

Kindergesundheit, Gesundheitsberichterstattung, Prävention: Aufgabenfelder des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Der Titel dieses Beitrages lässt eine umfassende Beschreibung und Würdigung der Aktivitäten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf den genannten Gebieten in den letzten Jahren erwarten. Diese Erwartung erfüllen bereits zwei Artikel im Bundesgesundheitsblatt zum Thema „Aufgaben des ÖGD im Rahmen der Kinder- und Jugendgesundheit“ (Wegner 2005) sowie zu „Prävention und Gesundheitsberichterstattung im ÖGD“ (Szagun, Starke 2005), denen ich nichts hinzuzufügen hätte.



Ich möchte vielmehr die Ehre zu diesem Band beizutragen nutzen, um meine ganz individuelle Sicht einzubringen: Diese speist sich aus zwölf Jahren persönlicher Erfahrung, aus meiner Arbeit im Wissenschaftlichen Beirat des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie zunehmend über Kooperationen und persönliche Kontakte mit Mitarbeitern der Gesundheitsämter. Einige dieser Erfahrungen seien hier zum Teil anekdotisch aber dennoch zum Nachdenken anregend geschildert.

Im Jahr 1999 trug ich beim 49. Wissenschaftlichen Kongress des Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Weimar über den vom Robert Koch-Institut (RKI) geplanten Kinder- und Jugendgesundheits-survey vor. Ich erhoffte mir weitere Verbündete im Kampf um die Finanzierung eines solchen Großprojekts. Die finanzielle Lage der Länder und Kommunen und die Entwicklungen im ÖGD in den vorangegangenen Jahren hatten jedoch zu einem personell deutlich dezimierten und mit Einführung der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U1 – U9 vieler Aufgaben entledigten Kinder- und Jugendärztlichen Dienst (KJGD) geführt.

Diese Entwicklung und die Furcht vor weiterem Abbau erklärt die damalige Forderung der Anwesenden, die Daten der Schuleingangsuntersuchungen zu verwenden, statt Geld für den geplanten Survey auszugeben. Selbst die Argumente, dass unterschiedliche Altersgruppen untersucht werden sollten und die Daten der Schuleingangsuntersuchungen weder standardisiert erhoben noch in aufbereiteter Form vorlägen, fanden keine Akzeptanz und der geplante Kinder- und Jugendgesundheits-survey keine Unterstützung.

Im Jahr 2004, als der Kinder- und Jugendgesundheits-survey unter seinem Rufnamen „KiGGS“ zum Laufen gekommen war, erhielt ich wiederum die Gelegenheit, beim 54. Wissenschaftlichen Kongress in Marburg vorzutragen, nunmehr über den aktuellen Stand, die eingesetzten Instrumente, die Teilnahmeraten und die erwarteten Ergebnisse von KiGGS. Und diesmal glaubte ich vorbereitet zu sein auf die Sensibilitäten in Sachen Schuleingangsuntersuchungen. Ich spannte also den Bogen von den KiGGS-Erhebungen, die ja vorausschaubar nur

einmalig stattfänden, zu den wundervollen Schuleingangsuntersuchungen, die den einmaligen Vorzug hätten, jährlich und als Totalerfassung durchgeführt zu werden. Und noch wundervoller wäre es natürlich zu prüfen, ob die in KiGGS eingesetzten Instrumente auch in den Einschulungsuntersuchungen Anwendung finden könnten, um so eine überregionale Vergleichbarkeit der Ergebnisse herzustellen. Doch diesmal erwies sich mein Hinweis auf die standardisierte Vorgehensweise bei allen Untersuchungen als Stolperfalle, ganz besonders im Hinblick auf das Wiegen und Messen der Kinder. War für einen Teil der Gesundheitsämter die finanzielle Lage so prekär, dass die in KiGGS verwendete Waage als unerschwingliche „de luxe-Ausführung“ als Hinderungsgrund für eine Standardisierung diente, war es bei einem anderen Teil die Überzeugung zu wissen, wie man ein Kind misst und wiegt, dazu bräuchte man kein RKI. Und Gesundheitsberichterstattung über Kinder mache man schließlich auch.

„Ich gratuliere herzlich zum 60. Geburtstag ganz nach dem Motto: ÖGD... find ich gut“

B. M. Kurth

Da war natürlich etwas Wahres dran. Die Berichte zur Kindergesundheit, die mittlerweile von Mitarbeitern der Gesundheitsämter erstellt wurden, und – wie eine Analyse von Stockmann et. Al. 2009 zeigt – in 92% der Fälle auf den Daten der Schulein-

gangsuntersuchung basierten, sind beeindruckend, nicht nur wegen der umfassenden Auswertungen der Daten, sondern auch durch die Schlussfolgerungen, die im Hinblick auf Prävention und Intervention gezogen wurden und die abgeleiteten Handlungsempfehlungen (Abb. 1,2,3).

Nun ja, und das mit dem Messen und Wiegen, war ein ganz eigenes Feld. Jedenfalls wurde meine Werbung für KiGGS auch beim 54. Kongress mit ausreichend Skepsis aufgenommen. Allerdings hatte ich mittlerweile 5 weitere Jahre ÖGD-Erfahrungen und wusste, dass dies Ausdruck einer gewissen „Festungsmentalität“ war, die sich die Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes über Jahre hinweg nicht ohne Grund zugelegt hatten: Stellenabbau, Reduzierung der Kompetenzen, fehlende Anerkennung der Arbeit, Nichtberücksichtigung der Aufgaben des ÖGD im Medizinstudium, ja sogar in Public Health Studiengängen, Nichtbeachtung durch die Gesundheitspolitik, Belächeltwerden von „Public Health-Forschern“, Vernachlässigung durch die Landesvertretungen der Deutschen Ärzteschaft, Nachwuchssorgen wegen schlechter Entlohnung, Forderungen der Öffentlichkeit an den ÖGD, die dieser schon aus Kapazitätsgründen gar nicht zu erfüllen vermag, all das machte die prinzipielle Verteidigungshaltung als erste Reaktion nur zu verständlich. Gegen diese Probleme galt (und gilt) es anzukämpfen, und es wäre einen weiteren Geburtstags-



artikel wert, die dabei erreichten Fortschritte zu beschreiben.

Ich beschränke mich darauf, die Fortschritte der Zusammenarbeit zwischen dem RKI und dem ÖGD auf dem Gebiet von Kindergesundheit und Gesundheitsberichterstattung zu beschreiben. Es hat sich eine Kooperation entwickelt, die nicht nur konstruktiv und gewinnbringend für beide Seiten, sondern auch von Vertrauen geprägt ist. Das lässt sich an Beispielen belegen:

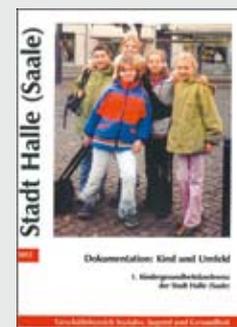
Ein überzeugendes Beispiel dafür, dass sich die Schuleingangsuntersuchungen der Gesundheitsämter und der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI keine Konkurrenz machen, sondern sich glücklich ergänzen, ist der Schleswig-Holsteinische Kinder- und Jugendbericht [4]. Dieser Gesundheitsbericht beruht auf den Daten der Schuleingangsuntersuchungen aus dem Jahr 2004, die die Altersgruppe der 5-6-Jährigen abdecken. Für die älteren Altersgruppen von 11 bis 17 Jahren wurden die im Rahmen von KiGGS in Schleswig-Holstein erhobenen Daten (in 5 Orten in Schleswig gab es KiGGS-Studienzentren) quantitativ erweitert. Finanziert vom Land wurden in weiteren 18 Orten analoge Untersuchungen und Befragungen von Jugendlichen und deren Eltern durchgeführt. Damit war auch für diese Altersgruppen, eine ausreichende und repräsentative Datenbasis für eine differenzierte Gesundheitsberichterstattung vorhanden. Im Zusammenspiel der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen und der Surveyerhebungen bei Jugendlichen in SWH wurde gemeinsam mit dem RKI ein Kinder-Gesundheitsbericht (Abb. 4) erstellt. Dieser Bericht profitierte nicht nur von der guten Datenlage, sondern auch von der Möglichkeit, den Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt zu ziehen. (Anmerkung: Das Phänomen, dass bei Politikern die Ergebnisse eines solchen Vergleiches nur dann willkommen sind, wenn sie zugunsten des eigenen Bundeslandes ausgehen, dürfte bekannt sein. Der Öffentliche Gesundheitsdienst nutzt gefundene Unterschiede gewöhnlich, um auf die Notwendigkeit von Maßnahmen hinzuweisen).



Osnabrück (1)



Saarbrücken (2)



Halle (3)

Aber es gibt weitere Beispiele:

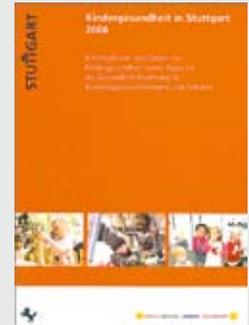
- Im Jahr 2005 hat das Gesundheitsamt Stuttgart (Abb. 5) anstelle von KiGGS, JUGS [5], die Jugendgesundheitsstudie Stuttgart durchgeführt, bei der auch Teile der KiGGS-Fragebögen für Jugendliche zum Einsatz kamen. Der daraus resultierende Bericht „Kindergesundheit in Stuttgart 2008“ bezieht diese Ergebnisse ein und gibt konkrete Handlungsempfehlungen.
- Die Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes Köln, die die Schuleingangsuntersuchungen in Köln durchführen, wurden mit bestimmten standardisierten Erhebungsmethoden von KiGGS vertraut gemacht und für die Anwendung geschult. Im Bericht des Stadtgesundheitsamtes „Kindergesundheit im Vorschulalter“ [6] (Abb.6) wird nicht nur ein Vergleich mit den KiGGS-Ergebnissen durchgeführt, sondern auch der regionale Vergleich zwischen den Stadtteilen unter Nutzung des soziodemographischen Hintergrunds gezogen.
- Das Stadtgesundheitsamt Frankfurt hat in seinem Bericht „Kindergesundheit in Frankfurt 2002-2006“ [7] (Abb. 7) jeweils Grundaussagen von KiGGS-Publikationen eigenen Auswertungen voran gestellt, um so die Problemlagen in den Kommunen des Frankfurter Raums hinsichtlich Sozialstatus, Bildung, Migrationshintergrund zu verdeutlichen.

Der Beispiele gäbe es noch viele, die Auswahl erfolgte mehr oder weniger zufällig, aber sie machen deutlich, dass weder der aktuelle Kinder- und Jugendgesundheits-survey, noch dessen Folgeerhebungen eine Konkurrenz oder gar ein Infragestellen der Schuleingangsuntersuchungen darstellen.

Die Mitarbeiter des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes argumentieren mittlerweile zunehmend mit KiGGS, um die Notwendigkeit einer Standardisierung und Vereinheitlichung der Erhebungsmethoden bei den Schuleingangsuntersuchungen herauszustellen. Beim 56. Wissenschaftlichen Kongress des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Mai 2006 in Frankfurt (Oder) hat sich der Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheitsdienst die Vergleichbarkeit dieser Untersuchungen zum Thema gemacht. In einer Ausschusssitzung wurde diskutiert, wie sich die Schuleingangsuntersuchungen in den einzelnen Bundesländern so untereinander abstimmen ließen, dass mehr als nur die Ergebnisse zu Übergewicht und Adipositas verglichen werden könnten. Mein Vortrag zum Thema „Qualitätsoptimierung bei schulärztlichen Untersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes – Denkanstöße aus dem KiGGS“ hat keine „Abwehrreaktionen“ mehr hervor gerufen, sondern war Bestandteil einer sehr konstruktiven Diskussion der Landesvertreter untereinander. Dass dieser Prozess der



Schleswig-Holstein (4)



Stuttgart (5)



Köln (6)



Frankfurt (7)

Homogenisierung immer wieder ins Stocken geraten ist, hat recht unterschiedliche Gründe, die nur zum Teil beim ÖGD selbst liegen. Aber der Anfang ist gemacht und die Instrumente, Erhebungsmethoden, Erfahrungen und Ergebnisse werden vielfach genutzt.

Die Ergebnisse von KiGGS, die sehr eindeutig nachweisen, dass Kinder viele Risiken bereits im frühen Kindesalter entwickeln, unterstützen das Anliegen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, auch in den Kitas und später in den Schulen reguläre Untersuchungen durchzuführen (bei entsprechender personeller Ausstattung natürlich). Nur so kann man auch den sozial benachteiligten Kindern frühzeitige Hilfen zukommen lassen. Der Gesundheitsbericht von Brandenburg [8] „Wir lassen kein Kind zurück“ gibt eine genaue Analyse der sozialen und gesundheitlichen Lage von Kindern in Brandenburg (Abb. 8) und damit ganz klare Signale an die Gesundheitspolitik.

Dass es recht schwierig werden kann, auch Empfänger für diese Signale zu finden, wenn es darum geht, vor Ort, in der Kommune tatsächlich Maßnahmen durchzusetzen, bestätigte mir folgendes, emotional sehr nachhaltiges Erlebnis: Auf Einladung der Amtsärztin in Neumünster hatte ich auf einer Sitzung des Sozial- und Gesundheitsausschusses der Stadt einen Vortrag über den Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung gehalten. Die Amtsärztin hatte mich, unter vielfacher Entschuldigung, dass Neumünster etwas abseits liege und eigentlich auch kein Geld für Reismittel habe, sehr nachdrücklich um diesen Vortrag gebeten. Der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung sei in ihrer täglichen Arbeit vielfach belegt. Neumünster hatte 2007 laut Statistischem Bundesamt die höchste Kriminalitätsrate und regional die höchste Arbeitslosenquote, insbesondere bei Jugendlichen, hier wiederum gesteigert bei denen mit Migrationshintergrund. (In Neumünster sind das die Kinder und auch schon die Enkelkinder von Gastarbeitern, die zu Zeiten des wirtschaftlichen Aufschwungs in Neumünster gebraucht wurden, habe ich mir erklären lassen.) Neumünster hatte als sozialer Brennpunkt entsprechend viele arme Kinder mit gesundheitlichen Risiken, Entwicklungsstörungen und anderen Auffälligkeiten, die oft erstmals bei den Schuleingangsuntersuchungen festgestellt wurden. Die U-Untersuchungen wurden gerade von den Kindern, die sie nötig hätten, nicht wahrgenommen. Ernährungskurse, organisierte sportliche Aktivitäten, die früher kostenlos angeboten wurden, konnten nur noch unter Erhebung von Gebühren durchgeführt werden, weil die finanzielle Förderung eingestellt wurde. Folgerichtig blieben wiederum gerade diejenigen Teilnehmer weg, die es am nötigsten gehabt hätten. Das, was vor Ort an Problemen zu sehen war, war weitaus drastischer als alles, was KiGGS an Ergebnissen aufweisen konnte. Und trotzdem sollte ich den Vortrag halten, „damit mal einer zuhört“.

Ich wurde im Anschluss an meinen Vortrag von einer Journalistin der dortigen Lokalzeitung um ein autorisiertes Zitat gebeten, in dem explizit stünde, dass Armut krank mache. Nur so könne sie diese Meldung in ihrer Zeitung unterbringen.

Amtsärzte und Amtsärztinnen, die sich von solchen Umständen nicht entmutigen lassen, die die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe und allen verfügbaren Bündnispartnern suchen, um Kindern in ihrem Einzugsgebiet eine reale (nicht nur) gesundheitliche Chance zu geben, gibt es im ÖGD glücklicherweise viele. Es prägten sich mir diejenigen ein, die ich persönlich kennen gelernt habe, und das sind nicht wenige. „Es wird eine der wichtigsten Aufgaben nicht nur des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sein, diesen Kindern wieder eine Zukunftschance zu geben“ (Leidel 2009). Und dieser Aufgabe widmen sich die Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit Nachdruck, mit neuem Selbstbewusstsein und mit dem Anspruch, politische Entscheidungsprozesse zu beeinflussen. Dafür haben sie meine Hochachtung und, so weit möglich, auch meine Unterstützung. Und da ich gehalten bin, meine persönlichen Huldigungen möglichst kurz zu halten, gratuliere ich sehr herzlich zum 60. Geburtstag mit dem Motto:

„ÖGD... find ich gut“

B. M. Kurth

Bärbel Maria Kurth



Brandenburg (8)