

Blickpunkt öffentliche Gesundheit

Herausgeber: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

Nachgefragt: Neue Leitung
in der Akademie

Seite 3

Sprachförderung oder Sprachtherapie?
Welches Kind braucht was?

Seite 4/5

Nichtraucherschutz:
Was bewirken Gesetze?

Seite 8

Der ÖGD auf dem Deutschen Ärztetag

Bröckelt die Dritte Säule?

Zum ersten Mal seit 1873 würdigte die oberste Ständeversammlung der Ärzteschaft den Öffentlichen Gesundheitsdienst mit einem eigenen Tagesordnungspunkt. Die Delegierten des Deutschen Ärztetags in Düsseldorf forderten die Träger des ÖGD nachdrücklich auf, dessen Funktionsfähigkeit durch ausreichende Finanzierung und Personalausstattung zu sichern.

Vom Nischendasein ins Rampenlicht: Die plötzliche Aufmerksamkeit für den notorisch unauffälligen ÖGD hat gute Gründe. Eine Umfrage des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) in Zusammenarbeit mit dem Marburger Bund hatte kürzlich an den Tag gebracht, dass jede siebte Facharztstelle in den Gesundheitsämtern länger als ein halbes Jahr unbesetzt bleibt.

Ohnehin ist der Arbeitsmarkt überschaubar. Den laut Bundesärztekammer 2.432 Ärztinnen und Ärzten in Gesundheitsämtern stehen rund 181.000 stationär und 146.000 ambulant tätige Kolleginnen und Kollegen gegenüber. Umso nachdenklicher stimmt die Tatsache, dass die Zahl der Ärzte im ÖGD seit Jahren zurückgeht, während die anderen Sektoren des Gesundheitswesens (noch) Zuwächse zu verzeichnen haben. Hinzu kommt eine ungünstige Altersstruktur – über 80 Prozent der berufstätigen Fachärzte für Öffentliches Gesundheitswesen sind älter als 50 Jahre. Es bedarf keiner großen Rechenkunst um festzustellen, dass bei Fortsetzung dieses Trends in wenigen Jahren die „dritte Säule“ des Gesundheitssystems in ihrer Substanz gefährdet sein wird.

Diesem Szenario wollte der Ärztetag ein Signal entgegensetzen und hat unter dem optimistischen Titel „Herausforderungen im öffentlichen Gesundheitsdienst – Standortbestimmung und Entwicklungsperspektiven“ eine Entschließung verabschiedet. Zu den zentralen Forderungen an Bund, Länder und Kommunen gehören

- eine adäquate ärztliche Personalausstattung in den Gesundheitsämtern
- eine Aufwertung des Faches „Öffentliches Gesundheitswesen“ in der medizinischen Ausbildung

- eine angemessene Bezahlung der im ÖGD tätigen Ärztinnen und Ärzte
- eine obligate Leitung der Gesundheitsämter durch Ärztinnen und Ärzte.

Die Entschließung beschreibt in der Einleitung das wachsen-

Der sich immer deutlicher abzeichnende Fachkräftemangel bei Medizinern führt zu wachsender Konkurrenz zwischen Arbeitgebern sowie zwischen Regionen.

des Aufgabenspektrums des ÖGD vom Gesundheitsschutz über Prävention und aufsuchende Hilfen bis zur Gesundheitsberichterstattung und dem Begutachtungswesen. Perspektivisch kämen eher mehr Aufgaben dazu, als dass die Arbeit weniger werde, wie das Beispiel der Hygieneberatung in Krankenhäusern zeigt. „Um diese vielfältigen und anspruchsvollen Aufgaben (...) erfüllen zu können, müssen hochqualifizierte Ärztinnen und Ärzte mit langjähriger klinischer Erfahrung für den ÖGD gewonnen und gehalten werden“, so die Einschätzung der Delegierten.

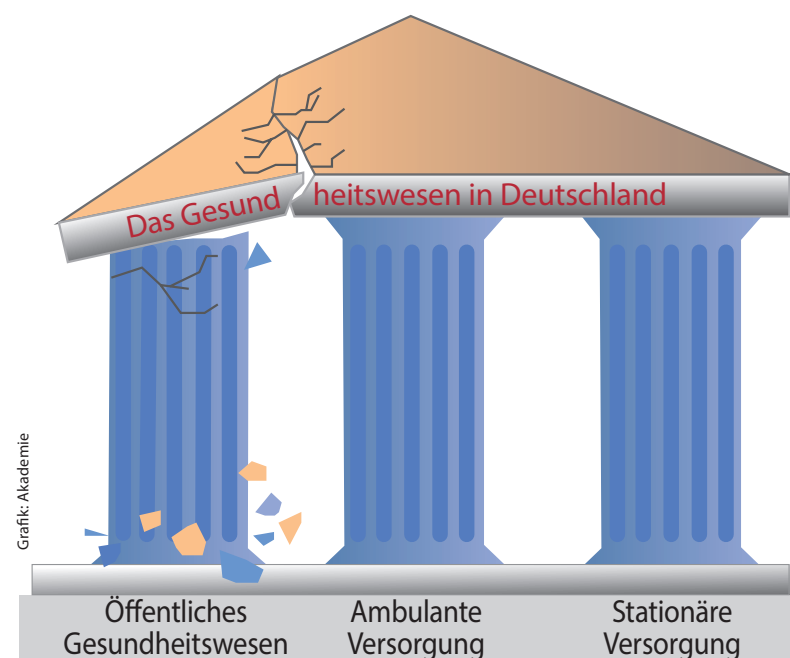
Auch im Zusammenhang mit dem geplanten Präventionsgesetz erwähnte der Ärztetag den ÖGD in einer seiner Entschließungen: dessen Potenziale in der Präventionsarbeit seien zu nutzen und weiter auszubauen. Die erforderlichen Mittel seien bereitzustellen.

Der Ehrenpräsident des 117. Ärztetages kommt ebenfalls aus dem ÖGD. Dr. Jan Leidel, langjähriger Leiter des Gesundheitsamtes Köln, äußerte sich gegenüber dem Rheinischen Ärzteblatt zufrieden über die Initiative der Ärzteschaft: Schon die Befassung mit dem Thema sei „ein ermutigen-

des Zeichen“. So könne man „gegenüber Fachöffentlichkeit und Politik deutlich machen, dass der ÖGD sich derzeit konkret in der Gefahr befindet, seine Aufgaben beim Gesundheitsschutz der Bevölkerung (...) nicht mehr ausreichend erfüllen zu können.“

Welche öffentliche Wirkung kann man von einer Entschließung des Ärztetages erwarten? Zumindest das Presseecho lässt vermuten, dass die zentrale Botschaft angekommen ist. So titelte die aufgabenstarke Ärztezeitung in einem Leitartikel vom 28. Mai leidenschaftlich: „Rettet die ‚Hausärzte fürs Volk!‘“ Der Verfasser warnte, wenn sich nichts ändere, könnten „sich die Politiker ihre Präventionsstrategien schenken“. Denn wer die Prävention im Land ausbauen wolle, brauche die Bevölkerungsmedizin. „Und die funktioniert nicht ohne Amtsärzte.“ Auch andere Leitmedien wie das Deutsche Ärzteblatt berichteten ausführlich.

Auf politischer Ebene hat einen Monat nach dem Ärztetag die 87. Gesundheitsministerkonferenz (erneut) „eine Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes beschlossen.“ Derartige Beschlüsse nehmen allerdings lediglich den Rang von Absichtserklärungen ein. Einen finanzwirksamen Beschluss gab es allerdings ebenfalls im Juni in Sachsen. Die Staatsregierung gab die Fortführung des Sonderprogramms zur Qualitätssicherung im Öffentlichen Gesundheitsdienst für weitere zehn Jahre bekannt. Mit dem Sonderprogramm erhalten die Gesundheitsämter des Freistaates eine anteilige Finanzierung der entstehenden Personalkosten für die Weiterbildung von Fachärzten für Öffentliches Gesundheitswesen. Diese wird mit bis zu 2.290 Euro pro Monat und Teilnehmer gefördert. Die östlichen Bundesländer haben als erste den de-



mografischen Wandel zu spüren bekommen und sind auch die ersten, die Gegenmaßnahmen entwickeln.

Der sich immer deutlicher abzeichnende Fachkräftemangel bei Medizinern führt zu wachsender Konkurrenz zwischen Arbeitgebern sowie zwischen Regionen. Noch in den neunziger Jahren, als Rezepte gegen die sogenannte „Ärztenschwemme“ gesucht wurden, sahen sich junge Fachärzte mit einem Karriere- bzw.

Die Gesundheitsämter in Sachsen erhalten eine anteilige Finanzierung der entstehenden Personalkosten für die Weiterbildung von Fachärzten für ÖGW.

Niederlassungs-Stau konfrontiert. Heute lockt so manche Klinik abseits der Ballungszentren mit außertariflicher Bezahlung und Top-Aufstiegchancen. Sich in diesem Umfeld als Arbeitgeber Gesundheitsamt zu behaupten, ist sicherlich eine Herausforderung.

Für die Ständesorganisationen ist klar: Hauptursache für das Nachwuchsproblem ist die unzureichende Vergütung. Doch so berechtigt die Forderung sein mag – die Rechnung „mehr Geld = mehr Ärzte“ geht nicht unbedingt auf, wie die bisherigen Erfahrungen mit der Förderung der Allgemeinmedizin zu zeigen scheinen. Ginge es lediglich um

Verdienstmöglichkeiten, müssten sich Hausarztpraxen in Mecklenburg-Vorpommern vor Bewerbern nicht retten können. Das ist nicht der Fall. Entscheidungen über die berufliche Laufbahn sind komplex. Individuelle Präferenzen spielen eine große Rolle, ebenso wie das Image einer Fachrichtung.

Im „Berufsmonitoring Medizinstudenten“, einer 2010 durchgeführten bundesweiten Befragung mit über 12.000 Teilnehmern, konnten sich 81 Prozent keine spätere Tätigkeit als Ärztin oder Arzt im ÖGD vorstellen. Unbeliebtere Arbeitgeber waren nur die (finanziell eher attraktive) Pharmaindustrie und die Krankenkassen. Vermutlich hat der ÖGD ein ähnliches Problem wie die Allgemeinmedizin: Was man nicht kennt, lernt man nicht ohne Weiteres schätzen. Forderungen wie eine bessere Einbindung des Arbeitsplatzes Gesundheitsamt in die Aus- und Weiterbildung könnten Abhilfe schaffen. Der Kampf gegen hartnäckige Klischees vom ÖGD, auch innerhalb der Medizin, ist eine weitere nicht zu unterschätzende Aufgabe.

Kommunikation wird ein zentrales Thema des nächsten Ärztetages 2015. Die meisten Delegierten werden sich Gedanken über das Arzt-Patient-Verhältnis machen. Unterdessen könnten die „Hausärzte fürs Volk“ Ideen sammeln, wie sie ihrem Patienten – der Öffentlichkeit – den Nutzen ihrer Tätigkeit näher bringen wollen.

Miguel Tamayo

Danke fürs Mitmachen!

Die Online-Umfrage zum 30-jährigen Jubiläum des Blickpunkts endete am 15. Juli. Insgesamt 231 Personen haben sich beteiligt. Ein herzliches Dankeschön an sie alle! Wer mitmachte, konnte aber auch etwas gewinnen – ein hochwertiges Tablet von Lenova. Dieses Tablet wurde nun unter allen Teilnehmern verlost. Die glückliche Gewinnerin ist: Carmen Menzel, Ärztin am Gesundheitsamt in



Rotenburg/Wümme. Wir gratulieren! Über die Ergebnisse der Online-Umfrage informiert der Blickpunkt ausführlich in der nächsten Ausgabe 4/2014.

est

Anschauen lohnt sich

Wie schütze ich mich und meine Familie vor einer Zombie-Pandemie?

Die US-amerikanischen „Centers for Disease Control and Prevention“ (CDC) wissen Rat: In einem Comic vermittelt die Gesundheitsbehörde auf unterhaltsame Weise ihr Vorgehen im Katastrophenfall und regt an, durch das Zusammenstellen eines Notfallpakets selbst einen Beitrag zur Prävention zu leisten.

Die Story: Das mutierte Virus „Z5N1“ verwandelt Menschen in gewalttätige Zombies. Todd und Julie, die Protagonisten der Geschichte, müssen in ihrem Haus ausharren und auf Hilfe warten, während draußen die Zivilisation untergeht. Doch in Atlanta läuft die Entwicklung eines Impfstoffes auf Hochtouren...

Mit diesem Edutainment-Konzept verknüpfen die Autoren geschickt Fiktion und reale Prävention. CDC-Direktor Dr. Ali Khan: „Wenn Sie sich für eine Zombie-Apokalypse ausrüsten, sind Sie auch gut vorbereitet für einen Hurrikan, eine Pandemie, ein Erdbeben oder einen Terroranschlag.“

<http://www.cdc.gov/phpr/zombies.htm>



mt

Auszeichnungen

Michael Schäfer

Michael Schäfer, Zahnarzt am Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf, erhielt am 14. März dieses Jahres das Bundesverdienstkreuz. In der Begründung zur Ordensverleihung hieß es: Nicht nur in seinem Hauptberuf engagiere sich Dr. Michael Schäfer mit großem Erfolg für die soziale und präventive Zahnheilkunde, sondern seit vielen Jahren auch ehrenamtlich. Seine Arbeit zeichne sich durch überragende fachliche Kompetenz und eine faire, ausgleichende Art aus. Auch die Kollegen im ÖGD sind stolz auf die Auszeichnung, denn dass „einer von uns“ (Claudia Sauerland) das Bundesverdienstkreuz für seine Bemühungen um die Verbesserung der öffentlichen Gesundheitsvorsorge erhalten habe, sei etwas Besonderes.

est

Alexander W. Friedrich

Die Johann-Peter-Frank-Medaille, die höchste Auszeichnung, die der BVÖGD zu vergeben hat, ging in diesem Jahr an den Hygieniker und Mikrobiologen Alexander W. Friedrich von der „Reichsuniversität Groningen“. Sie wurde am

15. Mai auf dem ÖGD-Kongress in Magdeburg feierlich überreicht. Professor Friedrich wurde für sein konsequentes Vorgehen in der Bekämpfung antibiotikaresistenter Keime geehrt: Getreu dem Motto: „Infektionserreger kennen keine Grenzen – und so muss es auch beim Infektionsschutz sein“ habe Alexander Friedrich die regionen- und länderübergreifende Zusammenarbeit initiiert und koordiniert. Die Netzwerke „MRSA-net“ und „EurSafety Health-net“ seien mit seinem Namen verbunden und stellten einen wichtigen Schritt auf dem Weg zu einer erfolgreichen Bekämpfung von Infektionskrankheiten dar.

PM

Bahn spezial – preisgünstig, bequem und klimafreundlich zu Veranstaltungen der Akademie anreisen



Seit Juni können Sie mit der DB ab 99 € bundesweit zu Veranstaltungen der Akademie anreisen. Informieren Sie sich auf unserer Homepage!

Bitte vormerken!

Am 26. November findet die 15. Jahrestagung der Akademie statt. Das Thema lautet 2014: „Networking Verbraucherschutz – Humanmedizin und Veterinärmedizin gemeinsam aktiv im ÖGD“. Lebensmittelbezogene Infektionen sind nur ein Beispiel von vielen, die zeigen, wie wichtig die Zusammenarbeit in den Bereichen Gesundheits- und Verbrau-

cherschutz ist. Die Veranstaltung will daher den interdisziplinären Dialog anstoßen und die Fragen erörtern, ob bzw. wie vorhandene Strukturen bestärkt oder optimiert werden können und welche Vernetzungen zwischen human- und veterinärmedizinischen Aufgaben weiterentwickelt werden sollten. Näheres zum Detailprogramm unter: www.akademie-oegw.de

Mehrsprachige Informationen

MERS-Coronaviren

Auf der arabischen Halbinsel sind in der ersten Jahreshälfte vermehrt Infektionen mit MERS-Coronaviren aufgetreten. Ein neuer Erregersteckbrief stellt die relevanten Informationen über die Übertragungswege, Symptome und Schutzmöglichkeiten sowie aktuelle epidemiologische Entwicklungen zusammen. Übersichtlich und leicht verständlich gestaltet, steht der Erregersteckbrief als PDF-Dokument auf der Internetseite www.infektionsschutz.de zum Download bereit – auf Deutsch, Türkisch, Russisch, Englisch, Französisch und Arabisch. Gesundheitsämter können ihn mit dem eigenen Stempel versehen und an Interessierte, insbesondere Reisende in die betroffenen Länder, ausgeben. Die Erregersteckbriefe sind ein gemeinsames Service-Angebot des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Fachlich werden die Informationen mit dem Robert-Koch-Institut abgestimmt.

PM

Impfen und Diabetes

Das Ethnomedizinische Zentrum in Hannover bietet ebenfalls neue mehrsprachige Informationen: einen Wegweiser zum Thema Impfen und einen Leitfaden zur Volkskrankheit Diabetes. Der Impfwegweiser ist in 16 Sprachen verfügbar – aufgrund vielfacher Nachfrage der Gesundheitsämter jetzt auch auf Bulgarisch und Rumänisch. Der Leitfaden „Diabetes – Informieren, Vorbeugen, Handeln“ wurde in neun Sprachen übersetzt. Vorrangige Adressaten sind Gesundheitsämter, Krankenkassen und Arztpraxen, aber auch andere können, wenn Interesse besteht, die Broschüren kostenfrei bestellen (bei mehreren Exemplaren gegen Erstattung der Portogebühren), entweder per E-Mail: ethno@onlinehome.de oder telefonisch: 0511/16 84 10 20. Außerdem gibt es die Möglichkeit des Downloads auf der Internetseite www.ethno-medizinisches-zentrum.de bzw. www.mimi-impfen.de (Impfwegweiser).

est

Q-lumne

Ich durfte in den 117. Deutschen Ärztetag hineinschnuppern und habe daher mit noch größerem Interesse als bisher die Dokumentation dazu im Deutschen Ärzteblatt gelesen. Es ging u. a. auch immer wieder um Qualität. Insbesondere in der Diskussion um die Gründung eines neuen Qualitätsinstituts, dem die Aufgabe zufallen soll, Qualitätskriterien für das Gesundheitswesen zu erarbeiten. Der Sinnhaftigkeit eines solchen Unterfangens mag niemand widersprechen. Das „Wie“ ist die Gretchenfrage und diese ist nicht nur – aber besonders – für den Gesundheitssektor schwer zu beantworten. Denn Qualität hat viele Perspektiven, z. B. Patient, Arzt, Pflegekraft, Verwaltungskraft, Geldgeber usw. Und natürlich treffen viele Äußerung auch auf dem Deutschen Ärztetag ins Schwarze, wenn davor gewarnt wird, dass durch Vorgaben unter dem Titel der Qualitätssicherung Wettbewerb betrieben, der Ökonomisierung des Gesundheitswesens Vorschub geleistet werde. Falls Sie das Heft 23/24 diesbezüglich vielleicht noch nicht so studiert haben sollten, möchte ich Sie dazu anregen. Denn was dort formuliert wurde, kann uns allen in unseren täglichen Bemühungen für eine gute Qualität die zentralen Fragen immer wieder vor Augen führen und damit Leitstruktur für unser Denken und Tun sein. Auch wenn es einen weiten, einen mühseligen und wahrscheinlich einen nie endenden Weg bedeutet, wenn wir uns der Qualität unseres Tuns zuwenden, so ist dieser Weg wichtig, er ist evident! Und keiner ist auf diesem Wege allein unterwegs – auch wenn manche gerne vorneweg laufen, die Richtung vorgeben wollen – es darf auch mal gebremst, die Richtung kritisch hinterfragt und ein eingeschlagener Weg verlassen werden. Denn sonst wird Qualitätsarbeit doch wieder mal zu einer Quälarbeit...schade drum.

H. L. Graß
grass@akademie-oegw.de

Impressum

Herausgeber und Vertrieb:
Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Kanzlerstraße 4, 40472 Düsseldorf
Tel. (0211)31096-0, Fax (0211)31096-69
Internet: www.akademie-oegw.de
Die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen ist eine öffentlich-rechtliche Anstalt der Länder Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein.

Redaktion:
Ellen Steinbach (v. i. S. d. P.),
E-Mail: steinbach@akademie-oegw.de
Petra Münstedt
E-Mail: muenstedt@akademie-oegw.de
Miguel Tamayo
E-Mail: miguel.tamayo@gmx.de

Grafik-Design:
Franziska Müller
E-Mail: franziska.mueller@akademie-oegw.de

Anzeigen
Ellen Steinbach
Druck: druckservice düsseldorf medienfabrik
Auflage: 4300, Ausgabe: August 2014
Erscheinungsweise: vierteljährlich
Blickpunkt öffentliche Gesundheit ist ein Forum der freien Meinung. Deshalb stellt nicht jeder Beitrag auch die Meinung der Redaktion oder des Herausgebers dar.

Redaktionsschluss für die Ausgabe 4/2014 ist der 1. Oktober 2014
Beiträge für den Blickpunkt bitte als unformatiertes Word-Dokument per E-Mail an die Redaktion schicken. Die Blickpunkt-Redaktion behält sich vor, eingehende Beiträge zu kürzen und/oder redaktionell zu überarbeiten.
Nachdruck, auch auszugsweise, nur unter Angabe der Quelle.
ISSN 0177-7165

OctoWare® TN Gesundheit

Modulares Softwaresystem für den öffentlichen Gesundheitsdienst



Amts- und Vertrauensärztlicher Dienst

Betriebsmedizinischer Dienst

Medizinalstatistik

GUTACHTEN



Infektionsschutz
Tuberkulosefürsorge

Trinkwasser
Beckenbäder und Badeegewässer

Kommunalhygiene



Sozialpsychiatrischer Dienst

Suchtberatung

Mortalitätsstatistik



Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Zahnärztlicher Dienst

Schutzimpfungen



easy-soft GmbH Dresden
Fetscherstraße 32/34 | 01307 Dresden
Telefon +49 351 25506-0
info@easy-soft.de | www.easy-soft.de

es easy-soft
SOFTWARE AUS DRESDEN

Nachgefragt

Die berühmten ersten 100 Tage als neue Leiterin der Akademie waren noch nicht verstrichen, als wir Ute Teichert um ein Interview für unsere Rubrik „Nachgefragt“ baten. Es waren gerade mal 80 Tage. Aber vielleicht dennoch Zeit genug, um das Terrain zu erkunden und zu überlegen, in welche Richtung es gehen soll. Welchen Herausforderungen muss sich die Akademie ihrer Meinung nach stellen? Was hat sich in der umgebenden „Landschaft“ verändert? Womit kann die Mehrländereinrichtung punkten? Ein Gespräch über die Bedeutung von beruflichen Kontakten, das Vernetzen und Kooperationen.

Frau Teichert, seit Anfang April sind Sie neue Leiterin der Akademie für ÖGW. Was hat Sie in den ersten 80 Tagen überrascht; was hat Sie erfreut? Als Fachärztin für ÖGW war die Akademie mir nicht unbekannt. Dennoch hat mich die Aufmerksamkeit, die der Akademie entgegengebracht wird, überrascht. Viele Leute haben mich im Vorfeld kontaktiert, haben mir Unterstützung und Hilfe angeboten, aber auch zum Teil konstruktive Kritik geäußert. Das habe ich so nicht erwartet. Ebenfalls überrascht hat mich der große Dozentenpool, auf den die Akademie zurückgreifen kann. Es sind deutlich mehr Kontakte, als ich anfangs erwartet hatte. Diese hohe Wertschätzung und Akzeptanz freut mich. Sie bestätigt, welchen hohen Stellenwert die Akademie in der ÖGD-Welt hat.

Für mich entscheidend ist die Qualifikation, nicht das Geschlecht. Das ist wohl die Hauptaussage zu dem Thema. Andererseits ist der Frauenanteil im ÖGD sehr hoch, so ist es eigentlich logisch, dass Frauen in Führungspositionen kommen.

2010 haben Sie den Vorsitz im BVÖGD übernommen, jetzt die Leitung der Akademie, als erste Frau in beiden Funktionen. Muss man von einer genderspezifischen Zäsur im öffentlichen Gesundheitsdienst sprechen oder ist den Männern schlicht die Puste ausgegangen?

Für mich entscheidend ist die Qualifikation, nicht das Geschlecht. Das ist wohl die Hauptaussage zu dem Thema. Andererseits ist der Frauenanteil im ÖGD sehr hoch, so ist es eigentlich logisch, dass Frauen in Führungspositionen kommen. Bezogen auf das Verhältnis Frauen im ÖGD zu Frauen in Führungspositionen im ÖGD besteht aber durchaus noch Nachholbedarf. Ich hoffe, mit meiner Person als gutes Beispiel vorangehen zu können.

Bundesverband ÖGD und Akademie für ÖGW, das sind zwei Paar Schuhe: Wie halten Sie die Balance?

Es sind zwar zwei Paar Schuhe, aber mit Schnürsenkeln, die in beide passen. Der Bundesverband richtet jährlich einen wissenschaftlichen Kongress aus. Die Schnittmenge zu dem, was an der Akademie passiert, ist folglich sehr groß. Es gibt entsprechende Kontakte, man kennt die Leute und hat die Chance, in Richtung Akademie Akzente zu setzen, die später in die Aus-, Fort- und Wei-

terbildung einfließen. Ich sehe da weniger Divergenzen als vielmehr Synergieeffekte.

Nachfrage: Sollte die Akademie stärker in der Gestaltung des Kongresses präsent sein?

Ich fände es gut, wenn die Akademie auf verschiedenen Veranstaltungen ihrer Zielgruppen präsent ist. Das betrifft nicht nur den Kongress des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, ich denke auch an den Kongress Armut und Gesundheit und an andere fachspezifische Kongresse wie die Jahrestagung der DGSM (Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention), auf denen Zielgruppen des ÖGD präsent sind. Eine aktive Teilnahme der Akademie wäre sehr wertvoll.

Was sind die wichtigsten Punkte auf Ihrer Agenda, die Sie in den anstehenden sechs Jahren in und mit der Akademie umsetzen möchten?

Ganz wichtig finde ich, dass man die Akademie als ÖGD-Plattform und Mehrländereinrichtung zum länderübergreifenden Austausch, auch zwischen den einzelnen Berufsgruppen, nutzt und ihre Präsenz nach außen verstärkt. Die Akademie als vernetzte Serviceeinheit für das öffentliche Gesundheitswesen zu positionieren, das finde ich eine ganz spannende Vision. Die Akademie sollte eine „nachhaltige“ Adresse für die Berufe im ÖGW sein. Das heißt: Ich möchte schon, dass die Leute, die zu uns kommen, nicht nur ein aktuelles Angebot nutzen, also kommen und wieder gehen, sondern dass sie die Akademie als eine Institution erleben, die sie in ihrem Berufsleben dauerhaft begleitet. Die Akademie bietet die Möglich-

Die Akademie als vernetzte Serviceeinheit für das öffentliche Gesundheitswesen zu positionieren, das finde ich eine ganz spannende Vision.

keit, sich fächer- und länderübergreifend zu vernetzen, und diesen Prozess sollten wir aktiv unterstützen. Daraus können wichtige Impulse für den Arbeitsalltag abgerufen werden können.

Die Akademie – eine Orientierung gebende Institution für den ÖGD?

Die Akademie, getragen von sechs Bundesländern, hat prinzipiell die Möglichkeit, die länderübergreifende Diskussion anzustoßen. Ob im Bereich Qualitätsmanagement im ÖGD oder wenn es um Fragen der Qualitätssicherung im Gutachtenbereich oder bei den infek-

tionshygienischen Überwachungen geht, – hier ist es sinnvoll, im Sinne einer länderübergreifenden Vereinheitlichung, Impulse zu setzen oder Vorschläge zu machen. Wie das im Einzelnen aufgenommen wird, ist dann noch eine ganz andere Frage.

Wie kann die Akademie ihre Anschlussfähigkeit an bestehende universitäre Public Health Zusatzqualifikationen und gesundheitswissenschaftliche Studiengänge wahren? Ganz aktuell bin ich dabei, eine Bestandsaufnahme zu machen. Universitäten haben sich gewandelt, Studienbedingungen verändert. Durch den Bologna-Prozess gibt es nun Bachelor und Master-Studiengänge. In welcher Form sich hier für die Akademie neue Optionen ergeben, kann ich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht sagen. Ich halte es aber für sinnvoll, das auszuloten. In München

Ich möchte schon, dass die Leute, die zu uns kommen, nicht nur ein aktuelles Angebot nutzen, also kommen und wieder gehen, sondern dass sie die Akademie als eine Institution erleben, die sie in ihrem Berufsleben dauerhaft begleitet.

gibt es die Kombination mit dem Public Health-Studiengang in Richtung Public Health Administration, das ist eine ganz spannende Geschichte. Ob sich das auch hier realisieren lässt, werde ich prüfen. Erste Gespräche mit der Universität Düsseldorf haben stattgefunden. Intensive Kontakte gibt es auch zum Internationalen Public Health-Studiengang der Universität Maastricht. Ich denke, dass wir auf einem guten Weg zu einer gemeinsamen Kooperation sind.

Martin McKee hat im European Journal of Public Health 7 Leitziele für eine Public Health-Ausbildung im 21. Jahrhundert formuliert. Ist das Curriculum der Weiterbildung zum Facharzt für ÖGW noch auf der Höhe der Zeit?

Das jetzt vorliegende Curriculum ist sicherlich überarbeitungsbedürftig. Zum einen, weil man es anhand solcher Kriterien noch einmal überprüfen muss: Sind diese Leitziele überhaupt berücksichtigt? Ich würde sagen, nein, soweit mir bekannt ist. Zum anderen wird derzeit die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer überarbeitet. Dies allein wird eine dringende Anpassung des Curriculums erfordern. Die Akademie ist an dem Prozess auf jeden Fall beteiligt.



Foto: privat

Soziale Medien und Online-Lernangebote eröffnen neue Plattformen ‚lebenslangen Lernens‘ – fächer- und regionenübergreifend im internationalen Diskurs, zeit- und ortsunabhängig in Echtzeit. Ist die Akademie darauf eingestellt? Stichwort: e-learning.

Die Entwicklung geht in die Richtung, da kann man sich nicht verschließen. Erste Ideensammlungen sind dazu schon gemacht. Die Ärztekammer Nordrhein steht dieser Entwicklung sehrgeschlossen gegenüber. Wir haben überlegt, vielleicht ein gemeinsames Projekt anzuschließen. Eine adäquate technische Ausstattung ist dafür aber unabdingbar. Erste Gespräche hierzu haben innerhalb der Akademie bereits stattgefunden. Notwendige Investitionen sind allerdings nicht immer kurzfristig umsetzbar. Und ganz klar ist: E-learning kann den notwendigen Erfahrungsaustausch vor Ort, sei es auf den Veranstaltungen der Akademie oder auch auf den wissenschaftlichen Kongressen des BVÖGD, zwar ergänzen, aber kann ihn keinesfalls ersetzen.

Noch einmal Martin McKee. Sein Grundtenor ist: Public Health braucht mehr von dem, was im Englischen als Leadership bezeichnet wird. Mehr Professionelle, die neben fachlicher Expertise fähig sind, sich für Belange der Gesundheit engagiert und öffentlich einzusetzen.

Ich wünsche mir sehr, dass wir wieder Angebote wie die Führungswerkstatt der Akademie in unser Veranstaltungsprogramm aufnehmen. Die Akademie hatte das Angebot ja in der Vergangenheit und Vergleichbares gibt es in der öffentlichen Verwaltung nicht. Führungseminare in regionalen und kommunalen Verwaltungen werden auf verschiedenen Ebenen nur in allgemeiner Form angeboten, aber speziell für Führungsaufgaben im ÖGD gibt es da kaum etwas. Es wäre eine reizvolle Aufgabe für die Akademie, dieses Feld wieder zu bestellen und eine wertvolle Unterstützung für die Kollegen. Denn, was Martin McKee anregt, ist ja nichts,

was man den Leuten überstülpen kann. Es ist nichts, was angelesen werden kann, es muss erarbeitet werden. Es erfordert die Auseinandersetzung mit der eigenen Person und die Bereitschaft, sich weiter zu entwickeln. Das geht nur, wenn man an sich arbeitet. Dafür braucht es Unterstützung und das kann ein Führungskräfte-Training der Akademie leisten.

Was würde ein Präventionsgesetz dem öffentlichen Gesundheitsdienst bringen?

Wenn in dieser Legislaturperiode ein solches Gesetz in Kraft träte und der ÖGD dort Berücksichtigung fände, dann wäre das sicher ein Meilenstein. Dadurch eröffneten sich dem öffentlichen Gesundheitsdienst neue, ganz andere Finanzierungsstränge für die kommunale Gesundheitsförde-

Die Akademie, getragen von sechs Bundesländern, hat prinzipiell die Möglichkeit, die länderübergreifende Diskussion anzustoßen.

rung. Gelder aus der gesetzlichen Krankenversicherung, die auf lokaler Ebene durch den ÖGD für Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung genutzt werden können – das wäre sicherlich, von wenigen bisherigen Ausnahmen abgesehen, ein Novum. Deswegen müssen wir uns dafür einsetzen, dass der ÖGD explizit in das Gesetz mit hineinkommt.

Dann hoffe ich, dass das irgendwann einmal Realität wird. Vielen Dank für das Gespräch!

Das Interview führte unser ehemaliger Kollege, Klaus D. Plümer. Er war über viele Jahre an der Akademie als Referent für Gesundheitsförderung und Management tätig und kennt Ute Teichert als Teilnehmerin der Führungswerkstatt.

Sprachförderung oder Sprachtherapie? Welches Kind braucht was?

In den Medien ist die wachsende Zahl der Therapien für Kinder seit längerem ein Thema. Beispiel: Sprachtherapie. Laut Heilmittelbericht des Wissenschaftlichen Instituts der AOK benötigten 2012 etwa 25 Prozent der AOK-versicherten sechsjährigen Jungen eine Sprachtherapie, bei den sechsjährigen Mädchen waren es 16,8 Prozent. Hohe Zahlen, die überraschen und auch Zweifel hervorrufen: Kann es sein, dass jedes vierte sechsjährige Kind an einer therapiebedürftigen Sprachentwicklungsstörung leidet? Studien und Untersuchungen belegen das nicht. Sie nennen eine Zahl von zehn bis fünfzehn Prozent in jedem Jahrgang, unabhängig von der Muttersprache. Wenn heute 25 bis 30 Prozent der Schulanfänger logopädisch behandelt würden, dann stimme da etwas nicht, kommentierte selbst die Präsidentin des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie, Christiane Hoffschmidt, 2013 in einem Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt. Was unstrittig zugenommen habe, seien umgebungsbedingte Sprachauffälligkeiten durch ein schlechtes Sprachangebot oder Migration. Hier sei jedoch keine Therapie – eine medizinische Leistung – nötig, sondern eine bessere Förderung im Alltag. Und dies ist eine pädagogische Aufgabe. Sprachförderung oder Sprachtherapie? Welches Kind braucht was? Und wie setzt man es um? Über die „Frühkindliche Sprachförderung“ mit all ihren Facetten wird zurzeit intensiv diskutiert. Auch der Öffentliche Gesundheitsdienst hat dazu Stellung bezogen, wie das aktuelle Konsensuspapier „Empfehlungen zu bundeseinheitlichen Sprachstandserhebungen und Sprachförderung in Kindertagesstätten“ zeigt.

Fünf Berufsverbände haben das Konsensuspapier am 20. März 2014 unterzeichnet - neben dem „Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst“, der „Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte“, der „Deutscher Bundesverband für Logopädie“, der „Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten“ sowie die „Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik“.

Plädoyer für ein bundeseinheitliches Gesamtkonzept

Ihr gemeinsames Anliegen: die Einführung eines bundesweit einheitlichen Verfahrens, das eine differenzierte Diagnostik und eine gezielte Förderung oder Therapie sicherstellt. Nur ein bundesweites Gesamtkonzept unter multiprofessioneller Beteiligung (Ärzte, Erzieher, Sprachheilpädagogen und -therapeuten) könne dazu beitragen, die Fragen, wo ein Kind in seiner sprachlichen Entwicklung steht, ob sie altersgerecht ist, und falls nicht, ob das Kind eine pädagogische oder therapeutische Förderung braucht, klarer und einheitlicher als bisher zu beantworten. Neben standardisierten Sprachentwicklungsscreenings regen die Unterzeichner des Konsensuspapiers auch bundesweit vergleichbare Kriterien bei der Sprachförderung an. Sie soll auf die individuellen Bedürfnisse des Kindes ausgerichtet sein und möglichst früh einsetzen (siehe: <http://bvoegd.de/presse/>).

Wichtig: früh diagnostizieren und handeln

Das frühzeitige Handeln ist ein ganz wichtiger Aspekt in der Diskussion um die optimale Sprachförderung. Denn darin sind sich alle Fachleute einig: Je früher die Sprachfähigkeit von Kindern in ihrem ganz normalen Alltag gefördert wird, umso besser. Gleiches gilt für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen, die von einer allgemeinen Sprachförderung nicht ausreichend profitieren. Sie brauchen zusätzlich bzw. stattdessen eine therapeutische Behandlung. Und je eher diese beginnt, umso we-

niger Behandlungseinheiten sind nötig, betonen die Logopäden. Werden sprachliche Probleme erst unmittelbar vor der Einschulung festgestellt, hat man wertvolle Zeit vertan. Die hohe Zahl logopädischer Verordnungen um das sechste Lebensjahr, die die Heilmittelberichte der Krankenkassen aktuell verzeichnen, sehen die Sprachexperten daher sehr kritisch. Zum einen weil, wie schon dargestellt, die Abgrenzung zwischen Sprachauffälligkeiten (allgemeinem Sprachförderbedarf) und therapiebedürftiger Sprachstörung offensichtlich nicht einfach ist, zum anderen weil Verordnungen für Kinder, die an einer Sprachentwicklungsstörung leiden, dann eigentlich zu spät kommen.

Schlechtes Zeugnis für Sprachtests

Sprachlichen Problemen so früh wie möglich gegenzusteuern, war und ist ein unstrittiges bildungspolitisches Ziel. Denn Sprache bzw. sprachliche Kompetenz ist nicht nur eine wichtige Voraussetzung für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, sie ist auch eine Schlüsselqualifikation für den schulischen Erfolg. Fast alle Bundesländer haben in den letzten Jahren Sprachstandsverfahren eingeführt. Viele, um rechtzeitig vor Schuleintritt den sprachlichen Entwicklungsstand der vier- bis fünfjährigen Kinder festzustellen und eventuell erforderliche Fördermaßnahmen einzuleiten; einige untersuchen deutlich später. Bundesweit sind 21 (!) Testverfahren im Einsatz. Doch ihnen hat eine Studie des Kölner Mercator-Instituts für Sprachförderung und Deutsch als Zweitsprache (www.mercatorinstitut-sprachfoerderung.de/mediathek/publikationen.html) im Herbst 2013 kein gutes Zeugnis ausstellen können – siehe Grafik. Die Wissenschaftler identifizierten bei den meisten Tests einen deutlichen Nachbesserungsbedarf hinsichtlich der Qualitätskriterien Objektivität, Validität und Berücksichtigung von Mehrsprachigkeit. Eine je nach Bundesland zwischen zehn und 50 Prozent

schwankende Förderquote weise daraufhin, dass der tatsächliche Sprachförderbedarf nicht objektiv und vergleichbar ermittelt werde. Uwe Neugebauer, verantwortlicher Autor der Studie, brachte es jüngst im Rahmen eines Arbeitstreffens („Forum Sprache“ am 17. Juni 2014 in Stuttgart) so auf den Punkt: „Es liegt am Instrument“. Es würden nicht nur zu viele unterschiedliche Instrumente genutzt, man müsse sich auch das einzelne Messinstrument genauer anschauen. Als ein Beispiel führte er den Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder „SETK 3-5“ an. Die Normstichprobe für den Sprachentwicklungsstand der Vierjährigen seien vor 10 Jahren 63 Kinder aus Bielefeld gewesen. Wie gut repräsentiere diese Stichprobe die Gesamtheit der heute Vierjährigen? Der Wissenschaftler rät daher dringend zur Vorsicht bei der Interpretation der Testergebnisse.

Die Unzufriedenheit mit den vorschulischen Sprachtests wächst und Kritik an dem un-

einheitlichen Verfahren gibt es bereits seit längerem. Bund und Länder haben mehrfach angekündigt, einheitliche Standards für Sprachstandserhebungen zu entwickeln. Mit der ersten empirischen Überprüfung aller bundesweit eingesetzten Testverfahren wurde jetzt ein weiterer Anstoß dazu gegeben.

Politik reagiert

Und die Politik reagiert. Die neue rot-grüne Landesregierung in NRW hatte bereits vor Veröffentlichung der Ergebnisse der Mercator-Studie das Ende des Kita-Sprachtests „Delfin 4“ beschlossen (Teil der Reform des Kinderbildungsgesetzes) und sah sich im November letzten Jahres in diesem Entschluss bestätigt. Denn „Delfin 4“ erfüllte nur 13 der definierten 32 Qualitätsmerkmale in der Mercator-Studie, was einen schlechten 16. Platz bedeutete. Mit Ablösung der bisherigen Sprachstandserhebung in den nordrhein-westfälischen Kitas soll nun auch die allgemeine Sprachförderung im Elementarbereich insgesamt neu ausgerichtet werden. Diskutiert wird, wie standardisierte und bewährte Beobachtungsverfahren in den Alltag der Kitas integriert werden können. Im Gespräch sind Tests zu verschiedenen Zeitpunkten und spezielle Testverfahren für Kinder, deren Muttersprache nicht deutsch ist. Die nordrhein-westfälische Landesregierung sieht zukünftig vor allem die Erzieherinnen in einer zentralen Rolle, wenn es um allgemeine Sprachförderung geht. Das setzt allerdings genug und vor allem entsprechend qualifiziertes pädagogisches Personal in den Kitas voraus.

ÖGD bei Expertenanhörung in NRW

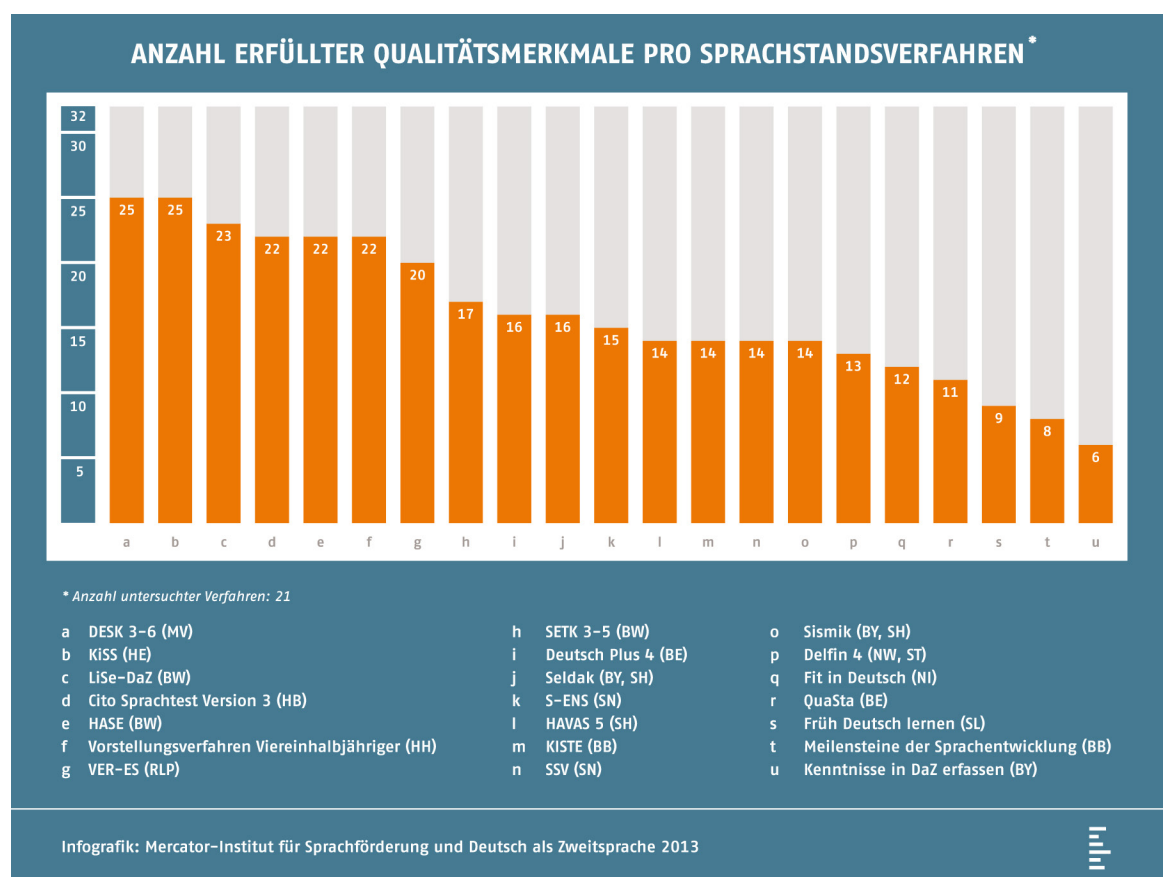
Zu der Expertenanhörung im Landtag zum Thema „Sprachliche Bildung geschieht im Alltag – Sprachförderung im Elementarbereich neu ausrichten“ waren auch die Vertreter des ÖGD eingeladen. Sie verliehen ihrer Sorge Ausdruck, dass bei der Fokussierung auf eine allgemeine alltagsintegrierte Sprachförderung – so sehr sie zu begrüßen sei – jene Kinder aus dem Blick geraten könnten, die zusätzlich einen medizinischen Unterstützungsbedarf haben. Zugleich nutzten sie die Chance, deutlich zu machen, welchen Beitrag der ÖGD mit seinem kinder- und jugendärztlichen Dienst (KJGD) bei der Neuausrichtung der frühkindlichen Sprachförderung leisten kann. Der KJGD verfüge in diesem Bereich über viel Erfahrung – durch vergleichbare Untersuchungen vor Schulbeginn und dadurch, dass im KJGD (oder in dessen Auftrag) neben Kinder- und Jugendärzten auch Sprachheilpädagogen, Logopäden oder Sprachtherapeuten arbeiteten. Und: Der ÖGD sei als unabhängige Institution frei von eigenen wirtschaftlichen Interessen. Ein nicht zu vernachlässigendes Argument, wenn man bedenkt, dass es in dem Bereich der Sprachförderung und Sprachtherapie auch um viel Geld geht.

reich neu ausrichten“ waren auch die Vertreter des ÖGD eingeladen. Sie verliehen ihrer Sorge Ausdruck, dass bei der Fokussierung auf eine allgemeine alltagsintegrierte Sprachförderung – so sehr sie zu begrüßen sei – jene Kinder aus dem Blick geraten könnten, die zusätzlich einen medizinischen Unterstützungsbedarf haben. Zugleich nutzten sie die Chance, deutlich zu machen, welchen Beitrag der ÖGD mit seinem kinder- und jugendärztlichen Dienst (KJGD) bei der Neuausrichtung der frühkindlichen Sprachförderung leisten kann. Der KJGD verfüge in diesem Bereich über viel Erfahrung – durch vergleichbare Untersuchungen vor Schulbeginn und dadurch, dass im KJGD (oder in dessen Auftrag) neben Kinder- und Jugendärzten auch Sprachheilpädagogen, Logopäden oder Sprachtherapeuten arbeiteten. Und: Der ÖGD sei als unabhängige Institution frei von eigenen wirtschaftlichen Interessen. Ein nicht zu vernachlässigendes Argument, wenn man bedenkt, dass es in dem Bereich der Sprachförderung und Sprachtherapie auch um viel Geld geht.

KiSS – ein Modell auch für andere?

Diese beiden Aspekte, Fachlichkeit und Unabhängigkeit des KJGD, hat sich beispielsweise das hessische Kindersprachscreening KiSS zunutze gemacht. Bei der Sprachstandserfassung für vier- bis viereinhalbjährige Kinder in den hessischen Kitas spielen die Gesundheitsämter eine wichtige Rolle. Sie sind das Bindeglied zwischen der zentralen Koordinierungsstelle des Projektes und den Kitas. Das heißt: Die zentrale Koordinierungsstelle qualifiziert die bei den Gesundheitsämtern in der Regel auf Honorarbasis tätigen Sprachheilpädagogen, Logopäden oder Sprachtherapeuten mit einem

Fortsetzung auf Seite 5





Fachberatung für Kitas und Eltern

Was machen eigentlich kommunale Sprachheilbeauftragte? Das auf Seite 4 vorgestellte Sprachscreening KiSS setzte von Anfang an auf die Mitwirkung dieser Sprachheilbeauftragten – u. a. Logopäden und Sprachtherapeuten, die im Auftrag der kinder- und jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter tätig sind. In Hessen gibt es sie seit 1970. Aber nicht nur dort. Auch in den Kommunen Nordrhein-Westfalens wurden mit Inkrafttreten des Bundessozialhilfegesetzes bereits seit den 1960iger Jahren kommunale Sprachheilbeauftragte berufen. Im Rheinland begründeten sie 1981 einen Arbeitskreis, der bis heute Bestand hat.

Fortsetzung von Seite 4

speziellen Fortbildungsangebot für den Einsatz des Sprachscreenings. Diese wiederum schulen dann die Erzieherinnen in den Kitas. Im besonderen Fokus stehen dabei die Arbeitsmittel, auf die KiSS zurückgreift: Kinderbogen (Sprachstandsbestimmung mit dem Kind), Kitabogen (Beobachtungen der pädagogischen Fachkräfte zur sprachlichen Entwicklung des Kindes) und Elternbogen (ein Fragebogen zur sprachlichen Entwicklung des Kindes im heimischen Umfeld).

Fester Bestandteil der Schulungen ist zudem eine Supervision durch die Sprachexperten bei den ersten Untersuchungen. Aber auch darüber hinaus stehen die Experten für eine kostenlose Beratung von Eltern und Erzieherinnen zur Verfügung. Die behandelnden Ärzte können sich ebenfalls bei Rückfragen jederzeit direkt an sie wenden.

Im Rahmen des Projektes werden zum Schluss alle erhobenen Daten noch einmal auf Plausibilität überprüft und zentral erfasst. Wichtig im Hinblick auf die Bewertung: Führt das Verfahren zu der Einschätzung „medizinisch auffällig“, erfolgt eine Nachuntersuchung durch die Sprachexperten, erst dann wird die Empfehlung „Vorstellung beim Kinderarzt“ ausgesprochen.

Seit sieben Jahren schon läuft das Projekt, das beim Hessischen Kinderversorgungszentrum des Universitätsklinikums Frankfurt angesiedelt ist. Hier werden die Schulungen der Experten und Erzieherinnen organisiert und koordiniert, hier erfolgt die zentrale Datenerfassung einschließlich Qualitätssicherung und wissenschaftlicher Begleitung. Und von hier aus werden auch die Zertifizierungen veranlasst: So erhalten die mitwirkenden Erzieherinnen nach erfolgreich absolvierter Schulung eine KiSS-Urkunde. Ein Zertifikat des Gesundheitsamtes, das auf sie persönlich ausgestellt ist und auch bei einem Kitawechsel bei ihnen verbleibt. Die Kitas wiederum werden als Erkennungszeichen für ihr Engagement öffentlichkeitswirksam mit einem besonderen KiSS-Siegel ausgezeichnet.

Johannes Mertens, der das Projekt managt und koordiniert, spricht von einer hohen Akzeptanz bei allen Beteiligten. Aufgabe sei es nun, die Ergebnisse des Verfahrens KiSS und die der Schuleingangsuntersuchung (z. B. SOPESS) im Sprachbereich zu vergleichen und vergleichbar zu dokumentieren. Gelingt dies, werde man im Laufe der Zeit sagen können, ob die auf der Basis der Untersuchungsergebnisse von KiSS eingeleitete Förderung – sprachpädagogisch oder therapeutisch – Erfolge zeige. Denn dann müsste die Zahl der sprachlichen Auffälligkeiten bei der Schuleingangsuntersuchung sinken.

Das wäre in der Tat in der ganzen Diskussion darum, was ein Kind an Sprachförderung oder Sprachtherapie wirklich braucht und ob die Maßnahmen wirken, ein großer Schritt nach vorn.

Ellen Steinbach

Fragt man Mitglieder dieses Arbeitskreises, was ihre tägliche Arbeit ausmacht, nennen sie drei zentrale Aspekte: 1. Die Prävention von Sprachentwicklungsauffälligkeiten, 2. Abklärungen sprachlicher Auffälligkeiten im Einzelfall (z.B. Förder- oder Therapiebedarf) und Einleitung entsprechender Hilfsmaßnahmen (Elternberatung, Fachberatung in der KiTa, Therapie u.a.) sowie 3. übergreifende koordinierende Aufgaben.

Gerade der zweite Punkt legt nahe, kritisch nachzuhaken: Gibt es nicht schon genug Sprachtherapien für Kinder? Oder anders formuliert: Tragen die Sprachheilbeauftragten durch ihre Arbeit noch weiter dazu bei, dass heute so viele Kinder sprachtherapeutisch behandelt werden? Susanne Fuchs und Ursula Worms-Firna von der „Arbeitsgemeinschaft kommunaler Sprachheilbeauftragter im Rheinland“ widersprechen entschieden: „Nein, denn erstens leisten wir in den kommunalen sprachtherapeutischen Diensten zu einem wesentlichen Anteil präventive Arbeit, eben um sprachliche Problemstellungen abzufangen. Und zweitens liegt die Verordnung des Heilmittels Sprachtherapie nicht im Verantwortungsbereich von uns Sprachheilbeauftragten, sondern in den Händen des verordnenden Arztes. Im Einzelfall ist es unsere Aufgabe als kommunale Angestellte, neutral und unabhängig

von unmittelbarem finanziellen und zeitlichen Druck eine sorgfältige Diagnostik und Differentialdiagnostik durchzuführen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten bzw. zu empfehlen. Die Durchführung von Sprachtherapien ist nicht unsere primäre Aufgabe.“ Therapien würden nur dann durchgeführt, betonen sie, wenn das ambulante System der Praxen nicht greife oder für die Versorgung nicht ausreiche (Nachrangigkeitsprinzip). Die Einzelfallhilfen gelten vor allem Kindern mit sprachlichen Auffälligkeiten, deren Eltern von sich aus den Weg in die Arztpraxis oder logopädische Praxis nicht finden – aus Unkenntnis, Unsicherheit, Unvermögen, wegen Sprachbarrieren oder was immer die Gründe sein mögen. Auch bei schwierigen Verhältnissen das Vertrauen und die Kooperationsbereitschaft der Eltern zu gewinnen, sei das Anliegen der sprachtherapeutischen Dienste. Denn schließlich sollten alle Kinder, falls nötig, die Chance einer ausreichenden Versorgung erhalten, unabhängig vom sozialen Hintergrund.

Der dreijährige Justin ist ein Beispiel für dieses Verständnis ihres Arbeitsauftrags. Justin fiel in der Kita aufgrund seiner sprachlichen Schwierigkeiten auf. Er kann viele Laute nicht richtig aussprechen und ist für Außenstehende dadurch kaum zu verstehen. Statt erster einfacher Sätze werden nur Zweitwortkombinationen pro-

duziert (z. B. „Ball haben“). Die Erzieherinnen sind besorgt, auch weil sie bemerken, dass sich der Junge im Kita-Alltag immer mehr zurückzieht. Im Gespräch mit den Eltern fragen sie nach, wie sie ihr Kind erleben, ob sie die Eindrücke bestätigen können. Schließlich raten sie den Eltern zu einer genaueren Abklärung des sprachlichen Problems und verweisen an die Sprachheilbeauftragte der Kommune, mit der die Kita eng kooperiert. Beratung und Diagnostik finden dann vor Ort, in vertrauter Kita-Umgebung, statt. Bei Justin hatte auch der behandelnde Kinderarzt im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung schon Hinweise auf ein mögliches sprachliches Problem festgestellt. Dieses bestätigt sich nun. Deshalb empfiehlt die Sprachheilbeauftragte dem Kinderarzt, eine Überweisung zum HNO-Arzt sowie in eine freie sprachtherapeutische Praxis auszustellen. Begleitend zeigt sie Justins Eltern, wie sie den Dreijährigen im Alltag sprachfördernd unterstützen können. Alles zusammen wichtige Schritte, um zu verhindern, dass das Kind in seiner Entwicklung zurückbleibt.

Der kleine Justin ist ein typischer „Fall“ aus dem Arbeitsalltag eines kommunalen sprachtherapeutischen Dienstes und zugleich ein Idealfall, weil er für eine gelungene Kooperation zwischen sprachtherapeutischem Dienst, Kita, Kinderarzt und Eltern steht.

Darüber hinaus arbeiten die

Sprachheilbeauftragten in den Kommunen fallübergreifend. Prävention ist hier das entscheidende Stichwort. Konkret heißt das: Sie bieten Elternberatung und Elterninformationsveranstaltungen an sowie Fortbildungen für Erzieherinnen zum Thema Sprache (Spracherwerb, Sprachentwicklungsstörungen, Mehrsprachigkeit, Mundmotorik). In vielen Kommunen führen sie Sprachscreenings zur Früherkennung sprachlicher Entwicklungsstörungen durch. All diese Aktivitäten haben das Ziel, dem seit längerem zu beobachtenden Trend, dass Vorschul- und Kleinkinder heute zu einem deutlich höheren Anteil sprachliche Defizite bzw. geringere sprachliche Kompetenzen als in früheren Jahrzehnten aufweisen, entgegenzuwirken. Ein klassischer Public Health-Ansatz also. Dem kommen die Sprachheilbeauftragten auch in ihren anderen Aufgaben nach: Sie erheben Daten für die Gesundheitsberichterstattung, kooperieren mit anderen Ämtern (Jugend- und Sozialämtern) und haben eine koordinierende Funktion, wenn es um die Vernetzung der sprachtherapeutischen Angebote vor Ort und die Qualitätssicherung geht. Kurzum, die Sprachheilbeauftragten verstehen sich als unabhängige Fachberater in allen Fragen rund um die frühkindliche Sprachentwicklung. Und als solche werden sie auch nachgefragt – von Kitas, Eltern und Kinderärzten.

est

Stichwort: Elternberatung



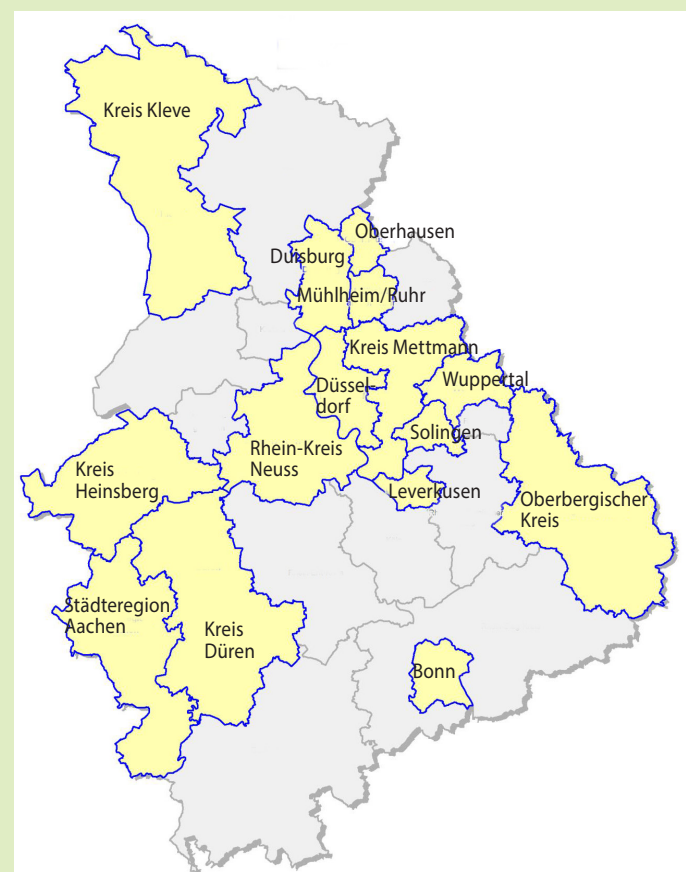
Im Rahmen der Elternberatung für Eltern von unter 3-jährigen Kindern werden z.B. Programme wie das „Heidelberger Elterntaining“ (www.heidelberger-elterntaining.de), „Schritte in den Dialog“ (www.schritte-in-den-dialog.de), „Achtung“ (www.achtung-kinderbegleitung.de) eingesetzt oder auch eigene, den Bedarfen vor Ort angepasste Verfahren angewendet. Sie leiten Eltern gezielt an, ihre Kinder im häuslichen Bereich sprachfördernd zu unterstützen.

Zur Früherkennung sprachlicher Risikoentwicklungen können die Elternfragebögen für ein- und zweijährige Kinder Elfra 1 und 2 von Grimm und Doil, bei denen die Eltern das Sprachverhalten ihrer Kinder einschätzen, genutzt werden. Ebenfalls sind die von Suchodoletz und Sachse entwickelten Elternfragebögen SBE-2-KT und SBE-3-KT durch ihre konzentrierte Form und einfache Handhabung für einen screeningmäßigen Einsatz besonders geeignet. Sie sind kostenlos unter www.kjp.med.unimuenchen.de/sprachstoerungen/sprachentwicklung.php zu erhalten. Der SBE-2-KT bietet zudem Versionen in mehreren Sprachen an, so dass er auch bei Kindern mit verschiedensten Muttersprachen hilfreich eingesetzt werden kann.

Arbeitsgemeinschaft kommunaler Sprachheilbeauftragter im Rheinland

Kommunen mit Sprachheilbeauftragten im Landschaftsverband Rheinland

Stand: 2013



Fotos und Karte: Arbeitsgemeinschaft kommunaler Sprachheilbeauftragter im Rheinland

Lexikon des Dialogs



Um es vorweg zu sagen, das Besondere an diesem Lexikon ist die Tatsache, dass sich deutsche und türkische Wissenschaftler (leider nur wenige Wissenschaftlerinnen) überhaupt auf den Weg begeben haben, den christlich-islamischen Dialog in ganz eigener Art und Weise anzureichern und seinen Akteuren den Blickwechsel zu erleichtern. Manchmal wirken die Texte leicht angestaubt, manchmal erfrischend lebensnah, in der Regel jedoch fundiert und in dosierter Form auch für den Unterricht in inter- oder multikulturellen Klassen nutzbar.

Studierenden im kulturwissenschaftlichen Bereich, der Religionswissenschaft, der Theologie, aber auch in den Erziehungs- und Sozialwissenschaften kann das Lexikon wertvolle Lernhilfe und/oder Anregung sein. Mit seinen

mehr als 600 Stichworten liefert es einen guten Fundus an christlichen und islamischen Glaubenssätzen, zeigt unterschiedliche Sichtweisen, aber auch immer wieder gemeinsame Wertehaltungen bei Begriffen, die für beide Religionen Bedeutung haben. Auch konfliktbeladene Themen wie „Dschihad“ oder „Kreuzzüge“ werden nicht ausgespart.

Journalisten, Politiker und bildungswillige Leser sei das Lexikon ebenfalls empfohlen. Für im Gesundheitsbereich Tätige werden darüber hinaus Themen wie „Speisegebote“, Aussagen zu „Erziehung“, „Gut und Böse“, „Gewalt“ oder „Herz“ und „Seele“ von Interesse sein. Leider sind Kapitel wie „Gesundheit/Krankheit“ oder „Hygiene“ ausgespart.

Das Engagement der Eugen-Biser-Stiftung, die bereits vor Jahren deutsch-türkische Austauschprozesse anstieß, die schließlich zur Erstellung des Lexikons führten, ist allemal lobenswert und die Förderung aus Mitteln des Europäischen Integrationsfonds sowie durch das Bundesministerium des Innern richtungswisend.

Anne Dietrich
anne.dietrich@kulturellinterkulturell.de

Lexikon des Dialogs. Grundbegriffe aus Christentum und Islam. Im Auftrag der Eugen-Biser-Stiftung herausgegeben von Richard Heinzmann. In Zusammenarbeit mit Peter Antes u.a. Freiburg i. Br.: Verlag Herder 2013, 854 S., 2 Bände im Schuber, 38,00 EUR ISBN 978-3-451-30684-6

Neue Bücher

Hausotter, Wolfgang; Schouler-Ocak, Meryam
Begutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund. 2. Auflage. München: Urban & Fischer bei Elsevier 2014, 218 S., 99,99 EUR ISBN 978-3-437-31624-1

Schmieglitz, Stephan
Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in Deutschland. Hrsg. vom Dt. Caritasverband, Ref. Migration und Integration. Freiburg i. Br.: Lambertus Verlag 2014, 256 S., 24,99 EUR ISBN 978-3-7841-2434-6

von Klauber, Jürgen; Geraedts, Max; Friedrich, Jörg u. a. (Hrsg.)
Krankenhaus-Report 2014. Schwerpunkt: Patientensicherheit. Mit Online-Zugang zum Internetportal: www.krankenhaus-report-online.de. Stuttgart: Schattauer Verlag 2013, 564 S., 54,99 EUR ISBN 978-3-7945-2972-8

Opielka, Michael (Hrsg.)
Politik und Demenz. Berlin: Springer Verlag 2014, 310 S., 34,99 EUR ISBN 978-3-658-02008-8

Beske, Fritz
Gesundheitsversorgung von morgen. Was kommt auf Versicherungen, was auf Ärzte und was auf Patienten zu. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2014, 134 S., 29,80 EUR ISBN 978-3-8047-3234-6

Fröse, Sonja
Was Qualitätsbeauftragte in der Pflege wissen müssen. Vollständig überarbeitete Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft 2014, 151 S., 29,95 EUR ISBN 978-3-89993-319-2

Keller, Holm; Rössler, Wulf (Hrsg.)
Betriebliches Gesundheitsmanagement. Herausforderung und Chance. Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2014, 180 S., 29,00 EUR ISBN 978-3-17-024818-2

Madea, Burkhardt
Die ärztliche Leichenschau. Rechtsgrundlagen, praktische Durchführung, Problemlösung. eBook inside, Zugangscode im Buch. 3. Auflage. Berlin: Springer Verlag 2014, 301 S., 59,99 EUR ISBN 978-3-642-34642-2

Kinder als Dolmetscher

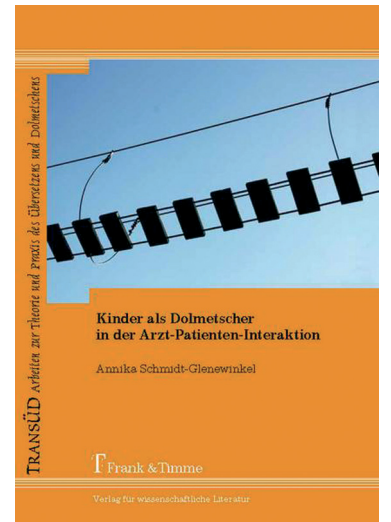
Wie übersetzt ein Kind Begriffe, deren Bedeutung es noch gar nicht verstehen kann? Die Deutschkenntnisse von Familienmitgliedern ausländischer Herkunft können sehr unterschiedlich sein. Schneller als die Erwachsenen passen sich jedoch die Kinder an die Sprache und Kultur des Umfeldes an. Oftmals fungieren sie als Dolmetscher für ihre Eltern, z. B. im Kontakt mit Behörden, und sind damit meist deutlich überfordert. Ganz besonders ist dies der Fall, wenn Fachbegriffe aus der Verwaltungssprache, wie etwa Lohnsteuererklärung, Erwerbsminderung, Arbeitsgenehmigung, übersetzt und erklärt werden müssen. Wie soll ein Kind beispielsweise den Unterschied zwischen Aufenthaltserlaubnis und Niederlassungserlaubnis übersetzen können?

Ein spezielles Problem stellt die Verständigung zwischen dem Arzt, Pflegepersonal und einem Patienten ohne ausreichende Deutschkenntnisse dar. In Krankenhäusern, Arztpraxen und Gesundheitsämtern verläuft eine

derartige Kommunikation in der Regel mit großen Anstrengungen für alle Beteiligten.

Welche Schwierigkeiten tauchen auf, wenn ein medizinisches Gespräch geführt werden muss, und Eltern nicht-deutscher Herkunft ihre größtenteils minderjährigen Kinder mitbringen, damit diese übersetzen und vermitteln? Das vorliegende Buch beschäftigt sich eingehend mit dem Einsatz von Kindern als Dolmetscher und der daraus entstehenden Problematik.

Insbesondere im Gesundheitswesen wird die mehrsprachige Kommunikation zu einem großen Teil von Kindern bestritten, die sowohl mit der korrekten Übersetzung als auch mit dem erforderlichen emotionalen Beistand für ihre Verwandten komplett überfordert sind. Man kann sich leicht vorstellen, dass eine Vielzahl von Risiken für den Arzt und den Patienten mit dieser Situation verbunden ist, wie z. B. Missverständnisse, unzureichende oder unrichtige Aufklärung über Therapien, Untersuchungen oder



Operationen. Beobachtungen bestätigen, dass diese Kinder stark belastet sind, weil sie Angst haben, dass sie etwas Falsches vermittelt haben, oder weil sie mit Informationen konfrontiert werden, die nicht für sie bestimmt sind. Besonders in medizinischen Gesprächen ist ein großes Problem die fehlende emotionale Distanz. Vater und Mutter werden auf einmal in der Rolle der Schwächeren erlebt, für die sich das Kind verantwortlich fühlt und für die es eintreten muss. Vielfach geraten die Minderjährigen in Konflikt mit der Schule und den Lehrern, da sie durch ihren Einsatz als Übersetzer wiederholt den Schulunterricht verpassen.

Demgegenüber werden in dem vorliegenden Buch auch Studien vorgestellt, die diese Dolmetschertätigkeit durchaus positiv bewerten. Die Dolmetschererfahrung könne sich stärkend auf das Selbstwertgefühl eines Kindes auswirken und die Persönlichkeitsentwicklung fördern, da die betreffenden Heranwachsenden lernen, Verantwortung zu tragen. Eine andere empirische Untersuchung hat die schulischen Leistungen von dolmetschenden Kindern erforscht und kommt zu dem Schluss, dass sich die Vermittlertätigkeit auch positiv auf den schulischen und beruflichen Erfolg auswirken kann, da besonders Fähigkeiten, wie überdurchschnittlich gute Problemlösungsstrategien, soziale Kompetenz und Selbstvertrauen, dadurch unterstützt würden.

Die Autorin Annika Schmidt-Glenewinkel ist studierte Diplom-Translatorin und verdeutlicht, dass die Arzt-Patient-Gespräche nicht mit anderen Gesprächssituationen des täglichen Lebens gleichzusetzen sind und dass hierfür besondere Lösungswege gesucht werden müssen. Sie plädiert für eine Professionalisierung des Dolmetschens im medizinischen Bereich. Mit der Vorstellung internationaler Forschungsergebnisse und Modelle guter Praxis aus dem Ausland bietet das Buch eine Grundlage zur Information und sensibilisiert für die Problematik der „Kinderdolmetscher“.

Petra Münstedt

Schmidt-Glenewinkel, Annika
Kinder als Dolmetscher in der Arzt-Patienten-Interaktion. Berlin: Frank & Timme Verlag 2013, 121 S., 24,80 EUR ISBN 978-3-7329-0010-7

Nichts wegwerfen können...

Wenn es um vermüllte Wohnungen geht, sind die Erwartungen an die Behörden hoch. Der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes wird immer öfter mit Beschwerden und Anfragen von Vermietern und Hausbewohnern konfrontiert, die sich über Geruchsbelästigungen und unhygienische Zustände in benachbarten Wohnungen beklagen. Vielfach wird davon ausgegangen, dass die Mitarbeiter der Gesundheitsämter schnell einschreiten und Hilfe organisieren, da Gesundheitsgefahren durch die vermüllte Wohnung befürchtet werden.

Die Betroffenen selbst lehnen meist jeden Kontakt ab und verweigern die psychosozialen oder sozialarbeiterischen Hilfen, so dass bei den möglichen Vorgehensweisen eine Vielzahl von Fragen zu medizinischen, juristischen und psychologischen Aspekten auftreten.

Bei der Veröffentlichung von Nicole Klee handelt es sich um eine Zusammenfassung aktueller Literatur und Publikationen aus dem Internet zum Thema „Messie-Syndrom“.

Deutlich stellt die Autorin heraus, dass eine differenzierte Betrachtung dieses Problemfeldes notwendig ist. Sie benennt mögliche Ursachen, stellt eine Verbindung mit unterschiedlichen Krankheitsbildern dar und erläutert die diagnostischen Mittel, die aufgrund der komplexen Symptomatik oftmals schwierig sind. Auch die derzeit vorhandenen Interventionsmöglichkeiten im therapeutischen Bereich werden kurz aufgezeigt sowie die Belastungen für die Angehörigen, die häufig im weiteren Verlauf ebenfalls Rat und Hilfe benötigen.

Um einen Einblick in die Thematik Messies- bzw. Vermüllungs-syndrom zu bekommen, ist dieses

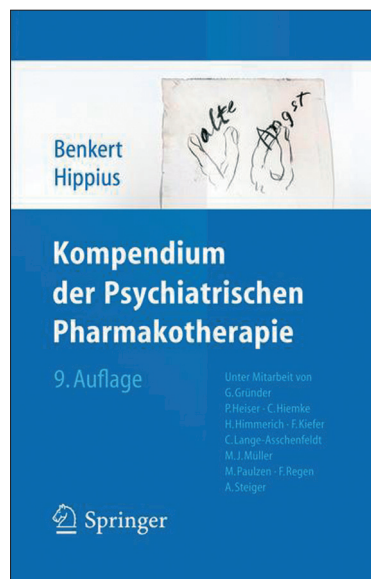


vorliegende Buch durchaus nützlich, doch bleibt die Bearbeitung in der Zusammenstellung einzelner Aspekte hängen. Erwartet habe ich auch mehr Praxisbezug, der für die Mitarbeitenden des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die häufig „als Erste vor Ort sind“, hilfreich wäre. In der Einleitung wird die – für Sozialarbeiter besonders zentrale – Frage aufgeworfen: „Welche Interventionsmöglichkeiten und Hilfsangebote gibt es für Messies?“ Die Antwort auf diese Frage bleibt weitgehend offen, da die Unterstützungsangebote für die Betroffenen in dieser Veröffentlichung hauptsächlich in den Bereichen Therapie und Selbsthilfe angesiedelt werden.

Dagmar Morgenschweis
Dagmar.Morgenschweis@lvr.de

Klee, Nicole
Messies - Symptome, Ursachen und Interventionsmöglichkeiten. Ein Einblick in die Messie-Problematik und Möglichkeiten zur Intervention. Saarbrücken: AV Akademikerverlag 2013, 75 S., 49,90 EUR ISBN 978-3-639-46437-5

Psychiatrische Pharmakotherapie



Der „Benkert-Hippus“ ist vielen in der Psychiatrie Tätigen zu Recht seit Jahren ein treuer Begleiter. Das umfassende Werk bietet einerseits einen schnellen Überblick über die einzelnen Präparate

sowie deren Darreichungsformen und Indikationen, zum anderen kann sich der Leser umfassend über die generellen Möglichkeiten und Grenzen der medikamentösen Therapie einzelner Krankheitsbilder informieren.

Das Buch gliedert sich in 16 Kapitel, wovon die ersten 11 Kapitel die Pharmakotherapie einzelner psychiatrischer Krankheitsbilder wie Depressionen, bipolare Störungen, Abhängigkeitserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen behandeln. In den anschließenden drei Kapiteln geht es um psychiatrische Notfallsituationen, die Pharmakotherapie im Alter und bei internistischen Erkrankungen sowie in Schwangerschaft und Stillzeit. Den Abschluss bildet ein kurzes Kapitel zur Fahrtüchtigkeit unter Medikation und schließlich ein Abschnitt zu den Themen Pharmakokinetik und Arzneimittelinteraktionen.

Umfassend wird der Leser über die Wirkmechanismen in der Pharmakotherapie informiert, über die Therapieprinzipien und Indikationen, bevor einzelne Krankheitssymptome und deren Therapieformen mit Wechselwirkungen, Kontraindikationen, Intoxikationen, Dosierungen und Therapiedauer usw. näher dargestellt werden. Die detaillierte Beschreibung der einzelnen Präparate und deren Bewertung folgt immer einer gleichen Systematik.

Optisch und inhaltlich liegt mit dieser Veröffentlichung ein kompaktes Lehrbuch vor, das sich durch vielfältige Tabellen und einem übersichtlichen Kapitelaufbau auszeichnet. Die informativen Textpassagen sind durch kleine „Gedankenstriche“ am Rand gut strukturiert, was die Lesbarkeit unterstützt. Darüber hinaus erleichtert ein Abkürzungsverzeichnis zu Beginn ebenfalls den Umgang mit dem Buch.

Das „Kompodium der Psychiatrischen Pharmakotherapie“ ist mittlerweile in der neunten Auflage erschienen. Wie gewohnt handelt es sich um ein kompaktes, übersichtlich strukturiertes und fundiertes Lehrbuch mit mittlerweile 720 Seiten. Insgesamt präsentiert sich die neunte Auflage nun etwas farbenfroher und damit anschaulicher.

In der Gesamtschau ist das vorliegende Buch ein sehr gutes Nachschlagewerk für alle in der Psychiatrie tätigen Ärzte. Da die verwendeten Daten ständig überarbeitet werden und aktuelle Studien, Leitlinien und Publikationen Berücksichtigung finden, lohnt sich die Anschaffung einer Neuauflage dieses Kompodiums in regelmäßigen Abständen.

Alexandra Schubert
alexandra-schubert@gmx.de

Benkert, Otto, Hippus, Hanns
Kompodium der Psychiatrischen Pharmakotherapie.
Unter Mitarbeit von G. Gründer u.a. 9., vollst. überarb. u. aktual. Auflage. Heidelberg u.a.: Springer Verlag 2013, 720 S., 39,95 EUR ISBN 978-3-642-29809-7 (Als eBook: ISBN 978-3-642-29810-3, 29,99 EUR)

Gesundheit fördern, wo die Menschen leben



Wie sich die Zeiten ändern: Noch vor einigen Jahren waren Interessenkonflikte bei Verfassern von Artikeln, Büchern, aber auch Buchbesprechungen allenfalls Gegenstand von Vermutungen. Heute findet sich fast schon formelhaft in jedem Artikel die Erklärung, dass ein solcher Konflikt vorliegt – oder eben nicht. Diesem Standard will ich gerne folgen: Es liegt hier ein sehr persönliches Interesse meiner Person an diesem Buch vor, allerdings keinerlei finanzielles.

Dieser Band beschreibt den Verlauf des insgesamt 12-jährigen Projektes „Lenzgesund – Vernetzte frühe Hilfe rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“, einer quartiersbezogenen Gesundheitsförderung im Stadtteil Hamburg-Eimsbüttel. Ort des Projektes war die Lenzsiedlung, eine Hochhaussiedlung mit ca. 3000 Bewohnern aus über 60 Nationen mit den entsprechenden diversen Belastungen, Gefährdungen, aber eben auch Chancen. In den einleitenden Kapiteln werden einerseits theoretische Hintergründe der Gesundheitsförderung aufgezeigt, andererseits auch ganz konkrete Förderungsprojekte im Quartier beschrieben. Diese werden im Kontext der wissenschaftlichen Begleitung dargestellt und bewertet.

Frühere Mitarbeiter des von mir in der Vergangenheit geleiteten Gesundheitsamtes Eimsbüttel (hier insbesondere Christian Lorentz) stellen ihre Erfahrungen neben die Beiträge von Professor Alf Trojan, dem früheren Direktor des Instituts für Medizin-Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und von Waldemar Süß sowie weiteren wissenschaftlichen Experten dieses Instituts.

Was macht diesen Band so lesenswert aus meiner Sicht?

Einerseits wird deutlich, welche Ziele zu Beginn angestrebt wurden, was letztendlich umgesetzt werden konnte und gut gelungen ist und was eben nicht funktioniert hat in dem so weiten Feld der Gesundheitsförderung in einem Quartier. Damit lädt der Band zum Nachdenken und „Bessermachen“ genauso ein wie dazu, sich mit dem aktuellen Stand der Wissenschaft (Professor Trojan und Mitarbeiter) vertraut zu machen.

Ferner zum Abschluss noch ein weiteres persönliches Wort. Es ist nicht so häufig, dass Wissenschaft, lokaler ÖGD und Bewohner gemeinsam solch ein langjähriges Projekt zusammen durchführen! Die Erfahrungen dieses besonderen Konzepts sind in dem vorliegenden Buch zusammengefasst.

Wenn Sie meinen, dass Sie nun diesen Band erwerben wollen: Ich kann und werde Sie nicht stoppen.

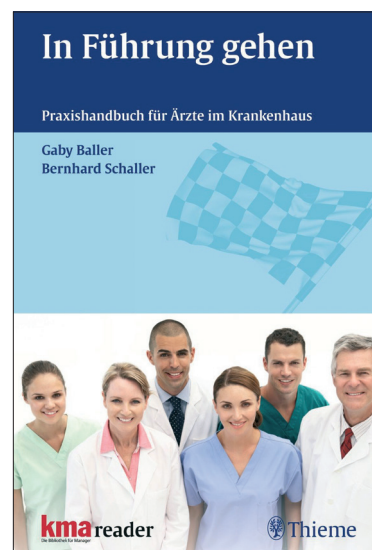
Martin Dirksen-Fischer
martin.dirksen-fischer@hu.hamburg.de

Trojan, Alf; Süß, Waldemar; Lorentz, Christian; Wolf, Karin; Nickel, Stefan (Hrsg.)
Quartiersbezogene Gesundheitsförderung. Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes.
Weinheim: Beltz/Juventa Verlag 2013, 427 S., 34,95 EUR ISBN 978-3-7799-1574-4

In Führung gehen

Eingebettet in 17 Kapitel, verteilt auf 303 Seiten, unterstützt durch 47 Abbildungen sowie aufgelockert durch zahlreiche Tabellenübersichten und Checklisten bietet das Autorenpaar einen gut sortierten und zentrierten Überblick zum Thema ärztliche Führung. Der Schreibstil ist lebendig und angenehm zu lesen. Die jedem Kapitel vorangestellten Fallbeispiele bieten Verknüpfungen zu den eigenen Erfahrungen des Lesenden. Der Spannungsbogen in den Kapiteln mündet praxisorientiert in einer Zusammenfassung als „Take home Message“. Die im Buch behandelten Themen ziehen einen weiten Bogen von der Reflexion der eigenen Person über den Blick auf die Mitarbeiterschaft bis hin zu ethischen Betrachtungen. So befasst sich das erste Kapitel mit Überlegungen zur Startphase in einer neuen (Führungs-)Position. Dann folgen Gedanken zu zentralen Aufgaben der Mitarbeiterakquise, Mitarbeiterführung und -beurteilung sowie zur Arbeitsgestaltung im Team einschließlich der Bewältigung von Konflikten. Die aufgabenspezifischen Themenfelder werden durch Ausführungen zu allgemeineren Aspekten, wie z.B. Kommunikationspsychologie, Motivation oder Stress, aufgelockert.

Dieses Buch ist aufgrund seiner thematischen Zusammenstellung in Verbindung mit der textlichen und sprachlichen Gestaltung eine gute Einstiegshilfe für „junge und alte Führungskräfte“, die Spaß an der Gestaltung von Führungsverantwortung haben und Mut zur Selbstreflexion aufbringen. Der Untertitel fokussiert auf die Zielgruppe der Ärzte im Krankenhaus. Die Fallbeispiele und sonstigen Verweise sind daher auch diesem Arbeitsbereich entnommen bzw. zuzuordnen. Dennoch kann das Buch auch für andere ärztliche Tätigkeitsfelder empfohlen werden, da grundlegende Informationen und Gedanken hinreichend angeboten werden



und ein Transfer der klinischen Beispiele in andere Arbeitssituationen dem Lesenden auch nicht allzu schwer fallen dürfte. Die Autoren geben den Hinweis, dass das Buch häppchenweise oder auch von „A – Z“ bearbeitet werden kann – und sie weisen auch schon gleich zu Beginn darauf hin, dass Lesen nur ein Teil der Gestaltungsarbeit und -verantwortung in Führungstätigkeiten darstellt. Im Alltag und zur stetigen Bewährung bzw. Weiterentwicklung kommt es darauf an, auszuprobieren, Erfahrungen zu sammeln, zu reflektieren, also zu üben. Die Lektüre dieses Buches ist als Bestärkung für diese Einstellung des „life-long learning“ gut geeignet. Die Investition von 39,99 Euro gewährt zusammenfassend Zugang zu viel Wissen über Führung verbunden mit reichlich Spaß als Motivator für die Gestaltung von Führungsverantwortung.

H. Lilly Grass
grass@akademie-oegw.de

Baller, Gaby und Schaller, Bernhard
In Führung gehen. Praxishandbuch für Ärzte im Krankenhaus.
Stuttgart: Thieme Verlag 2013, 320 S., 39,99 EUR ISBN 978-3-13-167301-5

ISGA®
Die Software für den öffentlichen Gesundheitsdienst



Seitdem
ich ISGA einsetze,
habe ich viel mehr Zeit
für sie!

Informations System Gesundheits Amt



Computer Zentrum Strausberg GmbH
Müncheberger Straße 7 · 15344 Strausberg
Telefon: (03341) 301-0 · Telefax: (03341) 301-300
www.computerzentrum.de · info@computerzentrum.de

Nichtraucherschutz: Was bewirken Gesetze?

Die Schadenswirkung von Tabakrauch ist längst wissenschaftlich nachgewiesen. Aber welche Gegenmaßnahmen sind wirksam und im Spannungsfeld zwischen öffentlicher Gesundheit und individueller Freiheit durchsetzbar?

An Vorschlägen mangelt es nicht. Sie sind alle im „WHO-Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs“ aufgeführt, das Deutschland vor fast zehn Jahren ratifiziert hat, und umfassen beispielsweise:

- Steuerliche Maßnahmen, um die Nachfrage über den Preis zu senken
- Rauchverbote in geschlossenen Räumen
- große Warnhinweise auf den Verpackungen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Werbeverbote
- Entwöhnungsprogramme für Nikotinabhängige
- Eindämmung des Schmuggels
- Jugendschutz.

Auch wenn einige Akteure die zögerliche Umsetzung hierzulande kritisieren: Der Kampf gegen den Qualm hat weltweit Konjunktur. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler (CSU), schlug Ende Juni – nicht zum ersten Mal – ein umfassendes Werbeverbot vor. Zur gleichen Zeit ging die British Medical Association (BMA) noch weiter: Sie forderte auf ihrem Jahreskongress, allen nach dem Jahr 2000 geborenen Bürgern das Rauchen gesetzlich zu verbieten. Diese Initiative hat durchaus Gewicht, denn die BMA zählt zu den einflussreichsten Akteuren der Gesundheitspolitik.

Solch drastische Forderungen haben zwei implizite Voraussetzungen: Zum einen die Überzeugung, dass Gesetze in der Lage sind, tatsächlich die beabsichtigte Wirkung zu erzielen, und zum anderen, dass gesetzliche Rauchverbote anderen, weniger restriktiven Vorschlägen überlegen sind.

Bevor eine Regierung ihren Wählern (von denen in Deutschland laut Robert-Koch-Institut immerhin knapp 30 Prozent rauchen) eine solche Maßnahme zumutet, sollte Einigkeit über diese

beiden Bedingungen bestehen. Hier können die nationalen Gesetzgeber mittlerweile auf eine viel bessere Studienlage zurückgreifen als noch vor zehn Jahren, als das internationale Rahmenübereinkommen in Kraft trat.

Für eine Beurteilung wissenschaftlicher Beweisführung schlägt die renommierte Cochrane Stiftung vor, publizierte Studien nach den Methoden einzuteilen, die sie verwenden: Die höchste Evidenzklasse kommt Metaanalysen zu, die vorhandene Forschungsergebnisse kritisch auf ihre Aussagekraft prüfen, sie dann zusammenfassen und so eine viel größere Datenbasis erlangen als die einbezogenen Einzelstudien.

Seit 2012 befassten sich zwei solcher Übersichtsarbeiten mit den Auswirkungen von Rauchverbote: eine mit Schlaganfällen, Herz- und Lungenerkrankungen und eine andere mit dem potenziellen Nutzen für Kinder.

Krankenhausfälle deutlich reduziert

Die erste Metaanalyse aus dem Jahr 2012 wurde von Chrystal Tan und Stanton Glantz aus Kalifornien durchgeführt. Sie bezog 45 Einzelstudien zu 33 Nichtraucherschutz-Gesetzen ein. Die Ergebnisse sind eindeutig: Überall, wo Rauchverbote eingeführt wurden, sank im folgenden Zeitraum die Anzahl der Krankenhausfälle in bemerkenswertem Umfang: um 15 Prozent bei Herzinfarkten, um 16 Prozent bei Schlaganfällen und um 25 Prozent bei Asthmaanfällen.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis: Je weitgehender die Rauchverbote waren, desto größer der Rückgang an Krankheitsereignissen. Gesetze, die nur das Rauchen am Arbeitsplatz regulierten, hatten einen geringeren Effekt als solche, die das Rauchverbot auf Restaurants ausdehnten. Noch einmal deutlich wirksamer waren Gesetze, die zusätzlich Kneipen einbezogen.

Die Forscher warnen jedoch vor allzu großem Enthusiasmus, denn nach Studienlage scheint es

sich um einen einmaligen Effekt zu handeln. Der Trend setzte sich im weiteren Zeitverlauf nicht im selben Ausmaß fort.

Nutzen für Kinder nachgewiesen

Ende März 2014 veröffentlichte eine Forschergruppe um Jasper Been, Pädiater an der Maastricht Universität, eine zweite Metaanalyse. Sie wertete alle verfügbaren Studien aus, die Zusammenhänge zwischen gesetzlichen Rauchverbote und Gesundheitsindikatoren im frühen Kindesalter untersuchten.

Nach einer systematischen Literatursuche blieben elf Studien zu Frühgeburten, niedrigem Geburtsgewicht und Krankenhausaufenthalten wegen Asthmaanfällen (sog. Exazerbationen) übrig. Insgesamt standen durch das Zusammenfassen der Forschungsergebnisse Daten von über 2,5 Millionen Geburten und annähernd 250.000 Asthma-Exazerbationen für die Metaanalyse zur Verfügung.

Es ist nicht das Gesetz selbst, das die Bevölkerung gesünder macht. Die Rechtsnorm muss erst zur rauchfreien Realität werden, dazu gehören wahrscheinlich auch ein Wandel sozialer Normen und viele individuelle Entscheidungen, den früher selbstverständlichen Tabakkonsum zu hinterfragen.

Auch hier konnte nachgewiesen werden, dass sich sowohl Frühgeburten als auch Asthmaanfälle nach Einführung der Gesetze um rund zehn Prozent reduzierten. Nach Been ist dieses Ergebnis ein schlagkräftiges Argument für konsequenten gesetzlichen Nichtraucherschutz. Er empfiehlt, Rauchverbote zum Bestandteil jeder nationalen Public Health-Strategie zu machen – nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen, denn gesundheitliche Schäden im Kindesalter ziehen oft hohe volkswirtschaftliche Kosten nach sich.

Rauchverbote sparen Geld

Auch dieser Aspekt wurde schon genauer untersucht. Eine der Einzelstudien, die Tan und Glantz für ihre Metaanalyse herausgesucht hatten, stammt aus Deutschland: Auf der Basis von Krankenhausdaten von 3,7 Millionen DAK-Versicherten schätzten die Autoren, dass allein der Rückgang bei Angina pectoris und akutem Herzinfarkt im Jahr nach Inkrafttreten des Rauchverbots 1.880 Krankenhausaufenthalte und damit 7,7 Mio Euro eingespart habe.

So überzeugend diese Zahlen zu sein scheinen – streng genommen haben die zahlreichen Studien keinen wissenschaftlich exakten Nachweis einer Ursache-Wirkungs-Beziehung zwischen



Foto: Fotolia © thongsee

dem Inkrafttreten der Rauchverbote und dem Rückgang an Krankheitsfällen erbracht. Sondern nur einen zeitlichen Zusammenhang, der theoretisch auch auf andere Ursachen zurückgehen könnte.

Hier stößt die Public-Health-Forschung auf das Problem, dass die Lebenswirklichkeit einer Bevölkerung sich nun einmal nicht unter Laborbedingungen untersuchen lässt. Es ist nicht das Gesetz selbst, das die Bevölkerung gesünder macht. Die Rechtsnorm muss erst zur rauchfreien Realität werden, dazu gehören wahrscheinlich auch ein Wandel sozialer Normen und viele individuelle Entscheidungen, den früher selbstverständlichen Tabakkonsum zu hinterfragen.

Dennoch ärgert dieses fehlende letzte Glied in der Beweiskette die Forscherinnen und Forscher. Und so haben sie sich teils originelle methodische Designs einfallen lassen, um die Plausibilität des Zusammenhangs zwischen Rauchverbot und Gesundheitsgewinn zu erhöhen. Zum Abschluss soll eine weitere Einzelstudie präsentiert werden, der dies recht gut gelungen ist.

Präventionseffekt vor allem bei Nichtraucherinnen

Eine Forschungsgruppe um Jill Pell von der Public Health Section der Universität Glasgow wollte die Auswirkungen des neuen schottischen Nichtraucherschutzgesetzes untersuchen.

Dazu erhoben sie in neun Krankenhäusern Daten zu sämtlichen Patienten, die mit akutem koronaren Syndrom (ACS) in die Notaufnahme kamen. Dies geschah in einem Zeitraum von 10 Monaten vor Inkraft-Treten des Gesetzes (Juni 2005 – März 2006) und zum Vergleich im selben Zeitraum des Folgejahres. Die Krankenhäuser haben ein Einzugsgebiet von rund 3 Mio. Einwohnern; rund zwei Drittel aller schottischen Krankenhausaufnahmen wurden von der Untersuchung erfasst. Die betroffenen Patienten machten Angaben zu ihrem Raucherstatus, die durch Laborwerte ergänzt wurden. Die Cotinin-Konzentration im Serum gilt als ein objektives Maß für die Menge inhalierten Tabakrauches (inklusive Passivrauchen). Die Laborwerte bestä-

tigten die Selbsteinschätzung der Patienten.

Das Ergebnis: Insgesamt sank die Anzahl der Notaufnahmen mit ACS um 17 Prozent. Ein Rückgang in dieser Höhe spricht für einen Präventionseffekt. In England, das noch kein Rauchverbot erlassen hatte, sank die Zahl im selben Zeitraum nur um vier Prozent. Der Durchschnittswert der letzten 10 Jahre lag in Schottland bei drei Prozent.

Dank der Erhebung des Raucherstatus bei den Patienten konnten die Ärzte herausfinden, wer am meisten von der Gesundheitsgesetzgebung profitierte. Zwei Drittel des Präventionserfolges gehen auf das Konto der Nichtraucher. Bei dieser Patientengruppe ging auch die Cotinin-Konzentration deutlich zurück, während es bei den Rauchern keine Veränderung gab. Frauen waren erfolgreicher in der Prävention als Männer und der Rückgang der ACS-Patienten war unter Älteren deutlich stärker als unter Jüngeren.

Fazit

Die wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von Gesetzen zum Nichtraucherschutz verbessert sich von Studie zu Studie. Sowohl der Rückgang von Krankheitsfällen als auch damit verbundene Einsparungen im Gesundheitswesen sind plausible Effekte. Von der Präventionsmaßnahme profitieren sowohl Ältere (Herzinfarkt, Schlaganfall) als auch Schwangere und Kinder (Frühgeburten, Asthma). Angesichts dieser erwünschten Entwicklung wird die Kritik an Rauchverbote zunehmend schwieriger zu legitimieren sein.

Miguel Tamayo

Die zitierten Studien

- Been, Jasper V. u. a. (2014): Effect of smoke-free legislation on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis, in: The Lancet 383: 1549-1560.
- Lampert, T. u. a. (2013): Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: Bundesgesundheitsblatt 56(5/6): 802-808.
- Pell, J. P. u. a. (2008): Smoke-free Legislation and Hospitalizations for Acute Coronary Syndrome, in: New England Journal of Medicine 359: 482-491
- Sargent, J. D. u. a. (2012): Smoking restrictions and hospitalization for acute coronary events in Germany, in: Clinical Research in Cardiology 101(3): 227-235
- Tan, C. E. und Glantz, S. (2012): Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular and respiratory diseases: a meta-analysis, in: Circulation 126: 2177-2183.

WAS BEI UNS SO ALLES ANS LICHT KOMMT.

KRYSCHI UV- Technik für Luftwäscher und Verdunstungskühlanlagen.

KRYSCHI
WASSERHYGIENE

Weilerhöfe 15 • 41564 Kaarst • Tel.: 0 21 31 - 71 89 92-0 • Fax.: 0 21 31 - 71 89 92-8 (Technik) / Fax.: 0 21 31 - 71 89 92-9 (Vertrieb) • www.kryschi.de • info@kryschi.de