

	Öffentlicher Gesundheitsdienst	Ambulantes Gesundheitswesen	Stationäres Gesundheitswesen
<b>Kurzbeschreibung</b>	<p>Der Öffentliche Gesundheitsdienst nimmt eigenständige Aufgaben im arbeitsteiligen Gesundheitswesen wahr (§ 1 ÖGDG, NRW)</p> <p>Zu den Aufgaben der Gesundheitsämter als untere Gesundheitsbehörde zählen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ die Mitwirkung an der Gesundheitsförderung, der Prävention und dem Gesundheitsschutz,</li> <li>✓ die Mitwirkung an der Gesundheitshilfe,</li> <li>✓ die Dienste der Qualitätssicherung,</li> <li>✓ die Ausstellung amtsärztlicher Zeugnisse und Gutachtertätigkeit,</li> <li>✓ die Gesundheitsberichterstattung,</li> <li>✓ die ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung. (§ 6, ÖGDG; NRW)</li> </ul> <p>Zusätzlich werden auch bundeseinheitliche Aufgaben im Rahmen der Zentralaufsicht und des Gesundheitsschutzes wahrgenommen.</p> <p>Eine weitere Säule bilden der Sozialpsychiatrische Dienst mit Hilfen für psychisch Kranke und Suchtkranke sowie in einigen Fällen auch die Koordinierung der Selbsthilfe über Kontakt- und Informationsstellen (K.I.S.S.).</p>	<p>Zur ambulanten Versorgung zählen alle Leistungen, die nicht in einem Krankenhaus oder einer Klinik erbracht werden. In erster Linie also die niedergelassenen Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und Zahnärzt*innen.</p> <p>Zusätzlich gehören zur ambulanten Versorgung die ärztlich verordneten Medikamente (Arzneimittel) und die Versorgung mit Heilmitteln, Krankengymnastik oder Ergotherapie (allerdings nur dann, wenn sie nicht im Rahmen einer klinischen Behandlung angewendet werden).</p> <p>Ein weiterer Baustein des ambulanten Versorgungsgeschehens sind die sogenannten „nichtakademische Heilberufe“ (z.B. Hebammen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen)</p> <p>Für das Meldeverfahren dieser Berufsgruppen ist der Öffentliche Gesundheitsdienst zuständig.</p>	<p>Der Bereich der stationären Versorgung ist in die folgenden zwei Teilbereiche gegliedert:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Krankenhausversorgung und</li> <li>2. Der Bereich der stationären Rehabilitation</li> </ol> <p>Krankenhäuser dürfen allerdings nur dann behandeln, wenn sie dafür von der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) eine Zulassung bekommen. Dies ist bei Hochschulkliniken, Plankrankenhäusern innerhalb der Landeskrankenhauspläne und Vertragskrankenhäusern bei einem gesonderten Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen der Fall.</p> <p>Darüber hinaus gehört auch die stationäre medizinische Rehabilitation zum stationären Versorgungssystem. In entsprechenden Einrichtungen sollen die angebotenen Behandlungen dazu beitragen, nach einer schweren Erkrankung wieder selbständig und leistungsfähig zu werden.</p> <p>Zu den Angeboten zählen neben physiotherapeutische Therapien auch eine im Bedarfsfall indizierte psychologische Betreuung und eine gezielte Unterstützung im Umgang mit Hilfsmitteln (vgl. Gesundheitsinformation.de).</p>
<b>Akteure</b>	<p>Die Aufgaben des ÖGD ergeben sich aus den Gliederungsebenen des öffentlichen Gesundheitsdienstes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obere Gesundheitsbehörde (Land- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales – MAGS) spezielle Einrichtungen: Landeszentrum für Gesundheit NRW (LZG NRW) Landeszentrum für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz (LANUV)</li> <li>2. Mittlere Gesundheitsbehörde (Bezirksregierungen) Aufsichtsfunktion</li> <li>3. Untere Gesundheitsbehörde (Gesundheitsämter) <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Leitung des ÖGD</li> <li>✓ Gesundheitsplanung/Gesundheitsberichterstattung</li> <li>✓ Ärztlicher- und zahnärztlicher Dienst</li> <li>✓ Psychiatriekoordination</li> <li>✓ Geschäftsführung der kommunalen Gesundheitskonferenzen</li> <li>✓ Sozialpsychiatrische Dienste</li> <li>✓ Wenn vorhanden: Kontaktstellen für Selbsthilfe</li> <li>✓ Wenn vorhanden: Gesunde Städte Büros</li> </ul> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Qualitätszirkel der Kinderärzt*innen</li> <li>✓ Sozialpädiater*innen</li> <li>✓ Kinderärzt*innen</li> <li>✓ Kinder- und Jugendpsychiater*innen</li> <li>✓ Gynäkolog*innen</li> <li>✓ Hebammen und andere Gesundheitsfachberufe</li> <li>✓ Ärzte(zahn)kammern</li> <li>✓ Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Qualitätszirkel der Kinderärzt*innen</li> <li>✓ Sozialpädiater*innen</li> <li>✓ Kinderärzt*innen / Kinderklinik</li> <li>✓ Chefärzt*innen als Kontaktperson (nicht der/die Verwaltungsdi- rektor*in)</li> <li>✓ Kinder- und Jugendpsychiater*innen / Kinder- und Jugendpsychi- atrie</li> <li>✓ Gynäkolog*innen / Geburtsklinik</li> <li>✓ Sozialdienste der Krankenhäuser</li> <li>✓ Hebammen und andere Gesundheitsfachberufe</li> <li>✓ Netzwerk Gesundheitsfördernde Krankenhäuser</li> <li>✓ Deutsche Krankenhausgesellschaft</li> </ul>
<b>Möglicher Zugang zu den Akteuren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gesundheitsausschuss</li> <li>✓ Gesundheitskonferenz</li> <li>✓ Arbeitsgruppen oder Netzwerke der Gesundheitskonferenz</li> <li>✓ Persönliche Ansprache einzelner Akteure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ärztevereine in der Kommune</li> <li>✓ Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen</li> <li>✓ Ärzte(zahn)kammern</li> <li>✓ Krankenkassen</li> <li>✓ Persönliche Ansprache einzelner Akteure</li> </ul>	
<b>Potenzial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Der ÖGD fungiert als Mittler zwischen den Bereichen</li> <li>✓ Zugang zu den Akteuren (Gesundheitsplanung)</li> <li>✓ Daten für Taten durch Gesundheitsberichterstattung</li> <li>✓ Durch gute Kooperation können Präventionsketten ihr Wissen rund um die Familien- und Kindergesundheit steigern und andererseits auch mit ihren eigenen Erkenntnissen Beiträge zur kommunalen Gesundheitsberichter- staltung leisten.</li> <li>✓ Gemeinsam erarbeitete Erkenntnisse können dann im Rahmen der kommu- nalen Gesundheitskonferenzen mit den lokalen Akteuren des Gesundheits- wesens ausgewertet und in konkrete Maßnahmen umgesetzt werden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Qualitätszirkel der Kinderärzt*innen als Kooperationszugang nutzen</li> <li>✓ ab der U4 sind Kinderärzt*innen verpflichtet, auf Hilfen hinzu- weisen Sie alle agieren im Einzelfall und können so Zugänge schaffen</li> <li>✓ Eltern vertrauen in den meisten Fällen auf die Empfehlungen von Präventionsangeboten durch Ärzt*innen und Hebammen (vgl. Franke/Schultz 2016: 16ff)</li> <li>✓ Kinderärzt*innen sind neutrale Ansprechpersonen (Jugendamt kann stigmatisieren)</li> <li>✓ Oftmals besteht ein Vertrauensverhältnis zwischen ärztlichem Personal und Patient*in</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Qualitätszirkel der Kinderärzt*innen als Kooperationszugang nutzen</li> <li>✓ Sozialpädiatrische Zentren als zentrale Anlaufstelle der Koopera- tion und Modell für vernetztes Handeln im Gesundheitssystem</li> <li>✓ früher Zugang (z.B. Elternschulen)</li> <li>✓ Bürgerberatung der Ärztekammern</li> <li>✓ Eltern vertrauen in den meisten Fällen auf die Empfehlungen von Präventionsangeboten durch Ärzt*innen und Hebammen (vgl. Franke/Schultz 2016: 16ff)</li> <li>✓ Kinderärzt*innen sind neutrale Ansprechpersonen (Jugendamt kann stigmatisieren)</li> <li>✓ Oftmals besteht ein Vertrauensverhältnis zwischen ärztlichem Personal und Patient*in</li> </ul>
<b>Gelingensbedingun- gen für die Einbin- dung der einzelnen Bereiche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Führungs- und Fachkräfte, die neuen Ideen und multiprofessionellem Arbei- ten offen gegenüberstehen</li> <li>✓ Legitimierung des Vorhabens durch die Verwaltungsspitze</li> <li>✓ Verankerung der bereichsübergreifenden Arbeit (inkl. Gesundheitswesen) im Leitbild der kommunalen Präventionskette</li> <li>✓ Aufbau und/oder Nutzung von bereichsübergreifenden, arbeitsfähigen Strukturen → unabhängig von einzelnen Personen, um einen durchlässigen fach- und sachbezogener Informationsfluss auf allen Ebenen zu gewährleis- ten</li> <li>✓ Verständigung über den jeweiligen Auftrag der Bereiche</li> <li>✓ Gemeinsame Planung zwischen Jugend- und Gesundheitsamt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Muss aufsuchend geschehen, Koordination muss in vorhandene Gremien der Ärzteschaft gehen</li> <li>✓ Gemeinsame Termine der Präventionsketten in praxisfreien Zeiten</li> <li>✓ Motivation des Gesundheitswesens durch finanzielle Anreize</li> <li>✓ Schaffung von zeitlichen Ressourcen</li> <li>✓ „Vermarktung“ der Sinnhaftigkeit/des Benefits von Kooperation (auch öffentliche Prestige)</li> <li>✓ Strukturen festigen und verstetigen und möglichst für Ärzt*innen verschlanken</li> <li>✓ Gemeinsame Fortbildungen (die die Ärzt*innen sich anrechnen lassen können)</li> </ul>	
<b>Allgemeine Gelin- gensbedingungen für die Einbindung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Verantwortungsübernahme durch eine Person, die den Prozess koordiniert (→ Prozesskümmerer)</li> <li>✓ Handlungen und Kooperationen vom Ziel (vom Kind) aus denken → weg von einem Denken in Zuständigkeiten/Säulen</li> <li>✓ Gemeinsames Gesundheitsverständnis (Leitbild) → Gelingendes Aufwachsen = gesundes Aufwachsen</li> <li>✓ Klärung der Rollen, Befugnisse, Aufgaben und Zuständigkeiten aller Bereiche in Hinblick auf das Ziel → Bonus: daraus resultiert die Anerkennung der jeweiligen Zuständigkeiten und der Relevanz der unterschiedlichen Professionen</li> <li>✓ Verständigung auf eine gemeinsame, für alle Professionen verständliche Sprache (besonders schwierig aufgrund von Fachterminologie im medizinischen Bereich)</li> <li>✓ Verbindlicher, regelmäßiger Austausch zwischen allen relevanten Akteuren auf allen Ebenen</li> <li>✓ vertragliche Absicherung (Kontraktierung) mit klarer Aufgabenverteilung, um Verbindlichkeit und Beteiligung herzustellen <ul style="list-style-type: none"> <li>– konkrete Kooperationsverträge auf Zeit (z.B. Laufzeit über drei Jahre)</li> <li>– Leitlinien als übliches Verfahren im Gesundheitswesen nutzen</li> </ul> </li> <li>✓ Trägerübergreifende Strategiepapiere verfassen</li> <li>✓ Mitdenken der freien Träger</li> <li>✓ Möglichkeitsräume der Akteure beachten (Häufigkeit des Austausches, Themenauswahl ...)</li> <li>✓ Win-Win → Mehrwert für alle generieren</li> <li>✓ Multiplikator*innen (z.B. „Sprecher*innen“, Obmänner/Obfrauen) aus dem Gesundheitssystem nutzen, um Einladungen auszusprechen, für Themen zu sensibilisieren usw.</li> <li>✓ Transparenz über Verfahrenswege/Entscheidungspfade</li> <li>✓ Bei Einzelfällen: Feedback/Rückmeldungen stärken Vertrauen → Nachverfolgung von Hilfeverläufen</li> <li>✓ Regelmäßige Evaluationen zur Darstellung der Sinnhaftigkeit und Wirkung</li> <li>✓ Informationsfluss in der Politik aufrechterhalten (z.B. durch regelmäßige Rückkopplung in den jeweiligen Fachausschüssen)</li> <li>✓ Gemeinsame Evaluation der Gesundheitsberichterstattung zur Qualitätsentwicklung</li> <li>✓ Einstieg über Projekte</li> </ul>		
<b>Gelingensbedingun- gen für integrierte Planung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Integrierte Planung im gesamten kommunalen Planungsgeschehen („He- alth in all Policies“)</li> <li>✓ Aufbau eines Datenpools, zu dem die Zugänge bei Bedarf freigeschaltet wer- den können</li> <li>✓ Daten der Schuleingangsuntersuchung für Handlungsempfehlungen bereit- stellen und nutzen</li> <li>✓ Austausch aggregierter (nicht personenbezogener) Daten ist rechtskreis- übergreifend möglich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Datenschutz beachten</li> </ul>	