

Das Gesundheitswesen

Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, Public Health, Education, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Medizinischer Dienst

Schriftleitung

J. G. Gostomzyk, Augsburg
F. Beske, Kiel
R. Brennecke, Berlin
R. Großpietzsch, Schwerin
P. Moritzen, Itzehoe
H. Silomon, Remshalden
W. Steuer, Stuttgart

Beirat

Chr. Alex, Kaufbeuren
M. C. Angermeyer, Leipzig
R. Baumann, München
M. von Cranach, Kaufbeuren
F. Eitel, München
A. Euba, Schrobenhausen
M. Exner, Bonn
K.-O. Gundermann, Kiel
V. Hingst, Stuttgart
K. Hurrelmann, Bielefeld
G. Kerscher, München
Th. Kohlmann, Lübeck
H. Löwel, Augsburg
H. Mayer, Wiesbaden
H. Meireis, Frankfurt a. M.
S. Merkel, Waren
P. Moritz, München
H.-G. Neumann, Rostock
M. Pfaff, Augsburg
H. Piechowiak, Regensburg
H.-G. Poppe, Kassel
H.-H. Raspe, Lübeck
H. Rebscher, Siegburg
B.-P. Robra, Magdeburg
N. Schmacke, Düsseldorf
U. Schölch, Schwerin
M. A. Schreiber, München
F. W. Schwartz, Hannover
J. Spinnarke, Oberursel
H. Steinitz, Freiburg i. Br.

Georg Thieme Verlag

Rüdigerstraße 14
D-70469 Stuttgart

Postfach 301120
D-70451 Stuttgart

Sonderdruck

© Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York
Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlags

» Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Die Rolle kommunaler Gesundheitsdienste in Deutschland

H. Brand¹, N. Schmacke²

¹ Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst in NRW, Bielefeld

² Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Düsseldorf

Zusammenfassung: Der Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit stellt alle öffentlichen Gesundheitsdienste vor große Herausforderungen in der Berichterstattung wie bei der Entwicklung von Leitlinien für die Praxis. Vor dem Hintergrund der internationalen Literatur zur Beeinflussungsmöglichkeit des sozialen Gradienten von Gesundheit und Krankheit schildert der Beitrag an zwei Beispielen zur Kindergesundheit aus den Städten Potsdam und Hamburg Zugangswege des öffentlichen Gesundheitsdienstes in das thematisierte Handlungsfeld. Daran anschließend wird ein Raster allgemeiner Interventionsansätze für Akteure des öffentlichen Gesundheitsdienstes erläutert, das sich an niederländische Programme zur Reduzierung sozialer Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit anlehnt.

Social Inequalities and Health: The Role Played by Local Health Departments in Germany: Social inequality in health is one of the most challenging of problems for all Public Health services. Health reports and the development of guidelines in this area are very demanding tasks. Based on the latest academic research on tackling inequalities in health, the article shows how two German cities, Potsdam and Hamburg, started to place inequality in children's health on the public agenda. With reference to research and public health policy in the Netherlands, the authors propose that the German local health departments develop similar methods of intervention in cooperation with all relevant partners in the health and social services.

Key words: Local health departments – Social inequality – Public health policy

1. Ausgangssituation

Der Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit ist länger Gegenstand wissenschaftlicher Forschung und kompensatorischer Interventionen, als heute vielleicht auf den ersten Blick erkennbar ist. In Deutschland erschien unmittelbar vor dem ersten Weltkrieg der Klassiker „Krankheit und soziale Lage“ von Mosse und Tugendreich, dessen Qualitäten erst in den 70er Jahren wiederentdeckt wurden. Im Vorwort des Nachdrucks von 1997 empfiehlt der damalige Pionier der Nachkriegs-Sozialepidemiologie Manfred Pflanz das Studium dieses Sammelbandes im Vergleich zu den damaligen Lehr-

büchern der Sozialmedizin ausdrücklich. Seit vielleicht 10 Jahren gewinnt das Thema der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod in Deutschland wieder an Bedeutung, nicht zuletzt, weil die aktuelle angloamerikanische Sozialepidemiologie rezipiert wurde (hierzu Siegrist in diesem Heft). Auch der öffentliche Gesundheitsdienst beginnt in diesem Kontext, die Tradition der Sozialhygiene in ihrer kommunalpolitischen Dimension wiederzuentdecken (Schmacke 1998 a); sozialkompensatorische Arbeitsansätze gehören zum festen Bestandteil der Arbeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes, sie bleiben auch in den entwickelten Industrienationen auf der Tagesordnung kommunaler Gesundheitsdienste (Brand u. Schmacke 1998).

Neben den allgemeinen sozioökonomischen, kulturellen und Umweltbedingungen sind die konkreten Lebens- und Arbeitsbedingungen, die sozialen Netzwerke und die sozial geprägten individuellen Lebensstile Hauptdeterminanten von Gesundheit. Die entscheidende Frage für den Theorie-Praxis-Transfer bleibt natürlich, wie man eine Verbesserung der Situation für benachteiligte Gruppen erreichen und welche Rolle dabei der ÖGD vor allem in seiner Einbindung in den kommunalen Raum spielen kann.

Tab.1 zeigt auf, in welchen Bereichen potentielle Verbesserungsmöglichkeiten bestehen, daß theoretisch begründbare Interventionen und die jeweilige gesellschaftliche Akzeptanz von Ungleichheit bestimmte Ansätze massiv erschweren.

Um herauszufinden, welche Art der Intervention Erfolg hat, wurde von Gepkens u. Gunnings-Schepers (1996) eine Analyse der in der internationalen Literatur beschriebenen Interventionen durchgeführt. Die durchgeführten Interventionen wurden in verschiedene Typen eingeteilt (Tab.2):

1. Strukturelle Maßnahmen

Hierunter wurden Studien zusammengefaßt, die direkte strukturelle Veränderungen bewirkten, wie z.B. der Abbau von finanziellen Hindernissen beim Zugang zum Gesundheitssystem oder die Einführung eines Schulfrühstücks für alle Schüler.

2. Im Bereich der Gesundheitsversorgung

Dies sind Interventionen im jeweils bestehenden Gesundheitssystem mit dem Ziel, Personen zu erreichen, die bis jetzt z.B. nicht an wirksamen Screeningprogrammen teilgenommen haben.

3. „Gesundheitserziehungs“-Programme

Neben Interventionen, die reine Information anbieten, welche besonders bei Personen mit höherem sozioökonomischen Status effektiv waren, gab es auch Programme, die

Tab. 1 Beeinflussungsmöglichkeiten wichtiger Determinanten sozialer Ungleichheit.

Determinanten der gesundheitlichen Unterschiede	potentiell vermeidbar	Ungleichheit allgemein als inakzeptabel betrachtet
natürliche biologische Variation	nein	nein
gesundheitsschädigendes Verhalten aus freiem Willen	ja	nein
gesundheitliche Vorteile für Gruppen, die gesundheitsförderndes Verhalten zuerst aufgreifen	ja	nein
gesundheitsschädigendes Verhalten, bei dem die Wahl der Lebensweise durch sozioökonomische Faktoren eingeschränkt ist	ja	nein
Exposition gegenüber erhöhten gesundheitlichen Gefahren in der physischen und sozialen Umwelt	ja	nein
beschränkter Zugang zur gesundheitlichen Versorgung	ja	nein
gesundheitlich bedingter Abstieg	niedriges Einkommen: ja	niedriges Einkommen: ja

Tab. 2 Wirksamkeit unterschiedlicher Interventionstypen zur Senkung der sozialen Ungleichheit von Gesundheit (Gepkens u. Gunning-Schepers 1996).

Interventionstyp	effektiv	n (N = 98)
strukturelle Maßnahmen	11	16
Gesundheitsversorgung	5	11
Gesundheitsförderung		
– Information	6	16
– Information und persönliche Unterstützung	32	49
– Gesundheitsförderung und strukturelle Maßnahmen	2	3

zusätzlich eine persönliche Unterstützung und/oder Beratung z. B. durch aufsuchende Gesundheitsfürsorge anboten. Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Kombination mit strukturellen Maßnahmen wurden z. B. oft im Bereich der Migrantengesundheit gestartet.

Diese Ergebnisse zeigen, daß Evaluationsforschung und konzeptionelle Planung unbedingt ineinandergreifen müssen, um auf dem schwierigen Terrain der Beeinflussung sozial determinierter Chancenungleichheit effektiv und effizient zu arbeiten. Dabei sollte freilich auch nicht übersehen werden, daß Wirksamkeitsnachweise nicht zum Fetisch werden dürfen und daß in bestimmten Bereichen „unspezifischer“ Prävention die klassischen Instrumentarien der quantitativen Evaluationsforschung oft nicht angemessen sind (Holland 1996).

2. Modellhafte Ansätze innerhalb des ÖGD

Im folgenden wird an zwei Beispielen aus der Stadt Potsdam und dem Bezirk Hamburg-Harburg vorgestellt, wie mittlerweile innerhalb des kommunalen Gesundheitsdienstes in Deutschland konkret das Thema der Erkennung und Beein-

flussung des sozialen Gradienten umgesetzt wird. In beiden Fällen steht die Kindergesundheit im Mittelpunkt. Es geht dabei hier nicht um die Darlegung von Einzelergebnissen, sondern um die Herausarbeitung der methodischen und gesundheitspolitischen Schritte. Die Leiter der beiden Ämter und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben für diese Arbeit dankenswerterweise Materialien zur Verfügung gestellt.

2.1 Potsdam

Das Gesundheitsamt Potsdam legte 1994 seine Schuleingangsuntersuchung breiter an als bis dahin üblich. Die klassische pädiatrische Untersuchung wurde durch Befragung der Eltern zur sozialen Lage, zum Unfallgeschehen ihrer Kinder, zur Jodprophylaxe und zur Umweltbelastung ergänzt. Vorab wurde zudem eine Vereinbarung mit dem Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen sowie mit dem Sozialamt getroffen, welche die Verknüpfung der erhobenen sozialen und gesundheitlichen Daten mit den Postleitzahlgebieten ermöglichte. Die Erhebung konnte so über die Feststellung individueller Förderbedarfe hinaus Aussagen darüber treffen, in welchen Wohnquartieren Schwerpunkte der gesundheitsbezogenen Arbeit zu sehen sind. Schließlich wurde aus den Ergebnissen die Schlußfolgerung gezogen, daß die vier Bereiche Frühförderung, Prävention von Unfällen, Beratungs- und Betreuungsangebote an sozialen Brennpunkten und Beteiligung von Kindern, Kinderrechte und Kinderschutz künftig vorrangig verfolgt werden sollen. Dies korrespondiert mit den ausgewählten Präventionszielen, die aufgrund der erhobenen Befunde als vorrangig betrachtet wurden:

- Beibehaltung bezahlbarer Betreuungsangebote für Kinder von 0–12 Jahren: Die Untersuchung hatte zeigen können, daß Kinder mit Kita-Betreuung besser vor Gesundheitsrisiken geschützt waren.
- jährliche Untersuchung der Vorschulkinder durch das Gesundheitsamt
- Frühförderung bereits ab dem 2.–3. Lebensjahr
- Qualifizierung und Beratung der Kita-Erzieherinnen, deren Schlüsselrolle beim Erkennen von Entwicklungsverzögerungen und Beeinflussung eines gesundheitsfördernden Milieus herausgestellt wurde
- Intensivierung von integrierten Betreuungs- und Gesundheitsangeboten in einem ermittelten sozialen Brennpunkt
- Reduzierung der Kinderunfälle.

Eine Stärkung dieser Arbeit entwickelte sich dadurch, daß das Amt mit seinem Ansatz „Kindergesundheit im sozialen Kontext“ in die 3jährige Modellförderung des Landes „Regiekompetenz kommunaler Gesundheitsdienste“ aufgenommen wurde. Die Kommunalpolitiker wurden über die Einzelergebnisse in kompakter Form informiert. Die Gesundheit der Potsdamer Schulanfänger wurde dann über die Präsentation des ersten ausführlichen Gesundheitsberichts „in die Schlagzeilen“ gebracht. Hierbei konnten wegen der landesweiten Koordination der GBE durch das Landesgesundheitsamt für wichtige Parameter interkommunale Vergleiche angestellt werden, so daß die Öffentlichkeit differenziert erfuhr, daß es um die Kindergesundheit in der Stadt insgesamt überdurchschnittlich gut bestellt ist, daß es aber inhaltliche und regionale Problembereiche gibt.

Der entscheidende nächste Schritt war nun, daß der Amtsleiter die Gesamthematik aus dem Amt in die Stadt hineintrug. Mittels eines breiten Verteilers, der alle in diesem Kontext wichtigen Institutionen im Bereich Gesundheit, Soziales, Bildung, Stadtentwicklung, Selbsthilfebewegung, Kultur und Polizei umfaßte, wurde für Januar 1998 zur ersten Kindergesundheitskonferenz Potsdam eingeladen. Der Einladung folgten quer über die Stadt 145 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die sich in vier moderierten Workshops mit der Frage befaßten, welche Konsequenzen aus den ermittelten Befunden gezogen werden sollen. Für alle vier Workshops konnte ein einheitliches Auswertungsschema durchgehalten werden, wonach zentrale Ergebnisse, Ziele und Aufgaben, Federführung/Verantwortlichkeit und zeitliche Einordnung Punkt für Punkt festgehalten wurden. Tab. 3 zeigt zwei ausgewählte Beispiele aus dieser Arbeit.

Tab. 3 Ausgewählte Einzelziele der ersten Kindergesundheitskonferenz Potsdam 1998.

	Einzelziel Workshop 3 „Beteiligung von Kindern“, Kinderrechte, Kinderschutz	Einzelziel Workshop 4 „Beratungs- und Betreuungsangebote für Kinder“
Ergebnis	Entwicklung von Beteiligungsverfahren für sichere Kita- und Schulwege	Entwicklung von neuen Formen der Betroffenenarbeit
Ziel und Aufgabe	Einbeziehung der Vorschüler und Schüler bei der Gestaltung sicherer Kita- und Schulwege	Einbeziehung der Eltern im sozialen Brennpunkt
Federführung	Jugendamt, Schulverwaltungsamt	Betroffeneninitiative (BISS) in Kooperation mit regionalem Begegnungszentrum
zeitliche Einordnung	Schuljahresbeginn 1998/99	fortlaufend

Es gelang, daß sich diese große Gruppe von Professionellen und „Laien“ auf 23 Schwerpunktergebnisse verständigen konnte, die Anfang 1999 im Rahmen einer zweiten Kindergesundheitskonferenz erstmals umfassend evaluiert werden sollen. Das Projekt Kindergesundheit im sozialen Kontext ist damit zu einem Thema der Stadt geworden. Damit ist ein Prozeß von begründeter Datenerhebung, Kommunizieren über die Ergebnisse, gemeinsamem Aushandeln von Zielen und Verständigung über Überprüfungsschritte eingeleitet worden, der alle beteiligten gesellschaftlichen Gruppierungen anhält, über ihr eigenes Tun „Rechenschaft“ abzulegen. GBE ist damit selber zum Mittel der Gesundheits- und Sozialpolitik geworden.

2.2 Hamburg-Harburg

Das zweite Modell zeigt in Erweiterung des geschilderten Ansatzes auf, welche Möglichkeiten in einer Kooperation zwischen den universitären Standorten der Gesundheitswissenschaften und dem ÖGD liegen.

In Hamburg gibt es bezüglich GBE und Thematisierung von sozialer Ungleichheit und Gesundheit eine lange Tradition.

Stadtentwicklungsbehörde und Behörde für Gesundheit, Arbeit und Soziales arbeiten intensiv an einer Vernetzung gesundheitsbezogener und allgemeiner Förderpläne für Hamburg. Innerhalb dieser Generallinie haben sich in einzelnen Bezirken Schwerpunkte gebildet, in denen Schritt um Schritt auch kleinräumige Analysen und Kampagnen entwickelt wurden. So wird hier berichtet von Aktivitäten des Umwelt- und Gesundheitsamtes Hamburg-Harburg, in seinem Stadtteil Heimfeld mit knapp 19000 Einwohnern konkreter in Erfahrung zu bringen, wie es um die Unterschiede der Gesundheitschancen zwischen einem bekanntermaßen benachteiligten nördlichen Stadtteilgebiet und dem übrigen Heimfeld bestellt ist. Hierzu wurde mittels eines Berufsfeldpraktikums und der anschließenden Magisterarbeit (Höldke 1996) eine Sekundäranalyse von vorhandenen Daten des schulärztlichen Dienstes und der Mütterberatungsstellen vorgenommen. Dieser methodische Zugang (Verwendung von Routinedaten) konnte als aussichtsreich angesehen werden, weil die Qualität der Rohdaten für den Untersuchungszweck recht hoch war und die Möglichkeit bestand, durch Experteninterviews weitere Schlüsselinformationen zu gewinnen. Wichtige soziodemographische Daten lagen vor, von Eltern wurden im Rahmen des eingeübten Dialog-Interviewverfahrens wichtige Aussagen über den Gesundheitszustand ihrer Kinder erhoben (z.B. Unfallhäufigkeit, Medikamenteneinnahme, Krankenhaushäufigkeiten), die über das traditionelle schulärztliche Screening hinausgehen. Die Mütterberatungsstellen verfügen in Hamburg über einen klar geregelten Zugang zu allen Familien nach der Geburt des ersten Kindes und bieten Untersuchungen in den Beratungsstellen sowie Hausbesuche an, dies insgesamt 3mal im ersten Lebensjahr. Hierdurch lagen, inklusive des so wichtigen Geburtsgewichts, hoch informative Rohdaten vor, die in der Sekundäranalyse nun kleinräumig aufbereitet werden konnten. So zeigte sich, daß für die Schulkinder Einzugsgebiete zweier großer Schulen gut mit den verschiedenen sozialen Schwerpunkten im Stadtteil korrelieren und dadurch tatsächlich Vergleichskollektive vorhanden waren. Es konnte belegt werden, was viele Experten vermutet hatten, daß soziale Benachteiligung in Heimfeld insbesondere bei den Kindern ausländischer Familien anzutreffen ist. Es zeigt sich in der Zusammenfassung der Ergebnisse:

- die Rate der Totgeborenen liegt höher als bei deutschen Kindern
- es findet sich eine höhere Rate an Infektionskrankheiten
- der Impfstatus ist schlechter
- die Verweildauer im Krankenhaus ist länger
- es bestehen deutliche Kommunikationsprobleme mit dem medizinischen Fachpersonal.

Die Ergebnisse wurden als Teil einer kleinräumigen GBE zum Handlungsprogramm in der Kommune weiterentwickelt. 1995 wurden die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchung im Arbeitskreis Heimfeld-Nord, dem hier wichtigen Stadtteilgremium, vorgestellt. Dieses beschloß seinerseits, den Sozialausschuß der Stadt damit zu befassen. Nachdem die Amtsleitung Harburg dem Sozialausschuß berichtet hatte, beschloß dieser seinerseits, die Verwaltung möge dem Sozialausschuß darlegen, welche Strategien nötig sind, um schichtspezifische gesundheitliche Benachteiligung von Kindern in sozial auffälligen Wohngebieten auszugleichen und welche Maßnahmen folgen müssen, um Kindern in diesen Wohngebieten eine regelmäßige Gesundheitsvorsorge zu sichern.

Damit war das Thema soziale Ungleichheit und Gesundheit in Heimfeld-Nord dort gelandet, wo es im Sinne von stadtteilbezogener Gesundheitsförderung hingehört: Die Experten haben den Auftrag erhalten, der Kommunal- und Stadtpolitik konkrete Vorschläge zu unterbreiten, die parlamentarisch abstimmungsfähig sind. Es folgten zahlreiche Aktivitäten, so nicht zuletzt auch die Einrichtung eines runden Tisches Eltern und Kinder in Heimfeld. Als entscheidende Verbesserung wurde vom Gesundheits- und Umweltamt vorgeschlagen, die bestehende Mütterberatungsstelle im sozialen Brennpunkt als Teil einer umfassenden Begegnungsstätte konzeptionell und personell zu verstärken. Ein wichtiges Element des erweiterten Ansatzes soll sein, mehr als bisher die Sichtweise der betroffenen Gruppen selber in Erfahrung zu bringen und im Rahmen der Betreuung auch die Selbstorganisation zu fördern, so gerade für Familien resp. Mütter mit untergewichtig geborenen Säuglingen. Nicht zuletzt wurde ins Auge gefaßt, die längerfristige Realisierung eines solchen niedrigschwelligen sozialmedizinischen Zentrums mit Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung und niedergelassenen Fachberufen des Gesundheitswesens gemeinsam zu erarbeiten. Auch für dieses zweite Beispiel gilt: Es wurde ein Prozeß von zielorientierter GBE und Gesundheitsplanung angeschoben, der Kreise gezogen hat und der sich in Heimfeld-Nord in ein bereits bestehendes Projekt „Ein Stadtteil verändert sich“ integriert werden konnte.

3. Grenzen kommunaler Gesundheitsdienste im Feld soziale Ungleichheit und Gesundheit

Man kann in Anlehnung an das niederländische nationale Programm zur Erforschung und Reduzierung der sozialen Ungleichheit von Gesundheit (Mackenbach 1994) heute auch für den kommunalen Gesundheitsdienst in Deutschland ein Aufgabenraster grob skizzieren (Tab. 4). Es stellt sich unweigerlich die Frage (und sie wird von Akteuren des ÖGD, Partnern in der Kommune und von Seiten der Politik mit unterschiedlichen Akzenten gestellt), wie der öffentliche Gesundheitsdienst in der Kommune derart weit gesteckte Ziele der Einflußnahme auf die soziale Ungleichheit realisieren kann (Schmacke 1998 b). Die Frage wird auf zwei Ebenen betrachtet:

A) Die Möglichkeiten des ÖGD müssen im Kontext des gesamten Gesundheitswesens und der kommunalen Strukturen gesehen werden.

1. Über Gesundheit muß berichtet, über die Ergebnisse muß in der Kommune diskutiert werden. Eine vom ÖGD einzufordernde und aufzubauende Gesundheitsberichterstattung für das Feld „soziale Ungleichheit und Gesundheit“ muß angeben, welche Akteure innerhalb der Kommune für die Realisierung gesundheitspolitischer Ziele in erster Linie verantwortlich sind.
2. Die Systeme (v.a. Erziehung, Bildung, Soziales, Stadtentwicklung, Gesundheit) müssen so gut zusammenarbeiten, daß Zuständigkeitsfragen nicht am Anfang von Treffen stehen, sondern dem Beschluß über die Umsetzung von Zielen nachfolgen.
3. Die in derartigen Bezügen zusammentreffenden Berufe müssen im fairen Dialog kooperieren. Die Berufe des Gesundheitswesens sind hier wie vermutlich kaum in einer anderen Frage aufgefordert, die Kompetenzen und Sichtweisen anderer Professionen als gleichberechtigt zu betrachten.

Tab. 4 Handlungsoptionen im Feld soziale Ungleichheit und Gesundheit für den ÖGD.

Interventionstyp – Grundziele	Ziele für Gesundheitsakteure/ ÖGD im Verbund mit anderen
Reduktion der sozialen Unterschiede: v. a. Hebung des Bildungsstandes, der Qualifikation und des Einkommens benachteiligter sozialer Schichten, Stadtteilentwicklung, Hebung der Wohnungsstandards	vorrangiges Ziel: bessere Gesundheitsberichterstattung unter Einschluß von Sozialindikatoren, kleinräumige GBE, Anwaltsfunktion in Sachen Basisvoraussetzungen für Gesundheit
Minimierung krankheitsbedingter Beeinträchtigung der sozialen Beweglichkeit	Beispiel chronisch kranke Kinder: Beratung und Unterstützung von Erzieherinnen/Erziehern/Lehrerinnen/Lehrern durch den ÖGD. Förderung differenzierter Integrationskonzepte. Beispiel chronisch kranke Erwachsene: Vermeidung des Arbeitsplatzverlustes oder Verbesserung der Wiedereinstiegschancen: im wesentlichen Anwaltsfunktion (Hinweisen auf Konsequenzen von Arbeitslosigkeit, Unterstützen entsprechender Initiativen)
Reduzierung ungesunder Lebensstile in benachteiligten Sozial-schichten	Entwicklung geeigneter, d. h. akzeptierter Programme von Gesundheitserziehung. Schaffung von Treffpunkten für integrierte Beratung, Kooperation mit Bildungseinrichtungen, Förderung von Eigeninitiativen von Eltern und Kindern
kompensatorische Gesundheits-hilfen für benachteiligte soziale Schichten	Kombinieren niedrigschwelliger gesundheitlicher und sozialer Dienstleistungen durch den ÖGD selbst wie mittels Kooperationsprojekte. Enger Kontakt mit den Gesundheitsfachberufen des Regelsystems zur Schließung von Angebots- und Versorgungslücken

4. Bezogen auf das kurative Gesundheitssystem muß erst einmal der Satz gelten: Die wichtigen Leistungen müssen für alle unabhängig von ihrer sozialen Lage erreichbar sein. Ehe spezielle Angebote für sozial Benachteiligte gefordert werden, muß allen Akteuren klar sein, ob das bestehende Versorgungssystem nicht seinen Auftrag besser erfüllen muß.
5. Die internationale Erfahrung lehrt gleichwohl, daß es immer auch gezielte Angebote für diejenigen geben muß, die vom Regelsystem nicht erreicht werden. Ob dies als Naturgesetz zu werten ist oder eher für die Behändigkeit der jeweils dominierenden Leistungsanbieter spricht, sei in diesem Zusammenhang dahingestellt.
6. Gesundheitsförderung muß neue Leitidee im gesamten Gesundheitswesen werden. Nach wie vor wird – auch im ÖGD – Gesundheitsförderung gern als Spezialdisziplin für WHO-beeinflußte Akteure betrachtet, oder man verweist darauf, daß die Erbringung der Regelaufgaben neue Ansätze nicht erlaube. Health Promotion richtig verstanden,

soll aber gerade helfen, mehr Menschen für die Aktivierung von Gesundheitspotentialen zu gewinnen.

7. Partizipation der Betroffenen und Selbsthilfeförderung sind dabei ein eigenständiges Moment moderner Gesundheitspolitik. Menschen, die als sozial benachteiligt bezeichnet werden können, dürfen nicht ausschließlich als hilfebedürftig und schon gar nicht als entscheidungsunfähig betrachtet werden: Selbstachtung und Engagement für die eigenen Belange sind wichtige gesundheitsfördernde Elemente, welche die Profis den Laien keinesfalls abnehmen oder absprechen dürfen. Dabei hat eine verständige Kommunikation, welche die Sprache der Betroffenen in doppeltem Sinne kennt, eine herausragende Bedeutung.
8. Ein leistungsfähiger öffentlicher Gesundheitsdienst muß innerhalb der Kommune das Thema Chancengleichheit für Gesundheit immer wieder auf die Tagesordnung setzen. Vielleicht ist dies seine wichtigste Aufgabe, da seine eigenen Dienstleistungen in diesem Feld auch bei noch so guter personeller und sachlicher Ausstattung immer exemplarisch bleiben müssen. Wilkinson, der zu den unermüdeten Public Health-Akteuren gehört, und der die Bedeutung absoluter wie vor allem relativer sozialer Benachteiligung für die Gesundheit der Menschen immer wieder empirisch belegt hat, hat in diesem Zusammenhang die Meinung vertreten (Wilkinson 1996), daß insoweit möglicherweise den Akteuren im Public Health-Feld vorrangig die Aufgabe zukommt, die Öffentlichkeit über die wirklichen Determinanten für Gesundheit zu informieren, da Gesundheit nämlich auch in den international betrachtet wohlhabenden Ländern sehr stark durch das soziale Milieu, durch relative soziale Benachteiligung und das Ausmaß der Einkommensunterschiede determiniert wird. Wilkinson thematisiert zugleich die Vermittlungsschritte, über die dieser soziale Gradient weiter verstärkt wird (in einer nachfolgenden Publikation, mündliche Mitteilung 1998): Ungleichheiten aufgrund sozialer Benachteiligung werden verschlimmert durch die emotionalen Unsicherheiten, die Menschen aus ihren frühkindlichen Erfahrungen mitbringen. Es sei insofern von größter Bedeutung, Menschen glaubhaft das Gefühl zu vermitteln, daß sie wertgeschätzt werden und zur Gesellschaft zugehörig betrachtet werden.

B) Der ÖGD muß aktiver als bisher thematisieren, wie das Prinzip der Gestaltung gesundheitsrelevanter Felder gegenüber dem Prinzip der Verwaltung zugewiesener Aufgaben mehr Platz gewinnen kann.

Es ist ein Gebot für alle Dienstleistungssysteme, daß sie gehalten sind, in regelmäßigen Abständen danach zu fragen, ob ihre Aufgabenzuweisung und -erfüllung mit den vorgefundenen Problemlagen und Anforderungen noch ausreichend kongruent sind. Bezogen auf unser Thema stellt sich die Frage, welchen Stellenwert in der Auseinandersetzung des ÖGD mit einzelnen Menschen und Gruppen, die mit sozialer Benachteiligung leben müssen, die qua Gesetz und Verordnung zugewiesenen Aufgaben tatsächlich haben und inwieweit das Belastungsprofil der Ämter ausreichend Zeit bietet, im Sinne von moderner GBE und Politikberatung tätig werden zu können. Dies führt unweigerlich in das Feld der amtsärztlichen Begutachtungen. Es erscheint überfällig, die amtsärztlichen Begutachtungen im Kontext des Bundessozialhilfegesetzes daraufhin anzusehen, wie groß die rehabilitativen und gesundheitsfördernden Auswirkungen der auf dieser Grund-

lage durchgeführten individualmedizinischen Gutachten sind. Natürlich berührt diese Frage auch die Interessen des Kostenträgers Sozialamt, und Gutachten zur Frage der Anspruchsbeurteilung von Leistungen werden auch künftig erforderlich bleiben. Aber ist hier jemals die Frage nach Aufwand und Ergebnis *sine ira et studio* geprüft worden? Ein vermutlich noch kontroverseres Beispiel ist das medizinische Screening für Zuwanderer, die in allen öffentlichen Gesundheitsdiensten als Gruppe mit besonderem Beratungsbedarf angesehen werden. Das heute übliche Screeningschema bindet für diese Bevölkerungsgruppen Ressourcen, die für Beratung der Betroffenen und der kommunalpolitischen Akteure zwangsläufig fehlen. Es bleibt insofern eine wichtige Aufgabe, fachliche Kriterien für jegliches Screening im ÖGD (wie im Gesundheitswesen generell!) anzulegen. Das mag im Falle der Asylgesetzgebung besonders schwer sein, da hier in allen Ländern der Erde nicht zuletzt auch Ängste vor dem Einschleppen von Krankheiten eine übermächtige Bedeutung haben. Die Frage ist gleichwohl zu stellen, wie Ressourcen für eine umfassendere Bearbeitung des Themas Migration und Gesundheit freigestellt werden können. Hier schließt sich letztlich auch wieder der Bogen zum Thema regionale Gesundheitsberichterstattung: Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik benötigen empirisch gestützte und auf die Förderung der Gesundheit angelegte Berichte, die ihr im Idealfall dann auch eine Umorientierung oder Verstärkung vorhandener Ressourcen ermöglichen.

4. Aufgaben für das nächste Jahrzehnt

Die Darstellung bezog sich nicht zufällig sehr stark auf die Gruppe von Kindern und Jugendlichen. Der systematische Zugang zu diesen Altersgruppen ist im ÖGD insgesamt betrachtet stark entwickelt. Angesichts der Infragestellung der schul- und jugendärztlichen Dienste kommt es vorrangig darauf an, ihre Bedeutung in diesem Feld noch viel stärker als bisher bewußt zu machen und die sozialmedizinische Ausrichtung zu forcieren. GBE hat hierfür wie so oft eine Schlüsselfunktion. Die Landesgesundheitspolitik (s. 70. GMK von 1997) unterstützt diese Trends eindeutig. Es kommt darauf an, in den Kommunen noch mehr als bisher für diese Arbeit zu werben. Wichtig erscheint aber weit darüber hinaus, das zunächst sehr akademisch klingende Thema des sozialen Gradienten von Gesundheit und Krankheit wieder zu einem festen Bestandteil heutiger Sozialmedizin und -politik werden zu lassen. Hier muß natürlich das Problem gesehen werden, daß es sicher keine Patentrezepte gibt, wie der ÖGD eine dem Krankheitspanorama entsprechende Orientierung angesichts der mehr als angespannten Haushaltssituation flächendeckend verwirklichen kann. Einstweilen ist in der Gesellschaft zudem das restriktiv verstandene Subsidiaritätsprinzip übermächtig. Der ÖGD und die Kommunen dürfen sich insoweit nicht überfordern. Es besteht aber die Notwendigkeit, mittels gemeinsamer regionaler Anstrengungen im Konzert von GKV, Ärzteverbänden, Wohlfahrtsverbänden, Selbsthilfebewegung, Verbänden des gesundheitlichen Verbraucherschutzes, ÖGD und Politik wieder auf die Tagesordnung zu setzen, wie soziale Barrieren zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit angegangen werden können. Dies kann nur ein gesamtgesellschaftliches Thema sein, der ÖGD wird allerdings zeigen müssen, daß er hier tatsächlich seine Anwaltfunktion für die Bevölkerung wahrnimmt.

Literatur

- Brand, H., N. Schmacke: Der öffentliche Gesundheitsdienst. In: Schwartz, F. W. u.a.: Das Public Health Buch. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore (1998) 259–268
- Gepkens, A., L. J. Gunning-Schepers: Interventions to reduce socioeconomic health differences: a review of the literature. *European Journal of Public Health* 6 (1996) 218–226
- Gesundheitsamt der Stadt Potsdam (Hrsg.): Die Gesundheit der Potsdamer Schulanfänger in Schlagzeilen. Gesundheitsbericht, Potsdam 1997
- GMK – Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder, 70. Sitzung 20/21.11.1997, Entschließung „Auswirkungen von sozialer Benachteiligung auf die Gesundheit bei Kindern“
- Höldke, B.: Die Rolle der Gesundheitsberichterstattung für kommunale Gesundheitsförderung durch das Gesundheits- und Umweltamt. Masterarbeit im Ergänzungsstudiengang Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen an der Medizinischen Hochschule Hannover. Hannover 1996
- Holland, W. W.: Socioeconomic health differences. A commentary. *European Journal of Public Health* 7 (1997) 221–222
- Mackenbach, J. P.: Socioeconomic inequalities in health in the Netherlands: impact of a five year research programme. *British Medical Journal* 309 (1994) 1487–1491
- Mielck, A. (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland. Leske + Budrich, Opladen 1994
- Mosse, M., G. Tugendreich: Krankheit und Soziale Lage. Lehmanns Verlag, München 1913
- Schmacke, N.: Öffentlicher Gesundheitsdienst: Entwicklung und Perspektiven. Ein Beitrag zur Wiederentdeckung der Kommune in der Gesundheitspolitik. Handbuch Kommunale Politik. Raabe, Düsseldorf, II/H 8.2 (1998 a) 1–14
- Schmacke, N.: Armut und Gesundheit – Handlungsmöglichkeiten der Akteure des Gesundheitswesens. In: Dokumentation der zweiten Düsseldorfer Gesundheitskonferenz, Düsseldorf 1998 b (i.E.)
- Siegrist, J.: Soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen: Folgerungen für die Praxis aus der Public Health-Forschung. *Gesundheitswesen* 60 (1998) (in diesem Heft)
- Wilkinson, R. G.: *Unhealthy Societies: the afflictions of inequality*. Routledge, London 1996
- Wilkinson, R. G.: Persönliche Mitteilung, 1998

Dr. med. H. Brand, MSc

Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst
Westerfeldstraße 35–37
33611 Bielefeld
E-mail: helmut.brand@loegd.mhs.nrw.de

Gesundheit für alle!



Das Gesundheitswesen

98

FACH

ZEITSCHRIFTEN

Begleiten Sie die Entwicklungen mit Ihrem persönlichen Abonnement der Zeitschrift **Das Gesundheitswesen**

- Sozialmedizin
- Gesundheits-System-forschung
- Public Health
- Öffentlicher Gesundheitsdienst
- Medizinischer Dienst
- 2 Supplemente »Medizinische Ausbildung« pro Jahr

Ja, ich abonniere die Zeitschrift **Das Gesundheitswesen** ab _____.

Sie erscheint 12mal im Jahr.

Die Hefte erhalte ich direkt vom Verlag. Die Berechnung erfolgt über eine Buchhandlung

- ☐ Normal-Preis 1998 DM 282,-
☐ Preis 1998 für Studenten, AIP und Ärzte in der Weiterbildung DM 160,-*
☐ Preis 1998 für Mitglieder berechtigter Gesellschaften DM 160,-**
 Unverbindl. Preisempf. inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten. Inland: DM 19,80. Auslandspreise auf Anfrage.
 Der laufende Jahrgang wird anteilig berechnet. *Berechtigungsnachweis liegt bei, ermäßigter Preis gilt für max. 6 Jahre. **Information zu den einzelnen Gesellschaften beim Verlag.

X

Datum/Unterschrift

Vertrauensgarantie: Ich kann diese Bestellung innerhalb von 10 Tagen (Poststempel) durch eine schriftliche Mitteilung an den Georg Thieme Verlag, Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart, widerrufen.

X

2. Unterschrift

Name, Vorname

Straße/Postfach

PLZ, Ort

Beruf, berufliche Stellung

Anschrift:

- ☐ privat
☐ dienstlich

Tätigkeitsort:

- ☐ Klinik
☐ Praxis

Telefon/Fax

ZE28

Gleich ausschneiden und einsenden an den Georg Thieme Verlag, Leser-Service, Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart. Oder fix per Fax: 07 11/89 31-133.



Thieme