

Antrag

an die ordentliche Landesversammlung am 22./23.10.2011 in Bad Windsheim
Antragsschluss: 23. September, 12.00 Uhr in der Landesgeschäftsstelle

AntragstellerIn: LAK Gesundheit und Soziales

Gegenstand: Haus der Gesundheit

Antragstext:

1 Die LDK möge folgenden Antrag xy diskutieren und beschließen

2 **„Haus der Gesundheit“ - Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Public Health**
3 **(PH) – Paradigmenwechsel von der Eingriffsverwaltung hin zur**
4 **Gesundheitsförderung**

5 Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich aufgrund der demographischen
6 Entwicklung, einer veränderten Gesundheitslage der Bevölkerung, durch zunehmende
7 Ressourcenknappheit sowie steigende Ausgaben in einem Umgestaltungsprozess.
8 Damit der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) weiterhin auf dem „Gesundheitsmarkt“
9 bestehen und zukunftsweisend ausgebaut werden kann, braucht es Strategien für
10 moderne Denk- und Handlungsmuster. Wir haben das Ziel, den Paradigmenwechsel
11 von der auf Erfahrungswerten und Tradition beruhenden Eingriffsverwaltung des ÖGDs
12 zu einer modernen Dienstleistungsbehörde „Haus der Gesundheit“ – hin in Richtung
13 Public Health, zu entwickeln.

14 Dafür ist erforderlich:

15 **1. Zukunftsorientierung durch Organisations- und Personalentwicklung im**
16 **Öffentlichen Gesundheitsdienst**

17 Der Ausbau sowie die Anpassung an veränderte Bedingungen der Aus-, Weiter- und
18 Fortbildung des ÖGDs stellt hier ein zentrales Element dar. Neben den
19 aufgabenbezogenen sowie strukturellen Anforderungen sind zudem laufbahn- bzw.
20 beamtenrechtliche (Dienstrechtsreform) Erneuerungen für alle Berufsgruppen im ÖGD
21 erforderlich. Dies werden wir im Rahmen des Organisations- und

22 Personalentwicklungsprozesses u.a. mit Einbindung von Public Health Studiengängen
23 sicherstellen. Dies setzt jedoch voraus, dass sich der ÖGD für eine Multiprofessionalität,
24 welche der Interdisziplinarität in der Wissenschaft und Lehre entspricht, öffnet und einer
25 Harmonisierung zwischen den getrennten Bereichen Gesundheitswissenschaften und
26 Öffentlicher Gesundheitsdienst positiv gegenübersteht und konstruktiv mitgestaltet.

27 **2. Implementierung von Public Health durch moderne Denk- und** 28 **Handlungsmuster, ins-besondere Verortung der Gesundheitswissenschaften und** 29 **Gesundheitsförderung**

30 Die Akzeptanz des ÖGDs kann durch Public Health gesteigert werden. Dazu werden wir
31 evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung als Schwerpunktaufgabe und als
32 Strategie des Mehrebenenansatzes im ÖGD verankern. Der ÖGD wird auf der Gesell-
33 schaftsebene eine Verbesserung der öffentlichen Wahrnehmung von Gesundheitsförde-
34 rung erreichen, auf der Gemeindeebene Aufgaben der Vernetzung und Kooperation
35 über-nehmen, auf der Organisationsebene Projektangebote ausarbeiten sowie auf der
36 Individu-ellen Ebene eine Befähigung der Akteure bzw. des Menschen in diesem Kontext
37 errei-chen. Die Etablierung von Gesundheitskonferenzen sowie Kompetenzzentren für
38 Präven-tion und Gesundheitsförderung und nicht nur befristete Projekte, werden dafür
39 zukunfts-weisende „Leuchttürme“ sein. Eine bedarfsgerechte Ausrichtung der
40 Ressourcen des ÖGDs wird dadurch gesteuert und der Legitimationsdruck auch in
41 Zeiten der Mittelknapp-heit reduziert.

42 **3. Paradigmenwechsel von der Eingriffsverwaltung hin zur Gesundheitsförderung**

43 Wir wollen den ÖGD stärken, damit der Paradigmenwechsel von der
44 Krankheitsperspekti-ve hin zum Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erreicht wird. Der
45 ÖGD wird als Haus der Gesundheit als Anwaltschaft für gesundheitliche
46 Chancengleichheit gelten und gesund-heitsförderliche Lebenswelten schaffen. Es sind
47 Vernetzungen zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen möglich. Wir schaffen
48 nationale und internationale Rahmenbedingun-gen, um Public Health als Grundlage zu
49 implementieren. Die Einführung der „Offenen Ko-ordinierung“ im Rahmen des
50 Lissabonvertrages der Europäischen Union sowie die Neu-fassung der Internationalen
51 Gesundheitsvorschriften (IGV) setzen hierbei wichtige Akzente für die Umsetzungs- und
52 Mitgestaltungsmöglichkeiten des ÖGDs. Auf nationaler Ebene werden verbindliche
53 Vereinbarungen zwischen den Akteuren getroffen z.B. durch Definie-ren von
54 Handlungsstrategien (Gesundheitsziele), Festlegen von Strukturen für Netzwerke und
55 Brückeninstanzen. Wir unterstützen ein Bundesgesetz, welches auch Public Health in
56 das Zentrum rückt.

57 Begründung:

58 Der Öffentliche Gesundheitsdienst mit seinem föderalistischen dreistufigen Aufbau
59 (Bund, Län-der, Gemeinden) ist historisch entstanden und stellt neben der ambulanten
60 und stationären ärztlichen Versorgung die „Dritte Säule“ im Gesundheitswesen dar. Er

61 wird überwiegend über Steuergelder finanziert und hat den gesetzlichen Auftrag, Dienst
62 an der öffentlichen Gesundheit als Dienstleistung zur Daseinsvorsorge des Staates für
63 seine Bürger zu leisten. Als Kernkompetenzen zählen insbesondere die Verhütung von
64 Krankheiten, Ursachenfindung und -beseitigung von Gesundheitsgefährdungen und –
65 schäden, epidemiologische Erfassung und Bewertung von Krankheiten, Beratung von
66 Bürgern, Behörden, Politik und nicht zuletzt Betreiben von Krisenintervention. In den
67 letzten Jahren haben sich auch aufgrund von Verwaltungsreformen die Aufgaben von
68 der überwiegend hoheitlichen Tätigkeit (Produktorientierung) hin zu mehr Beratung und
69 Hilfestellung für den Bürger (stewardship) gewandelt. Wesentliche
70 Bestimmungselemente und Erwartungen dabei sind die Mitarbeiter- und
71 Kundenorientierung sowie das Qualitätsmanagement einer modernen Verwaltung mit
72 dem Ziel ein dynamisches System, das sich den fachlichen, gesellschaftlichen und
73 gesundheitspolitischen Herausforderungen stellt, sowie sich in einer Koevolution mit den
74 anderen Akteuren des Gesundheitswesens als zentraler Dienstleister versteht.

75 Fritz Beske betonte schon 1967 die Notwendigkeit der Aufgaben sowie den Wunsch der
76 Bevölkerung nach dem ÖGD. Heute hat der ÖGD einen großen Überblick über die
77 gesundheitliche Lage. Vor dem Hintergrund der allgemeinen Finanzkrise des
78 Sozialstaates verändern sich jedoch die Rahmenbedingungen der gesundheitlichen
79 Leistungsstellung und somit die Verwaltungsstrukturen erkennbar. Der ÖGD und
80 dessen Aufgaben werden nun auf den Prüfstand gestellt und stehen gleichzeitig unter
81 einem wachsenden Legitimationsdruck. Durch die Verwaltungsreformen ab 2004
82 besteht die Gefahr der Leistungseinschränkung, Aufgabenreduktion sowie des
83 Personalabbaues. Das Image des ÖGDs beim Bürger ist verbesserungswürdig, da die
84 heute üblichen und modernen Aufgaben in der öffentlichen Meinung noch nicht
85 verankert werden konnten. In der Bevölkerung herrschen teilweise noch historische
86 Vorstellungen. Begrifflichkeiten wie z.B. Gesundheitspolizei und Volksbelehrung sind
87 noch gegenwärtig.

88 Die Stärken des ÖGDs liegen in den klassischen Präventionsaufgaben im Bereich des
89 Gesundheitsschutzes, insofern im Feld der traditionellen öffentlichen Gesundheit oder
90 des „Old Public Health“: Hygiene, Mikrobiologie, Epidemiologie. Schwächen bestehen
91 angesichts der Fülle seiner Aufgaben. Immer höher werdende Anforderungen sowie die
92 Herausbildung eines ausdifferenzierten Systems erlauben es derzeit nicht, das
93 Themenspektrum in der notwendigen Tiefe zu bearbeiten. Der Generationswechsel für
94 das Vorantreiben der Organisations- und Personalentwicklung sowie der Optimierung
95 der Planungs- und Ergebnisqualität ist bisher nur unzureichend gelungen. Der gute
96 Zugang des ÖGDs zu Settings, seine interessenneutrale und gemeinwohlorientierte
97 Position bei gleichzeitiger Nähe zur Politik bietet die Chance, moderierende Initiierungs-
98 und Koordinationsfunktionen flächendeckend zu übernehmen. Ferner kann die
99 Kompetenz, gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen zu identifizieren und zu erreichen,
100 für zukünftige Regelungen nutzbare Erfahrungswerte für die gesundheitspolitische
101 Diskussion bringen. Der geringe Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention
102 gegenüber der kurativen Versorgung, mangelnde Integration von ambulanter und
103 stationärer Versorgung sowie des ÖGDs, mangelnde Effizienz und Qualitätssicherung
104 erweisen sich hier zudem als Hauptprobleme (Risiken) im Gesundheitssystem.

105 Aufgrund der Historie des ÖGDs im Nationalsozialismus sowie dessen
106 Vernachlässigung in der alten Bundesrepublik wird gemäß Experten dem ÖGD,
107 insbesondere den Gesundheitsämtern, die nachhaltige Ausweitung der Interventionsbe-
108 reiche der Akademisierung und Etablierung von Public Health nicht zugetraut.

109 Für das „Haus der Gesundheit“ müssen Grundlagen geschaffen werden, die dem ÖGD
110 ermöglichen den weiteren Weg zu einer modernen, effizienten dienstleistungs- und
111 bevölkerungsorientierten Einrichtung positiv zu gestalten. Die sich weiterentwickelnde
112 Organisations- und Personalentwicklung und der damit verbundene Wandel der
113 Unternehmenskultur wird das Profil des ÖGDs stärken und zu einer Verbesserung des
114 Images beim Bürger führen. Die Daseinsberechtigung kann gestärkt und die
115 Gesundheitsversorgung als „Dritte Säule“ des Gesundheitswesens begründet und weiter
116 gesichert werden. Des Weiteren kann sich der ÖGD zu einem der zentralen Akteure für
117 die künftige Stärkung der Gesundheitsberichterstattung, Prävention und Ge-
118 sundheitsförderung im Sinne des „New Public Health“ gemäß der Ottawa-Charta der
119 WHO entwickeln und seine Chance nutzen, die Lücke zu den
120 Gesundheitswissenschaften (Public Health) zu schließen, von anderen zu lernen und
121 international gleichzuziehen. Darin liegt seine Chance für die Positionierung in der
122 Zukunft auf dem „Gesundheitsmarkt“.