

Treffen der kommunalen Gesundheitsverwaltungen der Städte Augsburg, München und Nürnberg mit Herrn Staatsminister Sinner am 26.07.02

Positionspapier zum Themenvorschlag:

Rolle des kommunalen ÖGD im Rahmen des ÖGD in Bayern

Die Reorganisation des ÖGD in Bayern (Eingliederung der staatlichen Gesundheitsämter und Veterinärämter in die Landratsämter; Schaffung eines integrierten Aufgabenprofils des Gesundheits- und Veterinärwesens, Ernährung und Verbraucherschutzes) sollte zum Anlass genommen werden, auch Möglichkeiten einer engeren Zusammenarbeit der "Kompetenzzentren" in den Landratsämtern mit den kommunalen Gesundheitsbehörden auszuloten. Vorstellbar sind Kooperationen im fachlichen Bereich, z.B. Abstimmungen über Aufgabenverteilungen bei der Entwicklung fachlicher Informationsangebote oder gemeinsamer Praxisprojekte, bis hin zu regionalen Verbänden zwischen Kommunen und Landratsämtern bei der Erledigung einzelner Aufgaben. Auf die wichtige Katalysatorrolle, die das LGL bei der Vernetzung des ÖGD in Bayern spielen sollte, wurde schon im Positionspapier zu "Möglichkeiten der zentralen Unterstützung der kommunalen Gesundheitsämter" hingewiesen.

Besondere Aufgaben, Anforderungen und Leistungsangebote des kommunalen ÖGD ergeben sich aus der räumlichen Zuständigkeit für Ballungszentren. Spezifisch urbane Gesundheitsprobleme, z.B. die gesundheitliche Situation wohnungsloser Menschen, oder die Gesundheitsarbeit in sozial schlechter gestellten Stadtviertel mit einem hohen Anteil von Migranten/-innen erfordern zusätzliche sozialkompensatorische Angebote mit einer hohen Personalintensität. Auch der gesundheitliche Umweltschutz muss in den Städten auf besondere Herausforderungen reagieren, was sich im steigenden Bedarf an umweltmedizinischer Fachkompetenz in den kommunalen Gesundheitsverwaltungen niederschlägt. Dem Anforderungsprofil großstädtischer kommunaler Gesundheitsämter sollte bei der Mittelzuweisung nach FAG noch deutlicher Rechnung getragen werden. Auch eine verstärkte Förderung von Gesundheitsprojekten durch das StMGEV, die gezielt an städtischen Problemlagen orientiert sind, kann hier hilfreich sein.

Treffen der kommunalen Gesundheitsverwaltungen der Städte Augsburg, München und Nürnberg mit Herrn Staatsminister Sinner am 26.07.02

Positionspapier zum Themenvorschlag:

Möglichkeiten der zentralen Unterstützung der kommunalen Gesundheitsämter bei der Bearbeitung übergreifender Fragestellungen

Das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) wird künftig verstärkt Aufgaben einer zentralen fachlichen Beratung und Unterstützung der Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes wahrnehmen. Hierzu gehört auch die Förderung der Vernetzung zwischen Wissenschaft und ÖGD, Erarbeitung von Fachprogrammen, Fort- und Weiterbildung und Aktivitäten des Qualitätsmanagements. Gerade bei übergreifenden Fragestellungen, mit denen sich die Gesundheitsämter bzw. Gesundheitsverwaltungen vor Ort in ähnlicher Weise auseinandersetzen müssen (z.B. Fragen aus der Umweltmedizin) oder deren Bearbeitung einen überregionalen Zusammenhang erfordert (z. B. vergleichende Gesundheitsberichterstattung), erscheint ein solcher Unterstützungsansatz sehr sinnvoll.

Die kommunalen Gesundheitsämter bzw. -verwaltungen der drei Städte gehen davon aus, dass sie in diesen Kooperationsprozess voll mit einbezogen werden. Dabei sollten auch die großstädtischen Belange besondere Berücksichtigung finden, die sich z.B. aus dem hohen Anteil von Migranten/-innen an der Bevölkerung ergeben. Im Rahmen einer engen Abstimmung mit dem neustrukturierten LGL könnten Formen der Zusammenarbeit entwickelt und konkrete gemeinsame Projekte formuliert werden.

Beispiele für mögliche Projekte:

- Aufbau einer aussagekräftigen, bayernweiten Gesundheitsberichterstattung mit einheitlichen Indikatoren für die gesundheitliche Bewertung von Lebensverhältnissen
- ämterübergreifende Qualitätsmanagement - Projekte
- Erstellung mehrsprachiger gesundheitsbezogener Informationsmaterialien
- Fortbildungsprogramme für eine migrationssensible ÖGD-Arbeit.
- Kooperationsprojekte im informationellen Bereich (z.B. gesundheitliche Öffentlichkeitsarbeit via Internet)

Treffen der kommunalen Gesundheitsverwaltungen der Städte Augsburg, München und Nürnberg mit Herrn Staatsminister Sinner am 26.07.02

Positionspapier zum Themenvorschlag:

Beteiligung der Städte an der Gesundheitsinitiative "Bayern aktiv"

Die Städte Augsburg, München und Nürnberg repräsentieren etwa 20 % der Wohnbevölkerung in Bayern. Die Gesundheitssituation in den Städten ist durch spezifische Problemlagen geprägt, die eine vermehrte Gesundheitsgefährdung mit sich bringen (soziale Probleme, hoher Anteil Migranten an der Wohnbevölkerung, Verdichtungsgrad, Verkehrsbelastung usw.).

Typischerweise zeigen sich Entwicklungen zuerst in den Städten. Auch gesundheitliche Risiken sind dort früher zu beobachten als in ländlichen Regionen. Die Entwicklung der Städte ist also ein Indikator für die voraussichtliche Entwicklung ganz Bayerns. Zugleich sind die Städte Erprobungsraum für die gesundheitspolitischen Konzepte zur Lösung der anstehenden Probleme.

Daher ist eine deutliche Beteiligung der Städte am Programm "Bayern aktiv" notwendig. Leider sind die Städte als Kommunen mit Projekten bisher nur mäßig vertreten, die Großstädte Augsburg, München, Nürnberg überhaupt nicht.

Die Städte Augsburg, München und Nürnberg möchten sich künftig am Programm "Bayern aktiv" mit Präventionsprojekten zur Reduktion des Rauchens und des Alkoholkonsums sowie im Bereich Bewegung/Ernährung beteiligen. Die Prävention von Zivilisationskrankheiten wie Diabetes, Osteoporose usw. soll ausgebaut werden. Die Stadt Nürnberg will im Handlungsfeld 3 ihr Projekt "Kampf dem Herztod" und im Handlungsfeld 4 ihr Projekt zur Verringerung der Säuglingssterblichkeit bei muslimischen Frauen einbringen. In Nürnberg bietet sich im Zusammenhang mit dem neulich von Herrn Staatsminister Sinner eröffneten "Interdisziplinären Zentrum für Public Health" der Universität Erlangen-Nürnberg auch ein Kooperationsverbund mit den staatlichen Gesundheitsämtern der Region an.

Neben Fördermitteln für die Erprobung innovativer Maßnahmen wäre ein kontinuierlicher Austausch zwischen dem Freistaat und den großen Kommunen bezüglich der weiteren Planungen im Programm "Bayern aktiv" sinnvoll.

Darüber hinaus wird die Notwendigkeit gesehen, den Austausch von Erfahrungen und die Übertragung von erfolgreichen Strategien zwischen den Kommunen und Landkreisen mit anderen Strukturbedingungen zu erleichtern. Für diese "Übersetzung" erprobter Maßnahmen könnte die Bayerische Staatsregierung wertvolle Unterstützungen leisten.

Treffen der kommunalen Gesundheitsverwaltungen der Städte Augsburg, München und Nürnberg mit Herrn Staatsminister Sinner am 26.07.02

Positionspapier zum Themenvorschlag:

Probleme bei der Umsetzung des § 20 Abs.1 SGB V (Primärprävention) und des Abs. 4 (Selbsthilfeförderung); Möglichkeiten einer verbesserten Kooperation zwischen ÖGD und Krankenkassen in diesen Bereichen

Mit der Neuregelung im GKV-Gesundheitsstrukturgesetz 2000 hat der Gesetzgeber sowohl die Primärprävention in § 20 Abs. 1 SGB V als auch die Selbsthilfe in § 20 Abs.4 SGB V als Soll-Vorschrift zu einer gesetzlichen Aufgabe der Krankenkassen mit stark verpflichtendem Charakter gemacht. Dies kommt auch in der gesetzlichen Festlegung finanzieller Richtwerte für den Umfang der zu erbringenden Leistungen in diesen Bereichen zum Ausdruck.

Mit Recht betonen die Spitzenverbände der Krankenkassen in ihren gemeinsamen und einheitlichen Grundsätzen zur Förderung der Selbsthilfe vom 10. März 2000 die Notwendigkeit einer Abstimmung mit anderen Fördersträngen (S.11, Pkt. 8). In der entsprechenden Vereinbarung zur Primärprävention vom 21. Juni 2000 wird ebenfalls auf die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit und Abstimmung mit allen an der Prävention und Gesundheitsförderung beteiligten Stellen hingewiesen.

Auf der lokalen Ebene bieten sich hier die Kommunen und insbesondere der Öffentliche Gesundheitsdienst als wichtige Kooperationspartner an.

Die Erfahrungen der letzten beiden Jahren zeigen bundesweit, aber auch in Bayern, dass die Umsetzung dieser gesetzlichen Regelungen auf der kommunalen Ebene sehr unterschiedlich gehandhabt wird :

- Im Bereich der Selbsthilfeförderung fehlt in Mittelfranken eine Abstimmung der Kassen über ein einheitliches, transparentes, auch für kleine Selbsthilfegruppen handhabbares Antragsverfahren. Insbesondere die AOK hält eine Abstimmung mit anderen Zuschussgebern aus dem Kassenbereich, aber auch mit den Kommunen, nur sehr begrenzt für möglich, so dass Doppelförderungen nicht ausgeschlossen werden können.
In München hingegen wurde eine Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfeförderung gegründet, in der unter der Leitung des Referates für Gesundheit und Umwelt alle Krankenkassen, der Bezirk Oberbayern und das Selbsthilfezentrum die Förderung von Selbsthilfegruppen abstimmen. In Augsburg wurde ein "Runder Tisch" eingerichtet, an dem sich die Krankenkassen untereinander über die Selbsthilfeförderung abstimmen.
- Von der in den gemeinsamen Grundsätzen zur Förderung der Selbsthilfe als Möglichkeit genannten Vergabe von pauschalen Zuschüssen an Selbsthilfe - Kontaktstellen (siehe dort, S.10, Pkt. 6) wird in Bayern leider recht unterschiedlich Gebrauch gemacht. Oft bleibt die finanzielle Absicherung dieser Einrichtungen weiterhin im wesentlichen den Kommunen und Bezirken überlassen.
- Im Bereich Primärprävention ist die Förderpolitik der Krankenkassen nach § 20 SGBV Abs. 1 uneinheitlich und wenig transparent. Es ist davon auszugehen, dass, ebenso

wie bei der Selbsthilfeförderung, die Ausgaben der Krankenkassen in diesem Bereich in allen drei Städten weit unterhalb des gesetzlich festgelegten Richtwertes liegen.

- Der in der Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Primärprävention besonders favorisierte Zugang über Settings (Prävention und Gesundheitsförderung in konkreten Lebensbereichen) erfordert eine kassenartenübergreifende Zusammenarbeit mit weiteren Kooperationspartnern (siehe z. B. S.13 der entsprechenden Vereinbarung).

Von den Kassen geförderte oder initiierte Projekte nach dem Setting-Ansatz, z.B. als Gemeinschaftsprojekte mit dem ÖGD als Kooperationspartner, kommen jedoch in der Praxis kaum zustande. In Nürnberg lehnen die Krankenkassen eine Mitfinanzierung der Infrastruktur-Kosten für stadtteilbezogene Setting-Projekte der Kommune ab und sind nur bereit, Kursgebühren für eigene Mitglieder zu erstatten. Obwohl in den Umsetzungsleitlinien zu § 20 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 21.06.2000 unter Punkt 4.1 die Notwendigkeit für Maßnahmen im "Setting" Schule explizit enthalten sind, konnten eine Förderung von Projekten vor Ort (kooperativer Gesundheitsunterricht, Schulgesundheitszirkel, gesunde Ernährung) durch die Krankenkassen nicht erreicht werden.

Bemühungen auf kommunaler Ebene, vor dem Hintergrund der veränderten Rahmenbedingungen des § 20 SGB V zu einer Kooperation mit den Krankenkassen zu gelangen, verlaufen sehr unterschiedlich. In München ist die Förderung der Selbsthilfe (§ 20 Abs.4 SGB V) realisiert; die Förderung von Präventionsmaßnahmen sowie von Verhaltens- und Verhältnisprävention nach dem Setting-Ansatz (§ 20 Abs.1 SGB V) konnte aber nicht erreicht werden. In Nürnberg ist es bisher nicht gelungen, in problematischen Fragen zu einer Lösung zu gelangen, da insbesondere die AOK - Vertreter zumeist auf Vorgaben der AOK Bayern verweisen.

Es könnte daher sehr hilfreich sein, wenn das StMGEV die Initiative zu einem "runden Tisch" mit den Krankenkassenorganisationen ergreifen würde; Ziel sollte es sein, eine Erfahrungsbilanz für Bayern zur bisherigen Umsetzung der veränderten Regelungen des § 20 SGB V zu ziehen und Lösungen für noch problematische Punkte zu entwickeln.

Treffen der kommunalen Gesundheitsverwaltungen der Städte Augsburg, München und Nürnberg mit Herrn Staatsminister Sinner am 26.07.02

Positionspapier zum Themenvorschlag:

Verstärkte Anstrengungen im Handlungsfeld "Gesundheit von Kindern, Jugend, Familien"

Die Entwicklung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sehen die Städte mit wachsender Sorge. In den Einschulungsuntersuchungen vermerken wir kontinuierlich steigende Raten bei Sprech- und Sprachstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Defiziten bei motorischen Fähigkeiten, Übergewicht. Bereits bei Grundschulern lassen sich Risikofaktoren für die Zivilisationserkrankungen Diabetes Typ II und Bluthochdruck beobachten. Falsche Ernährung, Bewegungsmangel, zu viel Fernsehen/Medienkonsum ist bereits vielfach die Regel. Die zunehmenden Gesundheitsrisiken sehen wir vermehrt in Familien mit sozialen Problemen. So ist z.B. die Integration von Migrantinnen aus der Türkei und außereuropäischen Ländern in unser System der Geburtsvorbereitung, -hilfe und Mütterberatung noch nicht ausreichend, was sich auch in einer erhöhten Säuglingssterblichkeit niederschlägt.

Die Kinder- und Jugendgesundheit muss daher dringend verbessert werden.

Im verstärktem Maße notwendig sind:

- Projekte zu Gesunder Ernährung, Bewegung, Medienerziehung, insbesondere in Kindergärten und Schulen.
- Spezifische Maßnahmen gegen die besonderen Gesundheitsbeeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit sozialen Problemen sowie aus Migrantenfamilien.
- Spezielle Maßnahmen zur fachlichen Betreuung von Frauen, insbesondere aus muslimischen Ländern, während der Schwangerschaft und nach der Geburt. Verwiesen wird z.B. auf das sehr erfolgreiche Modellprojekt des Klinikums Nürnberg (Prof.Dr. Feige / Dr. Terzioglu), das dringend der Fortführung bzw. Ausweitung bedarf.

Unterstützung durch den Freistaat bedürfen die Gesundheitsverwaltungen der Kommunen nicht nur bei der Durchführung dieser Maßnahmen, sondern auch bei der Abstimmung ihrer Aufgaben mit anderen Ressorts. Die Bewältigung der Querschnittsaufgabe Gesundheit beinhaltet zunehmend Abstimmungsbedarf mit den Ressorts Soziales, Schulen/Bildung sowie Umwelt.

Treffen der kommunalen Gesundheitsverwaltungen der Städte Augsburg, München und Nürnberg mit Herrn Staatsminister Sinner am 26.07.02

Positionspapier zum Themenvorschlag:

Krankenhaushygienische Überwachung durch den ÖGD

Die für Deutschland vorliegenden Schätzzahlen von an nosokomialen Infektionen verstorbenen (etwa 40 000/Jahr) und erkrankten Patienten (etwa 500 000/Jahr) unterstreichen die Dringlichkeit einer effizienten Krankenhaushygiene.

Die hygienische Überwachung von Krankenhäusern zählt zu den ureigensten und wichtigsten Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (§ 36 (1) IfSG; Art. 8 (1) GDG), die sich nicht alleine auf eine routinemäßige Überprüfung der einzelnen Einrichtungen beschränken kann und darf. Vielmehr sollte eine qualifizierte krankenhaushygienische Beratung, deren infektionspräventiver Auftrag eindeutig aus dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Art. 1 Abs.1 Ziffer 3 GDG) herleitbar ist, sichergestellt sein.

Gerade die Erfahrungen einer Großstadt wie München mit immerhin 61 zu überwachenden Krankenhäusern bestätigen die Notwendigkeit behördlicher Krankenhausüberprüfungen. Sie zeigen, dass durch qualifizierte Beratung, partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den jeweiligen Einrichtungen und konsequente Forderung nach Umsetzung notwendiger baulich-funktioneller und/oder betrieblich-organisatorischer Strukturen nachhaltige infektionshygienische Verbesserungen sowohl für Patienten als auch für die sie betreuenden Mitarbeiter erzielt werden können.

Um diese Aufgaben auch künftig effizient durchführen zu können, benötigt der Öffentliche Gesundheitsdienst die Unterstützung des StMGEV. Diese Unterstützung sollte darin liegen, auch von ministerieller Seite bei den Betreibern/Trägern von Krankenhäusern auf die Notwendigkeit der Umsetzung einer adäquaten Krankenhaushygiene hinzuweisen und auf die Sicherstellung einer geeigneten Hygieneorganisation in Krankenhäusern durch Erlass entsprechender Rechtsverordnungen (z.B. Krankenhaushygieneverordnung) hinzuwirken.

Um eine qualifizierte Beratung und Überwachung der Krankenhäuser gewährleisten zu können, sollte der Öffentliche Gesundheitsdienst (Gesundheitsämter) laufend krankenhaushygienisch fortgebildet und in internen Schulungen über die jeweils aktuellen Probleme und Neuerungen unterrichtet werden. Der erhöhte Aufwand in Großstädten mit einer hohen Dichte der zu überwachenden Einrichtungen sollte auch bei der Bemessung der FAG-Zuschüsse adäquat berücksichtigt werden.

Darüber hinaus sollte das LGL durch bedarfsgerechte Ausstattung (personell, sächlich) in den Stand versetzt werden, die Gesundheitsämter bei ihren infektionshygienischen Überwachungen/Ermittlungen geeignet unterstützen zu können.

Das wachsende Durchschnittsalter der Bevölkerung, die damit einhergehende Zunahme deren Kontakte zu medizinischen Einrichtungen (z.B. Krankenhäusern) lassen für die Zukunft einen Anstieg nosokomialer Infektionen und des Bedarfs an behördlichen Präventions- und Interventionsmaßnahmen erwarten.