau Mütterberatungsstellen)
- In neue Strukturen muss investiert werden, da kommunale Stellen aufgrund ihrer desolaten Finanzlage häufig nicht die Mittel hierfür aufbringen können, ist die Einrichtung eines Bundesmodellprogramms zu überprüfen, über das modellhaft Angebote bei Gesundheitsämtern gehalten und vernetzt werden.
- Die Einrichtung trägerübergreifender kommunaler Finanzierungsfonds, an denen sich auch Krankenkassen beteiligen, ist ein sinnvoller Weg zur Finanzierung von Angeboten.
- Der Informations- und Erfahrungsaustausch bis hin zu Internetplattformen für Mitarbeiter/innen des öffentlichen Gesundheitsdienstes muss intensiviert werden.

- Die Strukturen dürfen nicht kurzfristig angelegt sein, eine Dauerfinanzierung muss angestrebt werden („Kein Projektstrohfeuer, sondern Nachhaltigkeit“).
- Der ÖGD muss sich als niedrigschwelliger Ansprechpartner (z.B. Mütterberatung, Kinderkrankenschwestern in Familien) profilieren und damit sozial benachteiligten Gruppen den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und Gesundheitsförderungsangeboten eröffnen
- Für alle Angebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes müssen Qualitätsstandards entwickelt und umgesetzt werden. Die GMK-Entscheidung (aus dem Jahr 2000) muss auf kommunaler Ebene umgesetzt werden.
- Die intersektorale Zusammenarbeit in der Kommune muss verbessert, das Ressortdenken insgesamt abgebaut werden, um so Leistungen für sozial Benachteiligte „aus einem Guss“ zu ermöglichen.