

Q-lumne

Das Jahr neigt sich dem Ende zu. Der Natur folgend wird in der Regel in den Unternehmen zum Jahresende eine Bilanz gezogen, nach den Erfolgen und auch Misserfolgen des Jahres geschaut, oder anders formuliert, die Quintessenz der getanen Arbeit gesucht. Eine zentrale Frage lautet dann: Was war das Wichtigste, der wesentliche Kern der Jahresarbeit? Ich weiß nicht, ob ein solcher Rückblick – z.B. im Rahmen der Weihnachtsfeier-Ansprachen – bei Ihnen Tradition hat, ich nehme es aber stark an. Ein Rückblick ist – durch eine Qualitätsmanagement-Brille geblickt – eine Art Audit, eine Überprüfung von bestimmten Aspekten der Arbeit nach idealerweise vorher bestimmten Regeln bzw. Fragestellungen. Besonders gehaltvoll oder inhaltsschwer wird die Frage nach der Quintessenz, wenn eine historische Wortbedeutung berücksichtigt wird: „geistiger Grundstoff“ im 17. Jahrhundert oder „feinste Kraft“ im 16. Jahrhundert, mit zurück verfolgbarer Bedeutungswurzeln in der Kunst der Alchemie. Ich finde diese Übersetzungen sehr dienlich, veranschaulichen sie doch die grundlegende, tiefe, zentrale Bedeutung der Formulierung einer Quintessenz. Gerade in einem Jahresrückblick kann dann die Herausstellung des gemeinsam Geschafften und Geschaffenen im Sinne der Quintessenz das tragfähige Fundament für die neuen Aufgaben im neuen Jahr sein. Und allgemein für den Qualitätsgedanken, für das Qualitätsmanagement, ist es auch immer wieder bedeutsam, den Kern der Sache, die „feinste Kraft“ der Instrumente des QM zu bedenken, um der Gefahr eines reinen Selbstzwecks zu begegnen. Wird doch QM ansonsten schnell sinnentleert bzw. ohne Quintessenz sein. Das vorletzte Wort für 2014 übergebe ich Konfuzius, dem die Aussage zugeschrieben wird: „Die Quintessenz des Wissens ist das Erlernte auch anzuwenden.“ Ich wünsche Ihnen in diesem Sinne beruflich und persönlich einen guten Jahresabschluss.

H. L. Graß
grass@akademie-oegw.de

Ergebnisse der Blickpunkt Leserumfrage

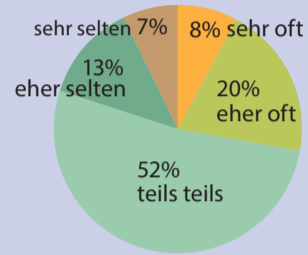
Dreißig Jahre „Blickpunkt öffentliche Gesundheit“! Für die Redaktion war dieses Jubiläum Anlass, um per Online-Befragung die Leser des Blickpunkts ein bisschen besser kennen zu lernen. Und Sie, unsere Leser, haben mitgemacht! Insgesamt nahmen 231 Personen an der Umfrage teil. Dafür herzlichen Dank! Für die Planung der nächsten Ausgaben kann die Redaktion jetzt auf einen Fundus von Anregungen zurückgreifen. Allerdings beansprucht die Leserumfrage keine statistische Repräsentativität. Auch jenseits von Onlineumfragen sind uns Themenwünsche und vor allem Manuskripte mit eigenen Beiträgen immer willkommen!

Praxisrelevanz

Eine der wichtigsten Aspekte der Umfrage richtete sich auf die Praxisrelevanz der Blickpunkt-Beiträge. Auf die Frage „Haben Ihnen Beiträge aus dem Blickpunkt schon einmal Anregungen oder Ideen für Ihre eigene Arbeit geben können?“ antwortete rund die Hälfte indifferent. Insgesamt gab es mehr positive als negative Einschätzungen (28 Prozent „oft“ vs. 20 Prozent „selten“). Dabei haben diejenigen Befragten, die vier oder mehr Blickpunkt-Ausgaben im letzten Jahr gelesen haben, auch mehr Anregungen für ihre Arbeit gefunden als die

eher sporadischen Leser. Man könnte diesen Zusammenhang im Sinne von „wer sucht, der findet“ interpretieren. Die Vielleser könnten aber auch generell positiver gegenüber dem Blickpunkt eingestellt sein.

Anregungen für die eigene Arbeit im Blickpunkt?



Inhalte

Die Befragungsteilnehmer sollten eine Reihe Themen aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst und darüber hinaus unter dem Aspekt bewerten, ob sie gern mehr darüber im Blickpunkt lesen würden. Recht deutlich fiel das Votum für „Projekte aus Gesundheitsämtern“ und „neue Gesetze und Verordnungen“ aus (siehe Abb 2). Weniger Interesse bestand an Porträts von Persönlichkeiten aus dem ÖGD und Beiträgen zur Geschichte. Themen, die einen Blick über den Tellerrand des öffentlichen Gesundheitswesens versprochen, waren nicht so beliebt: Ethische

Fragen, ambulante/stationäre Versorgung in Deutschland, Managementthemen, Gesellschaftspolitik allgemein – keines dieser Themen hätte es in der Gesamtbewertung in das obere Drittel geschafft. Diese Bewertung spiegelte jedoch kein mangelndes Interesse an neuen Themen wider, wie die Auswertung der freien Kommentare zeigte. Mit rund 90 Vorschlägen bzw. kritischen Bemerkungen haben die Befragungsteilnehmer ihrerseits ein Spektrum möglicher Beiträge beschrieben, das von A wie „amtliche Überwachung der Apotheken“ bis Z wie „zahnmedizinische Prophylaxe bei Kleinkindern“ reichte.

Über welche Aspekte des öffentlichen Gesundheitswesens würden Sie gerne etwas in einer Zeitung wie dem Blickpunkt lesen?

ÖGD-Thema	Ø Bewertung (1 bis 5)
Projekte aus Gesundheitsämtern	4,26
neue Gesetze und Verordnungen	4,25
Daten und Fakten zum Gesundheitswesen	3,93
Neues aus der Public Health-Forschung	3,88
Gesundheitspolitik	3,78
berufspolitische Themen	3,67
Erfahrungen aus dem Ausland	3,56
technische Innovationen	3,45
Porträts von Persönlichkeiten aus dem ÖGD	2,85
Historisches zum ÖGD	2,76

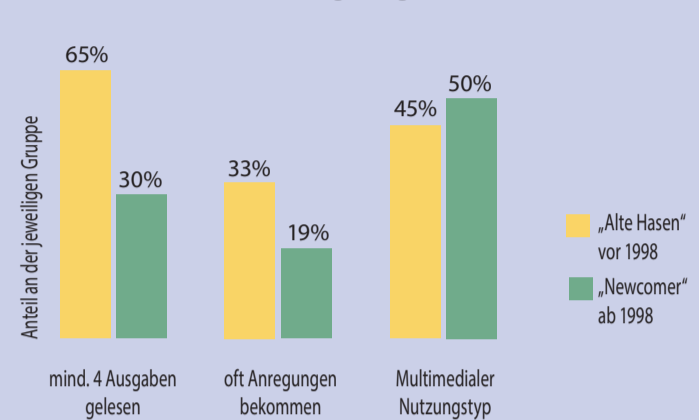
Unterschiede zwischen Leserguppen

Möglicherweise unterscheiden sich die Anforderungen an eine ÖGD-Zeitung zwischen denjenigen, die schon lange in diesem Bereich tätig sind, und denjenigen, die weniger Berufserfahrung sammeln konnten.

Der Vergleich zeigt: „Multimediale“

- haben im letzten Jahr weniger Ausgaben des Blickpunkt gelesen
- fanden aber dort mehr Anregungen für die eigene Arbeit

Antwortverhalten nach Dauer der Zugehörigkeit zum ÖGD



Alle Grafiken: Akademie

Die Stichprobe wurde nach der Dauer der Zugehörigkeit zum ÖGD in zwei Hälften geteilt. „Alte Hasen“ sind diejenigen, die vor 1998 im ÖGD beschäftigt sind, „Newcomer“ diejenigen, die erst 1998 oder später zum ÖGD gestoßen sind.

Die „alten Hasen“ kennen den Blickpunkt besser. Deutlich über die Hälfte (56 Prozent) lasen im letzten Jahr vier und mehr Ausgaben, dies trifft nur auf 30 Prozent der Newcomer zu. Jeder dritte „alte Hase“ hat schon oft Anregungen für die Arbeit bekommen, bei den Newcomern ist es nur jeder fünfte.

Die Themenvorschläge werden annähernd gleich bewertet. Auch hinsichtlich der Mediennutzung unterscheiden sich die Gruppen nicht signifikant. Es gibt eine Tendenz, dass die „Newcomer“ häufiger Foren und Blogs nutzen. Jedoch hat sich das Vorurteil, dass Ältere mit virtuellen sozialen Netzwerken, Kurznachrichtendiensten und Apps eher wenig anfangen können, nicht bestätigt. Die Mediennutzung ist auch unabhängig von diesem Aspekt für eine vertiefte Auswertung von Interesse. Eine Zeitung wie der Blickpunkt könnte bei Lesern, die sich noch viele weitere Informationsquellen erschlossen haben, einen anderen Stellenwert haben als bei Lesern, die sich überwiegend aus den traditionellen Medien informieren.

Auch hier teilten wir die Stichprobe wieder in zwei gleich große Untergruppen: Die „Multimedialen“ nutzen besonders häufig virtuelle soziale Netze, Kurznachrichtendienste, Foren und Blogs, die Vergleichsgruppe eher selten.

- bewerten die Eigenschaften des ÖGD besser
- sind genauso lange im ÖGD
- sind weniger interessiert an Themen wie „Daten & Fakten zum Gesundheitswesen“ oder „Neues aus der Public Health-Forschung“
- sind dafür mehr interessiert an Themen wie „Berufspolitik“ und – wen wundert's – „technische Innovationen“.

Zugangswege

Der Postverteiler der Gesundheitsämter ist der meist genutzte Zugang zum Blickpunkt. Rund 70 Prozent der Befragten bekommen die Zeitung auf diesem Wege, weitere neun Prozent haben ein persönliches Abonnement. Jeder Achte gibt allerdings an, den Blickpunkt „eher zufällig“ bekommen zu haben. Den Zugang über einen pdf-Download nutzen 13 Prozent der Teilnehmer, viele davon zusätzlich zur Print-Ausgabe.

Die Verbreitung der elektronischen Ausgabe soll sich in Zukunft verbessern. Darum installiert die Akademie ab dieser Ausgabe einen zusätzlichen Publikationskanal über die Plattform „issuu“ – siehe: http://issuu.com/akademieoegw/docs/blickpunkt_2014_04 Beim Online-Lesen an PC, Tablet oder Smartphone kann man auf komfortable Funktionen (zoom, blättern) zugreifen. Die „Clip“-Funktion ermöglicht es außerdem, einzelne Textstellen, Artikel oder Bilder zu markieren und per Mail oder „social media“-Buttons mit anderen zu teilen.

Eine der ersten sichtbaren Änderungen bzw. Verbesserungen...

Miguel Tamayo

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: Griebsch & Rochol Druck, Hamm
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.

Redaktionsschluss für die Ausgabe 1/2015 ist der 2. Januar 2015
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



25 Jahre Mikroprojekt & mehr ... 1988 – 2014

mikropro rki

- SurvNet3-kompatibles Meldewesen laut Infektionsschutzgesetz (IfSG)

mikropro health

- Amtsärztlicher Dienst, SPDi
- Infektionsschutz, Umgebungsuntersuchungen
- Zentralkartei, Gebührenabrechnung
- Automatisierter Schriftverkehr mit Word
- Frei definierbare Untersuchungen

mikropro hades

- Mortalitätsstatistik und Todesbescheinigungen
- Elektronische Meldung an das Land

mikropro hygiene-wasser

- (Trink-)Wasseruntersuchungen und Besichtigungen
- Teis-/NLGA-/SEBAM-Schnittstelle
- Dokumentenmanagement, Wiedervorlagen

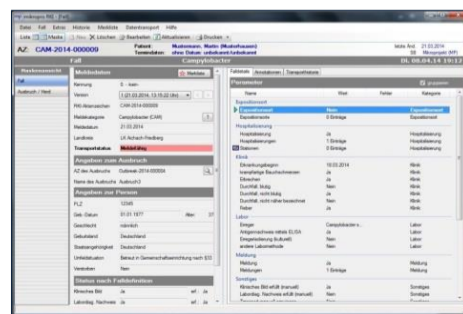
- ✓ Klar strukturiertes Programmdesign
- ✓ Geringer Schulungsaufwand, kurze Einarbeitungszeit
- ✓ Optimaler Nutzen zu einem fairen Preis

Entwickelt in Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern

mikropro Software

Software für alle Bereiche des Gesundheitsamtes

mikropro rki



MIKROPROJEKT GmbH
Merkurstraße 6b
67663 Kaiserslautern
www.mikroprojekt.de

Telefon: 0631/414044-0
Fax: 0631/414044-29
Mail: health@mikroprojekt.de

Nachgefragt

Alexander Friedrich, der an der Universität Groningen (Niederlande) den Lehrstuhl für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene inne hat, ist ein engagierter, leidenschaftlicher Vertreter seines Fachgebietes. Vom BVÖGD wurde er in diesem Jahr für seinen Einsatz bei der Bekämpfung von antibiotikaresistenten Keimen ausgezeichnet. Wir sprachen mit ihm über die Bedeutung der Netzwerkarbeit, die Rolle des ÖGD und die infektionsepidemiologischen Herausforderungen der Zukunft. Nachhaltigkeit, meint Alexander Friedrich, könne nur über eine "Kultur" der Infektionsprävention erreicht werden. Wissen, Kompetenz, Strukturen, Menschen, die situationsadäquat handeln – all das könne nicht einfach so aus dem Nichts gezaubert werden. Deshalb plädiert er u. a. auch für den Aufbau eines stabilen und flächendeckenden Netzwerks von modernen Infektionszentren.

Herr Professor Friedrich, Studien haben gezeigt, dass es in Europa große Unterschiede bei den Prävalenzraten für MRSA und andere Krankenhauskeime (z.B. VRE, 4MRGN) gibt. Sind niederländische Krankenhäuser sicherer als deutsche?

Niederländische Krankenhäuser sind sicherer in Bezug auf nosokomial übertragbare Erreger (HA-MRSA, 4MRGN), weil hier viel mehr „Vor-Ort-Kompetenz“ zur Verfügung steht. Das heißt: In fast jedem Krankenhaus – auch in Häusern mit 200 oder 300 Betten – sind hauptamtlich medizinische Mikrobiologen/Krankenhaushygieniker, Infektiologen und Hygienefachkräfte im Einsatz. Die Niederlande haben seit Mitte der 1980iger Jahre mit Nachdruck entsprechende junge Fachärzte ausgebildet und ihnen auch in kleinen und mittelgroßen Krankenhäusern eine interessante Berufsperspektive geboten. Heute arbeiten daher ca. 300 dieser Fachärzte in den Niederlanden, in Deutschland ca. 700. Aber Deutschland ist sechsmal so groß wie die Niederlande.

Ihr Name steht insbesondere für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Infektionsschutz. Woran misst sich der Erfolg eines Netzwerkes wie „EurSafety Health-net“?

Daran, wie es gelingt, alle Akteure im Gesundheitswesen zur Zusammenarbeit zu bewegen, um das Problem von MRSA & Co. in den Griff zu bekommen. Beteiligt sind ja nicht nur Krankenhäuser, sondern auch Pflegeheime, Rehakliniken, Arztpraxen, ambulante Pflegedienste, Krankentransporte, Gesundheitsämter, Laboratorien, Krankenkassen und natürlich Patientenorganisationen. Im Rahmen des Netzwerkes wurden Qualitätskriterien für Krankenhäuser, Rehakliniken und Pflegeheime erstellt, etabliert und kontrolliert. Wer sich an die Kriterien hält, kann ein grenzüberschreitend gültiges EurSafety Qualitäts- und Transparenzsiegel erhalten. Mittlerweile haben 141 Kliniken und ca. 350 Pflegeheime rechts und links der niederländisch-deutschen Grenze mindestens eines dieser Siegel. Dabei gilt: Machen ein paar Krankenhäuser in der Versorgungsregion nicht mit oder halten sich nicht an die Regeln, dann bekommt kein Haus der Region das Siegel. Ich gebe zu, dass dieses Netzwerk-Prinzip für viele Krankenhäuser neu ist, aber im Rahmen des Projektes konnten wir zeigen, dass eine solche regionale Strategie, die nosokomiale MRSA-Rate um 40 Prozent zu senken vermag.

Als „Good-Practice“-Beispiel sind die Daten und Erfahrungen aus der Netzwerkarbeit hier vor Ort zudem in die bundesweite Regelung zur präventiven Dekolonisationsbehandlung von ambulanten Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus geflos-

sen. Das macht erstens deutlich, dass man etwas verändern kann, wenn man mit der Problemlösung vor seiner eigenen Haustür beginnt und zweitens, dass Good-Practice aus einem europäischen Land (hier die MRSA-Strategie der Niederlande: "search & destroy") nach Anpassung („search & follow“) auch in einem anderen Land implementiert werden kann. Die EU hat zusammen mit den Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen die hierfür notwendige Finanzierung bereitgestellt. Wir sollten noch viel häufiger und überall in Europa von diesen Finanzierungsmöglichkeiten für Gesundheitsprojekte Gebrauch machen.

Ich kann mir keinen besseren Netzwerkmoderator im Infektionsschutz vorstellen als den ÖGD.

Grenz- und institutionenübergreifende Zusammenarbeit zu initiieren und sie „am Laufen“ zu halten, ist sicherlich keine leichte Aufgabe. Was sind klassische Stolpersteine?

Die grenzübergreifende Zusammenarbeit sollte generell zum Prinzip werden. Dabei geht es nicht nur um Landesgrenzen. Überall sind Grenzen entstanden, die trennen, Kommunikation erschweren und damit eine Gefahr für die Infektionsprävention aber auch für andere Aspekte der Patientenversorgung darstellen. Das Misstrauen gegenüber möglichen Interessen einer Gruppe verhindert häufig eine offene und erfolgreiche Zusammenarbeit und führt meist dazu, dass auf die Verantwortung des anderen verwiesen wird. Krankenhäuser sagen, die Patienten sind bei der Aufnahme bereits positiv und zeigen auf andere Krankenhäuser und die Pflegeheime. Die Pflegeheime sagen, die betroffenen Patienten kommen aus dem Krankenhaus und zudem würden sich die Hausärzte nicht ausreichend kümmern und hielten sich nicht an alle Hygieneregeln usw. Wenn jeder auf den anderen zeigt, liegt meist ein Systemfehler vor. Systemfehler können nicht von einer Gruppe alleine gelöst werden, aber sie können gelöst werden.

Umgekehrt: Was fördert die Zusammenarbeit?

Vertrauen! Netzwerkorganisationen können nicht hierarchisch organisiert werden. Im Netzwerk gibt es keinen Chef, sie beruhen auf gegenseitigem Vertrauen und der eigenen Einsicht, dass das Gesamte mehr ist als die Summe aller Einzelteile. Natürlich gibt es in einem Netzwerk Koordinatoren und andere Funktionen, aber die sind viel flexibler organisiert und können entstehen und sich wieder auflösen, davon abhängig, was die jeweilige Situation erfordert.

Wie aktiv sehen Sie den Öffentlichen Gesundheitsdienst in diesem Bereich? Engagiert er sich genug?

Ich kann mir keinen besseren Netzwerkmoderator im Infektionsschutz vorstellen als den ÖGD. Er gilt als interessensneutral, kann auf Systemebene handeln, ist in jedem Kreis vorhanden und besitzt wichtige Fachkompetenz. Bisher wird die Netzwerkarbeit jedoch als eine Art freiwilliges Optional angesehen. Ich glaube, die Zeit ist jetzt vorbei. Es geht nicht mehr darum, ob man als ÖGD ein Netzwerk koordinieren soll oder nicht, sondern darum, wer im Gesundheitsamt verantwortlich dafür ist, wie man es umsetzt und wer es finanziert. Wünschenswert wäre es, wenn die Ministerien flächendeckend Anschubfinanzierungen zur Verfügung stellten, um die sich alle Gesundheitsämter und deren Netzwerke bewerben könnten. Hiermit wäre eine Finanzierung für die Netzwerkarbeit über einen Zeitraum von drei bis fünf Jahren gesichert. Der ÖGD müsste sich dafür aber weiterqualifizieren, Netzwerker ausbilden und selbst grenzüberschreitend, nämlich über Kreis- und sogar Bundeslandgrenzen hinweg, zusammenarbeiten, auch wenn juristische oder gesetzgeberische Hürden natürlich erstmal bestehen. Um Nachhaltigkeit zu erreichen, fehlen allerdings noch zwei Zutaten: Nachwuchs und Innovation. Der ÖGD sollte daher eine Brücke zu den Universitäten aufbauen. Konkret heißt das, dass der ÖGD sich an Forschungsprojekten beteiligt, an Projektanträgen mitschreibt, projektfinanzierte Rotationsstellen ermöglicht und sich bei Studien und Publikationen einbringt. Neben der Möglichkeit von Forschungsjahren an der Universität für ÖGD-Mitarbeiter und Beteiligung an der Lehre könnten in Zukunft auch drittmittel-finanzierte akademische Arbeitsplätze am Gesundheitsamt entstehen, worüber jungen Menschen neue Perspektiven gegeben würden. Letztendlich brauchen wir auch Lehrstühle des Faches ÖGD und damit die nachhaltige Basis für Nachwuchs und Innovation im Sinne eines „ÖGD 2.0“.

Wo sehen Sie weiteren Handlungsbedarf?

Neben den neuen Herausforderungen durch die „emerging infectious diseases“ in einer vernetzten Welt und epidemischen Infektionen (z.B. EHEC, Ebola, MERS-CoV) wird eine der größten Herausforderungen für die Infektionsprävention der demographische Wandel, denn er geht mit immer mehr und immer komplexeren medizinischen Maßnahmen einher. Das wird wiederum unweigerlich zu einer Zunahme von behandlungsassoziierten Infektionen führen, wobei der Er-

halt der Antibiotikatherapie von größter Bedeutung ist.

Aktuell macht die Ebola-Krise deutlich, dass die Prävention von Infektionskrankheiten systemrelevant ist. Im Bereich des Infektionsschutzes dürfen wir das Präventionskontinuum nicht aus den Augen verlieren, das von VRE, MRSA und Noroviren über XDR-TB und EHEC bis hin zu MERS-CoV und Ebola reicht. Das Robert Koch Institut alleine kann diese Aufgabe für ganz Deutschland nicht bewältigen und es gelingt schon gar nicht mit einer häufig geforderten Infektions-Task-Force. Nachhaltigen Infektionsschutz erreicht man lediglich mit dem Aufbau einer „Infektionspräventions-Kultur“. Wissen, Kompetenz, Strukturen, Menschen, die situationsadäquat handeln – all das kann nicht einfach so aus dem Nichts gezaubert werden. Hierzu muss man vor allem Strukturen zur Ausbildung fördern. Ohne Ausbilder kann es niemanden geben, der die Kunst lernt, Infektionen im Schach zu halten. Eine Kultur der Infektionsprävention wächst langsam „wie ein Wald“, fällt man einen Baum, muss der erst wieder nachwachsen. Die Zeit, dass Bäume des Infektionsschutzes gefällt wurden – sprich Hygiene-/Mikrobiologie-Institute und Landesgesundheitsämter samt Laboren geschlossen werden – ist angesichts der heutigen Situation sicher vorbei. Natürlich will keiner altmodische Seucheninstitute. Was wir brauchen, ist ein stabiles und flächendeckendes Netzwerk von modernen Infektionszentren überall in Deutschland. Das heißt: das Robert Koch Institut als Koordinator, vernetzt mit unabhängigen, regionalen Infektionszentren (den z. T. noch vorhandenen Landesgesundheitsämtern, noch besser aber landesübergreifende Zentren). Diese müssen sich wiederum mit Forschungseinrichtungen



Foto: privat

vernetzen und auf den Gesundheitsämtern in den Kreisen aufbauen – alles organisiert in einer Netzwerkstruktur: stabil, flexibel, schlagkräftig und unabhängig von Politik, Bundes- und Landesministerien. Da für den veterinärmedizinischen Infektions- und Verbraucherschutz dasselbe gilt, kann eine Vernetzung auch hier einfacher stattfinden. Auf Ebene der Landesministerien könnte die Funktion eines „One-Health“-Staatssekretärs, der in Personalunion in beiden Ministerien tätig ist, diese Vernetzung begleiten und fördern.

Die Bedrohung durch Antibiotikaresistenzen und die aktuelle Situation rund um Ebola machen

Die Ebola-Krise macht deutlich, dass die Prävention von Infektionskrankheiten systemrelevant ist. Im Bereich des Infektionsschutzes dürfen wir das Präventionskontinuum nicht aus den Augen verlieren.

deutlich, dass wir wieder an der Tradition Robert Kochs anschließen müssen, dem Gründervater der Hygiene und Mikrobiologie. Seine Augen für das Unsichtbare machten es möglich, zu handeln, bevor der erste Patient erkrankte. Nur eine neue Generation von integrierten Infektionsärzten, die aus den heutigen Medizinischen Mikrobiologen, Hygienikern und Infektiologen hervor gehen muss, kann die Nachhaltigkeit dieser Zukunftsvision sicherstellen.

Interview: Ellen Steinbach

WASSER IST UNSER HÖCHSTES GUT.

Wasserqualität und -quantität, KRYSCHI UV-Geräte für alle Trinkwässer.

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.krysch.de • info@krysch.de

Wenn Wohnungen unbewohnbar werden

Das mediale Interesse an dem Phänomen der Vermüllung, der Wohnungsverwahrlosung oder dem pathologischen Horten* ist groß. Wer kennt sie nicht – die Bilder von Wohnungen, die unvorstellbar zugemüllt sind und in denen mittlerweile schon Schädlinge hausen? Die Vermüllung ist nicht nur sichtbar, man riecht sie auch. Für Vermieter und Nachbarn ein unerträgliches Ärgernis. Kein Wunder, dass sie sich empört an die Ämter wenden: „Tun Sie was! Das geht doch nicht!“ Das Ordnungsamt, das Sozialamt (Wohnungssicherung) und auch das Gesundheitsamt sind in diesen Fällen gefragt. Letzteres zunehmend mit seiner Fachabteilung, dem sozialpsychiatrischen Dienst, denn oft ist eine psychiatrische Erkrankung die Ursache für die katastrophale Wohnungssituation. Eine aktuelle Untersuchung des Dortmunder Sozialpsychiatrischen Dienstes zeigt: Unbewohnbar gewordene Wohnungen sind kein einheitliches Phänomen. Sie sehen unterschiedlich aus und sind auf unterschiedlichem Wege zustande gekommen. Und: Schon ein kleiner Test, der sogenannte Mülltütestest, kann weitere wichtige Hinweise geben. Die Art und Weise, wie eine Person auf das Angebot reagiert, ihr beim Entmüllen zu helfen, lässt Rückschlüsse auf zugrundeliegende Erkrankungen zu. Ralf Bispinck und Johanna Kuster, beide als Sozialarbeiter beim Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Dortmund tätig, stellen die Untersuchung vor.

Die Zunahme der Fälle von Wohnungsverwahrlosung sowie das große öffentliche und mediale Interesse waren der Anlass, uns der Problematik durch eine Analyse der eigenen Fälle zu nähern. Dabei haben wir uns von folgenden Fragen leiten lassen:

- Wie lassen sich die Betroffenen soziodemografisch näher beschreiben?
- Lassen sich sinnvolle Typisierungen finden für die Bilder der Wohnung und das Hilfeannahmeverhalten der Patienten?
- Welche sozialpsychiatrischen Interventionen kommen zum Einsatz?

- Hat die zugrunde liegende seelische Erkrankung einen Einfluss auf Hilfeannahmeverhalten und Outcome?

Ziel war die Erarbeitung eines möglichst praxisnahen und einfach umzusetzenden Konzeptes für die sozialpsychiatrische Arbeit. Dieses sollte insbesondere den nicht-ärztlichen Berufsgruppen ermöglichen, aus dem Bild der Wohnung und dem Hilfeannahmeverhalten des Patienten eine Auswahl der am besten geeigneten sozialpsychiatrischen Interventionen zu treffen und so Outcome und Prognose zu verbessern.

Herr R.: Dem Abfall in der Wohnung und dem leeren Kühlschrank nach zu urteilen, ernährte er sich hauptsächlich von Dosenintöpfen und Toastbrot. Überall...standen und lagen viele Bierflaschen.

Herr R. wurde durch den Vermieter dem Sozialpsychiatrischen Dienst gemeldet, da ihm eine deutliche Vernachlässigung der Körper- und Kleidungspflege seines Mieters und ein unangenehmer Geruch aus der Wohnung aufgefallen war.

Von Seiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes wurde mehrmals versucht, Kontakt zu Herrn R. aufzunehmen. Auf Einladungen in unsere Sprechstunde kam er nicht, bei angemeldeten Hausbesuchsterminen war er nicht anzutreffen. Erst bei einem unangekündigten Hausbesuch öffnete Herr R. nach längerem Schellen und Klopfen – er hatte noch geschlafen und uns erst spät gehört. Schon im Treppenhaus fiel der seit langem nicht mehr geleerte Postkasten auf. Er ließ uns dann direkt und ohne Widerstreben in seine Wohnung.

In der Wohnung befanden sich kaum Möbel. Umzugskartons, die nie zu Ende ausgepackt worden waren, standen noch im Flur. Zeitungen, Müll, Verpackungen und Essensreste lagen auf dem Boden und den spärlich vorhandenen Möbeln. Die Rolläden waren nur halb geöffnet. Unabgewaschenes Geschirr türmte sich in der Küche und um die Couch im Wohnzimmer, auf der Herr R. offensichtlich seine Tage verbrachte und auch schlief. Ungeöffnete Korrespondenz lag auf dem Couchtisch. Das Bett war nicht bezogen und verschmutzt. Die Wohnungspflege war seit langem stark vernachlässigt worden genauso wie die Körper- und Kleidungspflege. Vor allem das Badezimmer war sehr verschmutzt.

Herr R. hatte kaum Lebensmittel im Haus, er kaufte nur gelegentlich ein und verließ die Wohnung nur in den Abendstunden. Dem Abfall in der Wohnung und dem leeren Kühlschrank nach zu urteilen, ernährte er sich hauptsächlich von Dosenintöpfen und Toastbrot. Überall, besonders aber um die Couch herum, standen und lagen viele Bierflaschen.

Herr R. erzählte, dass er durch die Schließung der Firma, in der er jahrelang angestellt war, arbeitslos wurde. Seit seiner Bundeswehrzeit habe er abends sein „Bierchen“ getrunken, aber „ganz normal, so wie alle“. Als aber alle Versuche, wieder eine Arbeit zu finden, und dann auch noch seine langjährige Beziehung scheiterten, habe er mehr getrunken und sich mehr und mehr zurückgezogen. Seine vorigen Wohnungen habe er wegen ähnlicher Probleme verloren.

Auch uns gegenüber verhielt sich Herr R. passiv – er ließ uns am Ende des ersten Hausbesuches den Müll hinunterbringen, ebenso wie er uns einige Tage später in die organisierte Entgiftungsbehandlung begleitete. Nahtlos folgte die stationäre Rehabilitationsbehandlung, während derer die Antragstellung für ambulant betreutes Wohnen und die Grundreinigung der Wohnung erfolgte. Das Mietverhältnis wurde so erhalten, seine Angelegenheiten regelt Herr R. heute wieder eigenständig. Bleibt er weiter abstinent, ist von einer guten Wohnungsprognose auszugehen.

Retrospektive Analyse von 186 Fällen

Der Sozialpsychiatrische Dienst in Dortmund arbeitet in drei spezialisierten Fachbereichen für psychisch Kranke, für Alkoholabhängige und für Drogenabhängige.

Die 15 Sozialarbeiter aller Fachbereiche sahen im Zuge der Untersuchung die Fälle der vergangenen fünf Jahre durch und identifizierten jene, bei denen eine katastrophale Wohnsituation ganz im Vordergrund der Fallproblematik stand.

Darunter verstanden wir, dass

- die Wohnung gar nicht mehr betretbar war,
- die Wohnung in ihrer Nutzbarkeit stark eingeschränkt war (Zimmer nicht mehr erreichbar, Funktionsräume Bad und Küche nicht mehr nutzbar)
- eine Gefährdung der Bewohner oder Dritter vorlag (z. B. Brandgefahr, statische Überlastung)
- oder es zu einer erheblichen Beeinträchtigung für die Umgebung (Schädlinge, Geruch) gekommen war.

Die soziodemografischen Daten zeichnen das Bild sehr isoliert lebender Betroffener: Über 90 Prozent waren nie verheiratet, sind geschieden oder verwitwet. 84 Prozent lebten allein. Der Altersgipfel liegt zwischen 45 und 65 Jahren... Unsere Patienten sind parallel zur Zuspitzung der Wohnungssituation von Prozessen der sozialen und beruflichen Desintegration betroffen.

Es wurden 186 Fälle retrospektiv analysiert. Erhoben wurden:

- Zugangsweg zum Sozialpsychiatrischen Dienst
- Soziodemografische Daten (Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildung, Berufstätigkeit, Einkommensart und Wohnsituation)
- Psychiatrische Diagnose
- Maßnahmen des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Frau S.: Nur ein schmaler Gang war geblieben, auf dem man sich vorsichtig durch die hüfthoch angesammelten Gegenstände bewegen konnte.

Frau S. ist dem Sozialpsychiatrischen Dienst seit mehreren Jahren bekannt. Die Erstmeldung erfolgte damals durch die besorgte Schwester der Betroffenen. Diese berichtete, dass Frau S. lange Jahre als Empfangsdame mit großem Engagement in einem Hotel gearbeitet habe. Sie sei nun aus ihr nicht bekannten Gründen gekündigt worden. Frau S. ziehe sich immer mehr zurück, empfangen keinen Besuch mehr bei sich und schlage viele Einladungen aus. Die Nachbarn beschwerten sich über das „Gerümpel“, welches im Flur vor der Wohnungstür von Fr. S. immer mehr zunahm. Der Sozialpsychiatrische Dienst lud Fr. S. zu einem Gesprächstermin ein. Fr. S. nahm diesen Termin wahr, kam jedoch eine Stunde zu spät. Sie zeigte sich pikiert über die Aussagen ihrer Schwester und leugnete diese vehement. Fr. S. machte einen klaren und geordneten Eindruck.

Wenig später meldete sich der Vermieter von Fr. S. beim Sozialpsychiatrischen Dienst. In der Wohnung über ihr habe es einen Wasserschaden gegeben und nun müssten Handwerker dringend in die Wohnung von Frau S., um notwendige Reparaturen durchzuführen. Diese verweigere jedoch den Handwerkern, wie auch dem Vermieter, den Zutritt zu der Wohnung. Aufgrund dieses Sachverhaltes meldete sich der Sozialpsychiatrische Dienst schriftlich zu einem Hausbesuch an. Frau S. sagte die Termine ab oder war nicht anzutreffen.

Erst als der Vermieter androhte, sich durch einen Gerichtsbeschluss Zutritt zu der Wohnung zu verschaffen oder das Mietverhältnis zu kündigen, war Frau S. bereit, uns in die Wohnung zu lassen. Allerdings gestattete sie nur den Zutritt zu Flur und Küche; die anderen Räume hatte sie abgeschlossen. In dem schmalen Flur und der Küche war eine Überfülle meist noch originalverpackter Artikel aufgestapelt, die Fr. S. im Teleshopping gekauft hatte. Dabei handelte es sich um zahlreiche Küchen- und Elektronikgeräte wie Töpfe, Küchenmaschinen, Kochutensilien, Bügeleisen und DVD-Player. In den Ecken stapelten sich Berge von Zeitungen, Prospekten und Korrespondenz. Nur ein schmaler Gang war geblieben, auf dem man sich vorsichtig durch die hüfthoch angesammelten Gegenstände bewegen konnte.

Fr. S. war unser Besuch sehr unangenehm. Immer wieder bemühte sie sich, Sachen aus dem Weg zu räumen, was aber angesichts der Fülle gar nicht möglich war. Sie versicherte, dass sie gerade dabei wäre, auszusortieren und Ordnung zu schaffen. Sie brauche einfach etwas Zeit und Ruhe dafür. Unser Angebot am Ende des Besuches, einen Müllbeutel mit hinunter zu nehmen, wurde vehement abgelehnt.

Ein gemeinsames Gespräch mit Frau S. und ihrem Vermieter ergab, dass sie einen freien Kellerraum nutzen konnte, um aus der Wohnung einen Teil des Sammelgutes nach unten zu verlagern. Dadurch wurden die Durchgänge in der Wohnung wieder begehbar und die Funktionsräume wieder nutzbar. Weitergehende Hilfen, insbesondere das Angebot regelmäßiger aufsuchender Unterstützung in Form von ambulant betreutem Wohnen oder einer Haushaltshilfe, lehnte Frau S. ab.

- Häufigkeit von Wiederholungsvermüllungen
- Einbindung in das psychosoziale Hilfesystem
- Hilfeannahmeverhalten
- Outcome

Im Folgenden geben wir die wichtigsten Ergebnisse wieder. Der vollständige Bericht kann auf der Internetseite des Gesundheitsamtes der Stadt Dortmund (http://www.dortmund.de/media/p/gesundheitsamt_6/pdf_3/psychatrie_und_sucht_1/Wenn_Wohnungen_unbewohnbar_werden.pdf) eingesehen und heruntergeladen werden.

Die Betroffenen

Dr. Peter Dettmering, der in den 1980er Jahren in den Sozialpsychiatrischen Diensten Hamburgs und Berlins arbeitete, prägte 1985 die Bezeichnung „Vermüllungssyndrom“. Der Begriff impliziert, dass es sich um ein eigenes Diagnosebild handelt. Unsere Erhebung aber legt den Schluss nahe, dass solch krisenhafte Zuspitzungen von Wohnsituationen im Verlauf aller schweren chronischen psychischen Erkrankungen auftreten können – oft nach jahre- bis jahrzehntelangem Verlauf.

Die Betroffenen litten an Erkrankungen aus dem gesamten Spektrum psychiatrischer Krankheitsgruppen – von organischen Störungen bis hin zu schweren Persönlichkeitsstörungen und Intelligenzminderungen, lediglich die ICD 10 Gruppe F4 (neuroti-

sche Störungen) war ausgespart. Ursächlich dürften Selektionseffekte sein, da diese Patienten im Klientel der Sozialpsychiatrischen Dienste klassischerweise selten vertreten sind. Den Hauptanteil mit 85 Prozent machten vier Diagnosegruppen aus: Sucht: 41 Prozent, Psychosen: 17 Prozent, Depressionen: 14 Prozent und pathologisches Horten (Messie-Syndrom): 12 Prozent.

Die soziodemografischen Daten zeichnen das Bild sehr isoliert lebender Betroffener: Über 90 Prozent waren nie verheiratet, sind geschieden oder verwitwet. 84 Prozent lebten allein. Der Altersgipfel liegt zwischen 45 und 65 Jahren.

Häufig kolportierte Vorurteile eines geringen Bildungsstandes konnten nicht bestätigt werden. Nur 4 Prozent der Betroffenen hatten keinen Abschluss und nur 7 Prozent ein Förderschulabschluss, ansonsten hatten alle anderen regelrechte Bildungsabschlüsse. Ähnliche Ergebnisse fanden wir bei der Erhebung der beruflichen Anamnese: Nur 27 Prozent waren nie geregelt berufstätig, über 70 Prozent der Betroffenen fassten zunächst beruflich Fuß.

Die Erhebung der aktuellen Einkommenssituation zeigt jedoch, dass zum Zeitpunkt des Auftretens der katastrophalen Wohnsituation nur noch 5 Prozent aktuell von Arbeitseinkommen lebten. 39 Prozent bezogen Rente, 44 Prozent Arbeitslosengeld II. Unsere

Als wir den Bericht aus Dortmund erhielten, war noch nicht klar, wer 2014 den **Qualitätspreis der Akademie** erhalten würde. Umso schöner, dass wir an dieser Stelle verkünden können: Der Dortmunder Sozialpsychiatrische Dienst hat mit seiner Untersuchung und den daraus abgeleiteten praktischen Vorgehensvorschlägen die Jury überzeugen können. Er ist einer der beiden Gewinner des diesjährigen Akademie-Preises. Über die Preisverleihung und den anderen Gewinner werden wir ausführlich im nächsten Blickpunkt berichten.

Patienten sind also parallel zur Zuspitzung der Wohnungssituation von Prozessen der sozialen und beruflichen Desintegration betroffen.

Die Betroffenen suchen nur selten (8 Prozent) selbst Hilfe. Meist werden sie von Vermietern, Polizei, Angehörigen oder Nachbarn den städtischen Behörden wegen aufgetretener Auffälligkeiten gemeldet. Der Großteil der Betroffenen ist dem Sozialpsychiatrischen Dienst (73 Prozent) unbekannt und hat auch zum gesamten medizinischen und psychosozialen Hilfesystem keinen Kontakt.

Maßnahmen

Dann wurden die in den 186 Fällen durchgeführten sozialpsychiatrischen Interventionen erhoben. Diese zeigen je nach Art der zugrunde liegenden Erkrankung deutliche Unterschiede.

Bei den Suchterkrankungen stehen naturgemäß suchtspezifische Therapiemaßnahmen (Entgiftung und Entwöhnung: 44 Prozent) im Vordergrund, häufig ist auch die Behandlung körperlicher (Folge-) Krankheiten (54 Prozent).

Bei den Menschen mit Psychosen war die Wohnsituation oft Ausdruck einer Verschlechterung der (unbehandelten) Psychose mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Alltagskompetenzen. Aufgrund dessen waren Behandlung der Grunderkrankung (65 Prozent) und Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung (77 Prozent) hier die wichtigsten Maßnahmen.

Vorübergehende gesetzliche Betreuung (58 Prozent) und Entschärfung von Konflikten im Wohnumfeld durch Kontakte zu Nachbarn und Vermieter (80 Prozent) waren die häufigsten Hilfen für depressive Patienten.

Pathologische Horter akzeptieren seltener eine gesetzliche Betreuung (30 Prozent) und fast nie eine psychiatrische Behandlung. Hier geht es vor allem um praktische Hilfen durch die Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes (26 Prozent), den Einsatz regelmäßiger Haushaltshilfen (17 Prozent) und die Durchführung von professionellen Entmüllungsmaßnahmen (30 Prozent).

Bei den Betroffenen mit Psychosen und den pathologischen Hortern sind Wiederholungsvermüllungen doppelt so häufig (40 Prozent) wie bei Menschen mit Sucht (17 Prozent) bzw. mit Depression (19 Prozent).

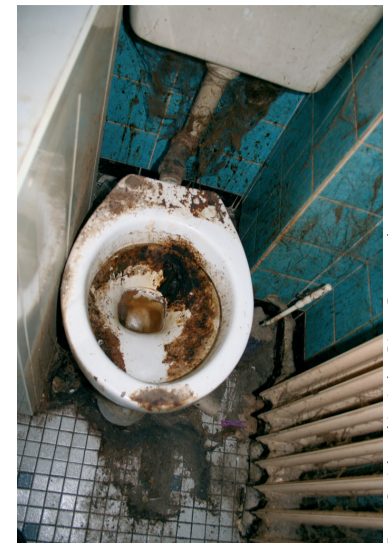
Das Hilfeannahmeverhalten ist in allen vier Diagnosegruppen

durch Rückzug, Krankheitssymptomatik und Widerstände beeinträchtigt. Am ausgeprägtesten ist dies bei der Gruppe der pathologischen Horter festzustellen: Hier nehmen nur 13 Prozent der Betroffenen die angebotenen Hilfen bereitwillig an (Suchtkrankheiten: 27 Prozent, Psychosen: 26 Prozent, Depressionen: 38 Prozent). Entsprechend sind die ungünstigen Outcome-Kategorien „nichts erreicht“ und „Wohnung verloren“ mit fast der Hälfte der Gruppe (44 Prozent) bei den Hortern am häufigsten.

In der Gruppe der Betroffenen mit Psychosen fällt auf, dass das Auftreten der schwierigen Wohnsituation offenbar häufig Ausdruck einer Verschlechterung der Gesamtkrankheitssituation ist und deshalb zu einer Intensivierung der Unterstützung durch Umzug in eine andere Wohnform (Heim, Wohngemeinschaft 35 Prozent) führt.

Fazit der Untersuchung

Messies (pathologische Horter) sind zwar Objekt großen medialen Interesses, diese Gruppe macht



Fotos: Sozialpsychiatrischer Dienst Dortmund

jedoch nur einen kleinen Teil (12 Prozent) unserer Fälle unbewohnbar gewordener Wohnungen aus. Vielmehr sind sie meist Teil einer umfassenden Selbstvernachlässigung im Rahmen einer schweren, lang dauernden psychiatrischen Krankheit (Sucht, Psychose, Depression). Die unbewohnbar gewordene Wohnung ist die sicht- und ruchbare Spitze eines meist vielschichtigen, komplexen Hilfebedarfes, der sich nicht nur auf

die Wohnung bezieht. Die Art der zugrunde liegenden Erkrankung hat Auswirkungen auf das Hilfeannahmeverhalten, die Auswahl geeigneter sozialpsychiatrischer Maßnahmen, den Outcome und die Prognose. Ihre Kenntnis erleichtert es psychosozialen Professionellen, eine der Störung angemessene Haltung einzunehmen und vergrößert so die Chance, tragfähige Unterstützungsbeziehungen aufzubauen. Ein

diagnosedifferenziertes Vorgehen ist deshalb Grundlage des Dortmunder Vorschlages zum praktischen Vorgehen bei unbewohnbar gewordenen Wohnungen (siehe Übersicht).

Ralf Bispinck, Johanna Kuster

*Besondere Aufmerksamkeit kommt dabei der sich selbst als Messies bezeichnenden Gruppe der pathologischen Horter zu. 2013 wurde im DSM 5 erstmals dieses neue Störungsbild als „hoarding disorder“ psychiatrisch klassifiziert.

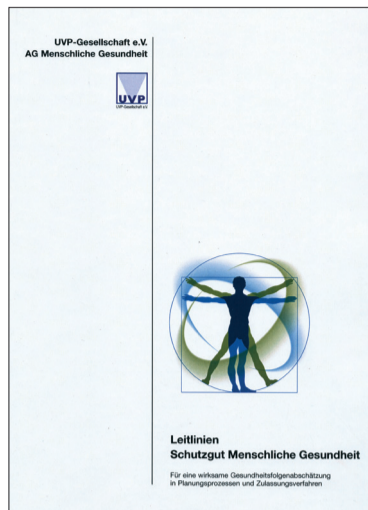
Dortmunder Vorschlag zum praktischen Vorgehen bei unbewohnbar gewordenen Wohnungen

	Wohnungstyp	Patientenverhalten und Hilfeannahme	Sozialpsychiatrische Maßnahmen	Wohnprognose
Suchtkrankheiten (F1) (Alkohol, Drogen)	Körper-, Kleidungs- und Wohnungspflege im gleichen Umfang vernachlässigt. Auch außerhalb der Wohnung vernachlässigtes Auftreten. Zeichen des Konsums (Flaschen). Zeichen von Intoxikationszuständen (Inkontinenz, Erbrochenes, Sturzzeichen). Leben auf dem Sofa vor dem TV. Unbenutzte oder leere Räume in Kontrast zu oft stark verschmutzter Küche und Bad (Oft „schmutzige Leere“). Die Wohnung wird u. U. häufiger gewechselt. Oft abgebrochener Umzug mit nur teilausgepackten Kartons.	Tütentest (1): Lässt Hausbesucher Abfall zur Mülltonne bringen. Verhält sich passiv und vermeidend. Keine innere Bindung an die Wohnung: Lässt Haushaltshilfe oder Umzug zu. Viele Patienten lassen auch Behandlung und Vermittlung ins Krankenhaus zu.	Wenn irgend möglich: Vermittlung in stationäre Entgiftung und Langzeittherapie. Parallel muss Entmüllung und Grundreinigung der Wohnung erfolgen, da sonst bei Rückkehr in katastrophale Wohnung hohe Gefahr des Suchtrückfalles. Passivität und Vermeidung nutzen.	Gut, wenn abstinent. Bei sozialer Isolation und fortgeschrittener Suchterkrankung mit Folgeschäden Unterstützung durch gesetzliche Betreuung und ambulant BEWO.
Psychosen (F2)	Normalerweise imponiert nicht so sehr die Fülle von Dingen sondern die Desorganisation der Wohnung: Nicht Zusammengehöriges liegt beieinander, teilweise skurrile Anordnungen. Zeichen des Wahnerlebens (Rollladen und Vorhänge vorgezogen, Schutz vor Einblicknahme, verdunkelt, Klingel abgestellt, TV oder Spiegel zugehängt oder zerstört, Strahlenschutzfolien, Barrieren, Unverständliches: Steckdosen abgeklebt, Wasser laufen lassen). Auch Zeichen der Antriebsstörung (Abfall, Zeitungen, Werbung nicht zur Mülltonne gebracht).	Der psychotische Patient ist zurückgezogen, ängstlich, angespannt und hält Interaktion nur begrenzte Zeit aus. Tütentest: Lässt das Mitnehmen von Abfall meist zu. Das Hilfeannahmeverhalten ist sehr unterschiedlich und hängt von Krankheitseinsicht sowie Ausmaß psychotischen Erlebens und sozialen Rückzuges ab.	Entscheidend ist die kontinuierliche und aufsuchende Unterstützung im Alltag: Haushaltshilfe und ambulant betreutes Wohnen. Willensbildung meist beeinträchtigt, daher oft Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung erforderlich.	Dauerhafte und kontinuierliche aufsuchende Unterstützung ist erforderlich, sonst häufiger Wiederholungsvermüllungen.
Depressionen (F3)	Außer in Extremfällen ist eine normale Ordnung von Möbeln und Dingen erkennbar. Keine gesammelten Gegenstände, keine Überfülle. Am auffälligsten sind die Folgen des Antriebsverlustes: Geschirr nicht gespült, Zeitungen und Werbesendungen stapeln sich, Abfall nicht herunter gebracht. Patient wird u. U. tagsüber im Bett angetroffen. Vernachlässigung von Körper-, Kleidungs- und Wohnungspflege.	Tütentest: Hausbesucher darf Müll herunterbringen, aber Patient u. U. beschämt. Meist Krankheitseinsicht kein Problem, keine Gegenwehr gegen Hilfe oder Behandlung. Patient lässt Unterstützung zu - teilt aber nicht die Hoffnung der Helfer auf Besserung.	Entscheidend ist die Vermittlung in ambulante oder stationäre antidepressive Behandlung. Parallel dazu Entmüllung und Reinigung der Wohnung (Vermeiden, dass der anbehandelte und teilgebesserte Patient mit einer katastrophalen Wohnung allein gelassen und überfordert wird). U. U. sind keine dauerhaften Maßnahmen erforderlich.	Gut, wenn nicht depressiv. In gesunden Phasen oft keine weitere Unterstützung erforderlich.
Pathologisches Horten (F63.8) (Messie-Syndrom)	Patient verheimlicht Zustand der Wohnung: Große (eventuell unüberwindbare) Schwierigkeit, überhaupt hinein zu gelangen. Außerhalb der Wohnung ist der Patient meist unauffällig, Kleider- und Körperpflege normalerweise nicht beeinträchtigt. In der Wohnung ein Zuviel von Dingen, je nach Ausmaß ist ursprüngliche Ordnung noch erkennbar (Oft „saubere Überfülle“). Durch gesammelte oder gekaufte (oft noch in Verpackung) Dinge, die bis zur Decke gestapelt werden, eingeschränkte Funktion der Wohnung: Räume können nicht mehr erreicht werden, Funktionsräume Küche und Bad nicht mehr benutzt werden. Starke innere Bindung an Wohnung und deren Inhalt – die Wohnung wird nie freiwillig gewechselt.	Tütentest: Löst große innere Not des Patienten aus, Widerstand bis zur tätlichen Gegenwehr. Hilfe wird abgelehnt und wenn unausweichlich, nur sehr widerstrebend zugelassen. Oft auffallend unpünktlich (zeitliche Desorganisation). ----- Erläuterung Tütentest (1): Am Ende des Hausbesuches Angebot, eine Tüte Abfall (sei es vom Patienten bereits gepackter aber noch nicht weggebrachter Abfall, sei es ein vom Besucher mitgebrachter und dann gemeinsam zu füllender Müllsack) beim Hinausgehen mit zur Abfalltonne zu nehmen. Nach einer Idee von Dr. Lothar Lindstedt	Entscheidend ist der Aufbau einer möglichst tragfähigen Beziehung. Wenn Wohnungszustand wegen resultierender Gefahren oder Verlust der Menschenwürde nicht tolerierbar: Zwang. Ansonsten: Vermittlung in Selbsthilfe und Behandlung. Installation kontinuierlicher aufsuchender Hilfe: Ambulant BEWO. Willensbildung normalerweise nicht beeinträchtigt, gesetzliche Betreuung daher nur, wenn Patient einverstanden. Falls möglich Verlagerung des hortenden Verhaltens auf kleinere, nicht verderbliche, besser lagerbare Gegenstände. Außenlagerstellen (angemietete Garage) reduzieren Druck und erhöhen Wohnqualität.	Pathologisches Horten ist ein langdauerndes Verhalten: Auch nach Wohnungsverlust oder erzwungener Entrümpelung wird weiter gehortet. Dementsprechend ist dauerhafte Unterstützung erforderlich. © Dr. Thomas Lenders 2014

Gesundheitsfolgenabschätzung in Planungsprozessen

In der Umweltmedizin tätige Fachleute der Gesundheitsämter haben schon lange auf Hilfen zur Bearbeitung von gesundheitlichen Belangen in Planungsverfahren, z. B. in der Bauleitplanung, gewartet. Die Landesgesundheitsdienstgesetze sehen eine Beteiligung der Gesundheitsämter an öffentlichen Planungen ausdrücklich vor. Dabei kommt den Unteren Gesundheitsbehörden die Aufgabe zu, eine Feststellung zur gesundheitlichen Verträglichkeit des Vorhabens zu treffen. Wiederholt wurden die Gesundheitsämter auch mit brisanten Fragestellungen befasst, wie dem Neubau von Industrieanlagen, z.B. eines Kohlekraftwerks, oder einem „Masterplan“ für ein Stadtgebiet.

In den Gesundheitsämtern wurde bereits in der Vergangenheit darüber diskutiert, wie die Beteiligung bei einer Prüfung nach dem Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung konkret aussehen soll. Gegenstand dieser Untersuchungen sind die Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit, wobei sich bisher die Prüfung des so genannten



„Schutzgutes Mensch“ bei Planungsprozessen und projektbezogenen Vorhaben häufig auf Indikatoren und insbesondere auf die Einhaltung von Grenzwerten stützte. Diese Prüfung erfolgte häufig schon im Vorfeld durch Planungs- und Umweltämter, so dass der wichtige Aspekt einer Betrachtung aus gesundheitlicher Sicht durch die Gesundheitsämter in der Regel nicht oder nur unvollständig bearbeitet wurde.

Die UVP-Gesellschaft e. V. hat diese Defizite schon seit Jahren erkannt. In der von ihr gegründeten „Arbeitsgemeinschaft Menschliche Gesundheit“ haben sich Experten aus der Gesundheitswissenschaft, der Medizin, der Umwelttoxikologie und der Sozialwissenschaft ebenso sowie Ingenieure, Planungswissenschaftler und Fachkräfte der Gesundheitsämter, darunter auch der Autor dieses Beitrags, mit diesem Problem auseinandergesetzt.

Erstes Ziel war dabei, einen Überblick über die Zusammenhänge von Umwelt und Gesundheit, Gesundheitsterminanten, Beeinflussungsfaktoren und Wirkzusammenhängen zu gewinnen. So entwickelte das Autorenteam stufenweise die nun aktuell vorliegenden „Leitlinien Schutzgut Menschliche Gesundheit“.

Die Veröffentlichung stellt zunächst die Anforderungen an den Schutz der menschlichen Gesundheit und die wirksame Umweltvorsorge dar. In der Arbeitsgruppe bestand Einigkeit darüber, dass nicht der Mensch vor den Projekten der Planung in seiner Gesundheit geschützt werden soll, sondern dass die Vorhaben zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation führen müssen. Die rechtlichen Vorgaben der Umweltverträglichkeitsprüfung sehen den Aspekt der Gesundheitsförderung noch nicht vor.

Der Leitfadens versucht in seiner Darstellung über diesen gesetzlichen Rahmen hinaus zu gehen und nicht nur Aspekte der Gefahrenabwehr, sondern ausdrücklich der gesundheitlichen Vorsorge zu berücksichtigen.

In einem weiteren Teil werden die sehr unterschiedlichen spezialgesetzlichen Grundlagen dargestellt. Dieses Kapitel ist für die Beschäftigten der Gesund-

heitsämter sehr hilfreich, da darin deutlich wird, welche Vielzahl an Gesetzen im Planungs- und Umweltrecht existieren, die auszugswise gesundheitsrelevante Aspekte enthalten und die für die Stellungnahme des Gesundheitsamtes relevant sein können.

Ein weiteres Kapitel befasst sich mit den gesundheitsbestimmenden Faktoren. Neben den schon bekannten chemischen und physikalischen Determinanten wird umfassend auf das Problem der Bewertung sozialräumlicher Determinanten und deren Wirkungen sowie den Erholungswert von Natur und Landschaft eingegangen.

In der „Arbeitsgemeinschaft Menschliche Gesundheit“ war den Experten aus den Gesundheitsämtern vor allem dieser Aspekt sehr wichtig, weil hier über die bisher geübte Praxis der Prüfung von chemischen und physikalischen Determinanten hinausgegangen wird.

Umfassend werden die Abläufe der Planungsprozesse und der Verwaltungsverfahren dargelegt. Auch dieses Kapitel verdeutlicht gerade den neuen Mitarbeitern der Gesundheitsämter die Planungsprozesse auf den verschiedenen Planungsebenen. Abschließend werden die Instrumente zur Folgenabschätzung, insbesondere die Möglichkeiten der quantitativen Risikoabschätzung und des Health Impact Assessment, angesprochen.

Das Werk der UVP-Gesellschaft ist übersichtlich gegliedert, bereitet viele Sachverhalte überzeugend auf und ermöglicht den Verantwortlichen einen umfassenden Überblick über Grundlagenmethodik der Umweltverträglichkeitsprüfung zum Schutzgut Mensch. Bedingt durch die umfangreiche Datensammlung ist das Buch möglicherweise etwas theorielastig ausgefallen. Für die Zukunft ist geplant, einen praxisbezogenen Leitfadens zu erarbeiten, der die Arbeitspraxis der Unteren Gesundheitsbehörden stärker berücksichtigt. Hier könnten auch die Mindestanforderungen an die Bearbeitung der UVP-Prüfung zum Schutzgut menschliche Gesundheit aufgenommen werden.

Die Leitlinien sind den Gesundheitsämtern als gute Arbeitshilfe nachdrücklich zu empfehlen

Dieter Weber
D.Weber@stadt-duisburg.de

Leitlinien Schutzgut Menschliche Gesundheit – Für eine wirksame Gesundheitsfolgenabschätzung in Planungsprozessen und Zulassungsverfahren.
Hrsg. UVP-Gesellschaft e.V./AG Menschliche Gesundheit.
Hamm 2014, 228 S., 42,00 EUR
(Preis für Mitglieder der UVP Gesellschaft e.V.: 32,00 EUR)

Zu beziehen:
UVP-Gesellschaft e.V., Sachsenweg 9, 59073 Hamm
E-Mail: zentrum@uvp.de
Web: www.uvp.de

Wie gefährlich sind Schimmelpilze?

Verglichen mit Bakterien oder Viren wurden Schimmelpilze unter medizinischen Aspekten lange Zeit als eher unbedeutend angesehen. Diese Einstellung hat sich in den letzten Jahren für eine breitere Öffentlichkeit geändert. Insbesondere in der Baubiologie und vor dem Hintergrund des Energiesparens sowie einer damit verbundenen, oft mangelhaften Berücksichtigung raumklimatischer Erfordernisse, besteht inzwischen ein starkes Interesse an der Problematik von Schimmelpilzen in Innenräumen.

Das hierzu von Wiesmüller, Heinzow und Herr vorgelegte Werk umfasst mehr als nur eine Analyse des Themas. Hier wird auf 330 Seiten und in mehr als 70 Kapiteln eine eingehende Übersicht zu allen Aspekten dieser Thematik gegeben.

Ein Teil des Werkes beschäftigt sich mit der Darstellung des Kernthemas Schimmelpilze in Gebäuden. Diese Kapitel bilden einen von mehreren Schwerpunkten des Werkes und ermöglichen dem Leser einen fundierten Einstieg. So wird auch die Bewertung einer in der Öffentlichkeit oft emotional geführten und durch Eigeninteressen geprägten Diskussion möglich.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der gesundheitlichen Bedeutung von Schimmelpilzen in Innenräumen. Dieser Teil behandelt ausführlich und fundiert Infektionsrisiken und Infektionen, Intoxikationen, Allergien und andere Krankheitsbilder, die durch Schimmelpilze verursacht werden. Hier findet sich auch Wissenswertes zu Antimykotikaresistenzen sowie zur Therapie und Diagnostik.

Weitere Themenkomplexe sind der Analyse einer Pilzbelastung in Innenräumen gewidmet, dabei insbesondere den gängigen



Mess- und Nachweisverfahren. Von besonderem Interesse ist die Umfelddiagnostik einschließlich solcher Substanzen, die als Geruchsstoffe in die Luft abgegeben werden und die zu dem charakteristischen unangenehmen Geruch schimmelpilzbelasteter Räume beitragen.

Das vorliegende Werk ist ein umfassender und informativer Einstieg in ein zunehmend wichtiger werdendes Thema. Den Autoren gelingt es, die Thematik auf einem hohen wissenschaftlichen Niveau auch Nicht-Mykologen verständlich nahezubringen: Unverzichtbar für alle, die sich mit der Hygiene von Gebäuden befassen und ein guter Leitfadens für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Friedrich von Rheinbaben
Rheinbaben@hyggen.de

Wiesmüller, Gerhard A.; Heinzow, Birger; Herr, Caroline E. W. (Hrsg.)
Gesundheitsrisiko Schimmelpilze im Innenraum.
Heidelberg u.a.: Ecomed MEDIZIN 2013, 344 S., 49,99 EUR
ISBN 978-3-609-16464-9

Neue Bücher

Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hrsg.)
Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung.
Vollst. überarb. 4. Auflage.
Bern u.a.: Verlag Hans Huber 2014, 470 S., 39,99 EUR
ISBN 978-3-456-95319-9

Kampmeier, Anke; Kraehmer, Stefanie; Schmidt, Stefan
Das persönliche Budget. Selbständige Lebensführung von Menschen mit Behinderungen.
Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2014, 29,00 EUR (E-Book zum Download)
ISBN 978-3-17-023917-3

Böllert, Karin (Hrsg.)
Kompendium Kinder- und Jugendhilfe.
Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2014, 700 S., 59,95 EUR
ISBN 978-3-531-18530-9

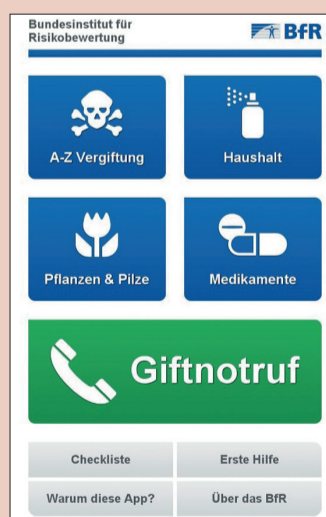
Egger, Matthias; Razum, Oliver (Hrsg.)
Public Health. Sozial- und Präventivmedizin kompakt.
Berlin: Verlag Walter de Gruyter 2014, 360 S., 39,95 EUR
ISBN 978-3-11-031073-3

Myschker, Norbert; Stein, Roland
Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen.
Erscheinungsformen - Ursachen - Hilfreiche Maßnahmen.
7., aktualisierte Auflage.
Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2014, 680 S., 36,00 EUR
ISBN 978-3-17-023438-3

Hoefert, Hans-Wolfgang; Härter, Martin (Hrsg.)
Schwierige Patienten.
Göttingen, Bern u.a.: Hans Huber Verlag 2014, 350 S., 26,99 EUR
ISBN 978-3-456-95121-8

App des BfR:

Vergiftungsunfälle bei Kindern



in der Kategorie „Mobile und Apps“ erhalten. Die App verfügt über circa 150 Begriffe und bietet Hintergrundinformationen zu Chemikalien, Medikamenten, Pflanzen und Pilzen, die Vergiftungsunfälle bei Kindern verursachen können. Tipps, wie sich Unfälle verhindern lassen, und Handlungsanleitungen sind ebenfalls zu finden. Im Notfall ist ein Anruf bei einem der neun zuständigen deutschen Giftnotrufzentren direkt aus der App möglich. Die nützliche BfR-App kann an Eltern, Lehrer und Erzieher in Kindertagesstätten empfohlen werden.

Die App „Vergiftungsunfälle bei Kindern“ des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR) hat in diesem Jahr den Deutschen Preis für Onlinekommunikation 2014



Rund um die Lebensmittelüberwachung

„Denken Sie daran: Man sieht sich wieder!“ Dies ist einer von 10 humorvollen Tipps, die Lebensmittelkontrolleure bei einer Kontrolle nicht außer Acht lassen sollten, und die die Autoren in der vorliegenden Neuerscheinung „Taschenbuch der Lebensmittelkontrolle“ – neben weiteren gezielten Empfehlungen – auf den Punkt gebracht haben.

Das Buch richtet sich hauptsächlich an die Verantwortlichen in den amtlichen Lebensmittelüberwachungsbehörden und den Untersuchungsämtern, aber auch an die Lebensmittelunternehmer selbst und deren Mitarbeiter. Dies ist beabsichtigt, denn die spezifischen Sichtweisen beider beteiligten Personengruppen sollen im Buch berücksichtigt werden.

Laut Verfasser soll diese Veröffentlichung weder eine juristische Abhandlung, noch eine Handlungsanweisung sein – und erst recht keine Formularsammlung. Die Autoren sind Experten auf dem Gebiet der Lebensmittelkontrolle: Martin Müller ist Lebensmittelkontrolleur und ehemaliger Bundesvorsitzender des Bundesverbandes der Lebensmittelkontrolleure e. V., Rochus Wallau und Markus Grube sind beide Juristen



und auf das Lebensmittelrecht spezialisiert.

Drei Themenfelder werden im Buch ausführlich betrachtet: 1. Die Grundsätze und die Organisation der Lebensmittelkontrolle und die Anforderungen an ihre Durchführung, 2. Der Gegenstand der Kontrolle mit den produkt- und betriebsbezogenen lebensmittelrechtlichen Anforderungen und 3. Die rechtlichen Folgen einer Beanstandung für den Lebensmittelunternehmer.

Praxisnah und aufschlussreich sind die anschließenden Beispiele behördlicher Bescheinigungen und Verfügungen, die „10 Tipps, die ein Kontrolleur kennen sollte“, die „10 Tipps, die ein Unternehmer kennen sollte“ und die „10 gerichtlichen Entscheidungen zum Lebensmittelrecht, die man kennen sollte“. Eine gute Zusammenstellung wichtiger aktueller Literatur rundet das Werk ab.

Auf den ersten Blick erscheint das Buch durch viel Text, wenig Abbildungen und engem Schriftbild eher wie eine trockene Kost, jedoch springt der Funke beim Lesen über. Der Inhalt ist unmittelbar an der täglichen Arbeit der Lebensmittelkontrolleure orientiert und schöpft aus der langjährigen Berufserfahrung der Autoren. Das Buch wird bald zu einem Standardwerk werden.

Petra Münstedt

Müller, Martin; Wallau, Rochus; Grube, Markus
Taschenbuch der Lebensmittelkontrolle.
 Frankfurt/M.: Deutscher Fachverlag/Fachmedien Recht und Wirtschaft 2014, 250 S., 39,00 EUR
 ISBN 978-3-8005-1584-4

Informativ und spannend: Hygiene, Pflege, Recht



Ein Buch, informativ und spannend – durch die Fallbeispiele oft packend wie ein Krimi und der Beweis, dass Juristisches keineswegs trocken, langweilig und schwer verständlich sein muss. Ein Buch, dem kein für Hygiene Verantwortlicher eine weite Verbreitung wünschen wird, weil es die heute möglichen rechtlichen Interventionen nach einer Patientenbehandlung aufzeigt. Weil es ebenso die umfassenden Rechte von Arbeitnehmern im medizinischen und Pflegebereich skizziert und so vielleicht renitentes Personal generiert. Weil es angesichts unglaublicher Zahlen nosokomialer Infektionen Juristen leicht auf neue Geschäftsmodelle aufmerksam machen könnte. Und weil es nur zu eindrücklich auf mögliche Konsequenzen mangelhafter Arbeitens, lückenhafter Dokumentation, Nachlässigkeiten, überzogenem Sparsamkeitsdenken und Sorglosigkeit oder gar Hochmut im Umgang mit Patienten und deren Angehörigen aufmerksam macht. Ein Buch, dass Angehörigen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in spannender und bildhafter Weise die Suche nach Schwachstellen erleichtern kann, den Rechtsumfang von Gesetzen und Verordnungen eindrücklich erschließt, Argumente an die Hand gibt, warum, was, wie zu machen und zu dokumentieren ist, und eine Vorstellung davon vermittelt, was geschehen kann, wenn lediglich nach der kleinsten und scheinbar sparsamsten Lösung gesucht wird oder Hygiene gar nur als lästige Pflichtübung aufgefasst wird.

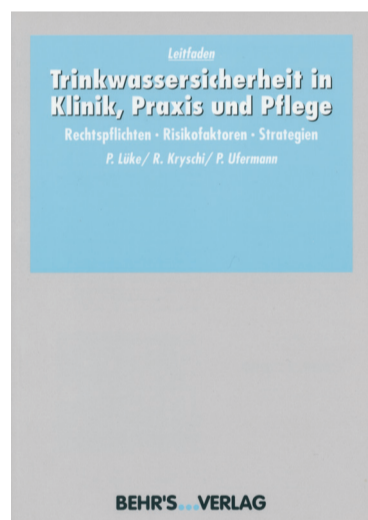
Praxistipps von A bis Z ist auf den ersten Blick ein kleines Lexikon mit einem Umfang von 233 Seiten – basierend auf nur 36 Stichworten in alphabetischer Reihenfolge von „A“ wie „Altenpflege“ bis „W“ wie „Wunden“. Zu jedem Stichwort gibt es Erläuterungen, danach folgen in aller Regel Fallbeispiele (wo und wie es schief gelaufen ist) und schließlich Kommentare zu den Fallbeispielen. Diese zeigen stets fachlich wie juristisch auch untadelige Vorgehensweisen, Alternativen und Auswege auf.

Wer sich die Zeit nimmt, insbesondere die Fallbeispiele durchzuarbeiten, der versteht, warum allein in Deutschland immer noch mindestens 800.000 nosokomiale Infektionen pro Jahr vorkommen. Denn die Beispiele machen deutlich, wie rasch bereits einfachste Grundregeln der Hygiene verletzt werden können. In Einzelfällen offenbaren sie leider auch ein geradezu erschreckendes Maß an Inkompetenz, Verantwortungslosigkeit und Arroganz. Und schließlich zeigen sie, wie in welchem Maße heute Patienten und deren Angehörige für pflegerische und hygienische Mängel sensibilisiert sind und wie wichtig Aus- und Weiterbildung von Hygiene-Verantwortlichen sowie die Dokumentation korrekten Arbeitens geworden ist.

Friedrich von Rheinbaben
 Rheinbaben@hygcn.de

Höfert, Rolf, Schimmelpfennig, Markus
Hygiene - Pflege - Recht. Fallbeispiele, Urteile, Praxistipps von A bis Z.
 Berlin, Heidelberg: Springer Verlag 2014, 233 S., 24,99 EUR
 ISBN 978-3-642-30006-6

Leitfaden Trinkwassersicherheit



Kontaminationen. Im Abschnitt „Rechtspflichten“ werden die wichtigsten Anforderungen aus dem Infektionsschutzgesetz und der Trinkwasserverordnung beschrieben. Mikrobiologische und chemische Risiken sowie die Risiken, die beim Betrieb einer Trinkwasserinstallation auftreten können, werden im Kapitel „Risikofaktoren“ dargestellt. Zu den einzelnen Parametern gibt es jeweils kompakte Steckbriefe. Im letzten Kapitel werden Strategien bei der Planung, beim Neubau und bei der Sanierung sowie bei der Aufbereitung von Trinkwasseruntersuchungen und der Umsetzung eines Hygieneplans aufgezeichnet.

Das Werk ist gut verständlich geschrieben und klar strukturiert. Am Ende eines Kapitels ist das Wesentliche stets in einem Kasten „Kompakt – das Wichtigste in Kürze“ zusammengefasst.

Dass diese Veröffentlichung aktuell ist, wird durch die Abbildung eines Musters für die Gefährdungsanalyse bestätigt.

Das Buch richtet sich an die Verantwortlichen in Krankenhäusern, ambulanten Operationen, Pflegeeinrichtungen und Arztpraxen, die für die Bereitstellung eines einwandfreien Trinkwassers aus Trinkwasserinstallationen in Gebäuden zuständig sind.

Interessant ist es ebenfalls für die in der Überwachung der Trinkwasserbeschaffenheit Beschäftigten. In diesem Zusammenhang ist auch das Kapitel zum Thema „Teambuilding und Schnittstellen“ herauszuheben, in dem die Kooperation und Abstimmung mit den Gesundheits-

ämtern dargestellt und angeregt wird.

Dieses nützliche Werk bietet eine gute, kompakte Zusammenstellung der wichtigsten Themenbereiche in der Wasserversorgung.

Andrea Quenzer
 quenzer@akademie-oegw.de

Lüke, Peter; Kryschi, Rainer; Ufermann, Petra
Trinkwassersicherheit in Klinik, Praxis und Pflege. Rechtspflichten, Risikofaktoren, Strategien. Leitfaden.
 Hamburg: Behr's Verlag 2013, 208 S., 52,97 EUR
 ISBN 978-3-95468-075-7

Nachdem Rainer Kryschi 2010 zusammen mit Michael Gaßner, Mitglied der Trinkwasserkommission beim Umweltbundesamt, das empfehlenswerte Nachschlagewerk „Begriffe, Verfahren und Konzepte in der Wasserversorgung“ veröffentlicht hat, legt er nun ein weiteres Werk zum Thema vor.

Diesmal haben sich der Mediziner Peter Lüke, die Apothekerin Petra Ufermann und der Ingenieur und Chemiker Rainer Kryschi zusammengesetzt und ihr langjähriges Expertenwissen in einen beachtenswerten Leitfaden zum Bereich „Trinkwassersicherheit“ hineingesteckt.

Alle drei Autoren sind langjährige Experten im Bereich Wassertechnik und Wasserhygiene, und das spiegelt sich auch in dieser Neuerscheinung wider.

Gegliedert ist das Werk in drei Kapitel: 1. Rechtspflichten des Betreibers einer Trinkwasserinstallation, 2. Risiken durch Trinkwasser und 3. Lösungsstrategien bei

Suizidprävention als kommunale Aufgabe

Weltweit nimmt sich alle 40 Sekunden ein Mensch das Leben, alleine in Deutschland suizidieren sich circa 10.000 Personen im Jahr; das sind weit mehr Menschen als in der Summe durch Verkehrsunfälle, HIV-Infektion, Mord und Totschlag oder Drogenkonsum jährlich zu Tode kommen. Und auch dies stellt erst die Spitze des Eisbergs dar: Neben einer hohen Dunkelziffer, vor allem bei Obdachlosen, Älteren und Drogenabhängigen, gehen Schätzungen davon aus, dass auf einen Suizid acht bis zehn Suizidversuche kommen und jeder Suizid sechs bis zwanzig weitere Personen (Angehörige, Freunde, Kollegen) unmittelbar betrifft. Trotz dieser markanten Zahlen ist das Thema Suizidalität im Bewusstsein der Gesellschaft wie auch der Fachwelt nach wie vor unterrepräsentiert. Das Frankfurter Gesundheitsamt hat sich jetzt des Themas angenommen und im Juni dieses Jahres ein Netzwerk für Suizidprävention gegründet.

Suizidversuche und auch Suizide, also die Selbsttötung eines Menschen, sind kein Phänomen der Neuzeit, sondern eine – für den Außenstehenden nur schwer zu fassende – Verhaltensform der menschlichen Existenz. Auch wenn die Zeiten des Mittelalters glücklicherweise vorbei sind, in denen es üblich war, Suizidenten als Todsünder in Schimpf und Schande außerhalb geweihter Friedhofsmauern zu begraben, ist nach wie vor viel Entstigmatisierungsarbeit zu leisten, um Menschen mit Suizidgedanken oder suizidalem Verhalten die Unterstützung anzubieten, die sie in solchen krisenhaften Momenten benötigen, oder die dazu beiträgt, solche Situationen gar nicht erst aufkommen zu lassen.

Als suizidfördernde Faktoren gelten in den westlichen Staaten insbesondere psychische Erkrankungen, die gehäuft im Rahmen

affektiver Störungen, aber auch bei Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises, bei Persönlichkeitsstörungen und beim Gebrauch von Suchtmitteln auftreten. Neben diesen Menschen mit psychischen Erkrankungen haben insbesondere alte Menschen, die an Vereinsamung oder schmerzhaften, chronischen Erkrankungen leiden, Menschen nach einem Suizidversuch, junge Erwachsene und Jugendliche in Entwicklungskrisen und Menschen in traumatisierten Situationen ein erhöhtes Risiko, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Auch gehen moderne Entstehungstheorien für Suizidalität von erheblichen genetischen und epigenetischen Einflüssen aus. Das noch recht junge Fach der Suizidologie versucht all diesen Faktoren durch einen klassischen Querschnittsansatz mit interdisziplinärer Ausrichtung gerecht zu werden.

Vor diesem Hintergrund bedeutet es aber auch, dass alle Menschen, die sich in psychischer und/oder sozialer Not befinden, Anspruch auf Suizidprävention haben. Dies spiegelt sich ebenfalls in den Aktivitäten der Weltgesundheitsorganisation wider, die das Thema Suizidprävention als „Public Health-Imperativ“ definiert.

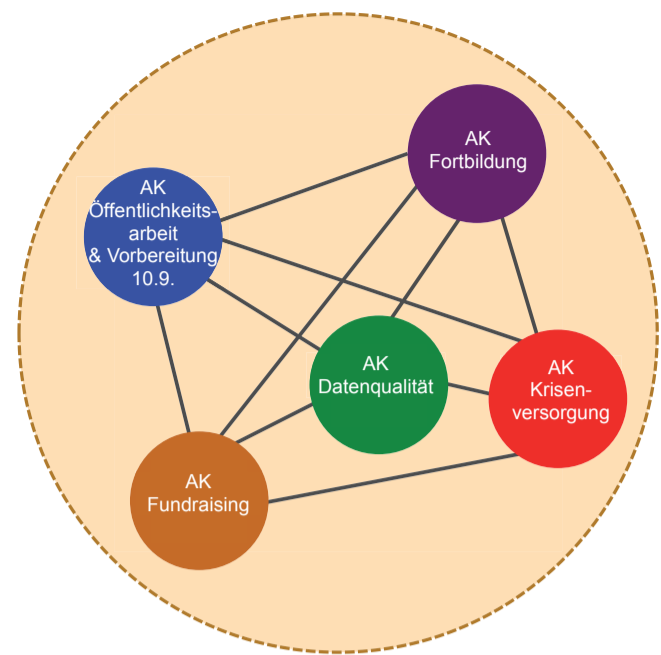
Suizidpräventionsstrategien sind im Allgemeinen dann von Erfolg gekrönt, wenn sie von ei-

Für die WHO ist Suizidprävention ein „Public Health-Imperativ“.

nem Netzwerk getragen und von Aktivitäten auf verschiedenen Präventionsebenen gekennzeichnet sind, so das Ergebnis diverser Studien, die primär aus dem angelsächsischen Raum stammen. Dies wird gestützt durch die Erkenntnisse aus dem deutschsprachigen Raum. Hier sind v.a. die überzeugenden Ergebnisse der deutschlandweit verbreiteten „Bündnisse gegen Depression“ zu erwähnen, die das Thema Suizidalität und Suizidprävention mit dem Fokus auf affektive Störungen ebenfalls mit aufgreifen. Als weiteres wesentliches Element muss aber auch die Postvention (Nachsorge) gesehen werden, die Angebote für Menschen vorhält, die einen Angehörigen oder Bekannten durch einen Suizid verloren haben. Denn diese Personen – und das sind schätzungsweise immerhin etwa 100.000 alleine in Deutschland – stellen auch für die spätere Entwicklung von Suizidgedanken oder suizidalem Verhalten eine Hochrisikogruppe dar.

Es überrascht daher, dass Suizidprävention noch nicht als Selbstverständlichkeit im Sinne der kommunalen Daseinsfürsorge gesehen wird, die nach allgemeiner Auslegung auch gesundheitliche und soziale Belange betrifft, an deren Erbringung ein allgemeines öffentliches Interesse besteht. Denn wer, wenn nicht die Kommunen, kennt die Lebensrealitäten der Bewohner und kann sie kultursensibel und kleinräumig in ihre Aktivitäten einbinden?

Aus diesem Grund hat die Abteilung Psychiatrie am Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt am Main beschlossen, sich der Verantwortung für eine suizidpräventive Strategie im Sinne einer kommunalen Verpflichtung gemeinsam mit allen von dieser Problematik betroffenen Akteuren zu stellen.



Grafik: Gesundheitsamt Frankfurt am Main

Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention

Am 12. Juni 2014 kamen 50 Vertreter von mehr als 30 verschiedenen Institutionen (u. a. Polizei, Feuerwehr, Psychiatrie, Kassenärztliche Vereinigung, Landesärztekammer, Sozialamt, Drogenreferat, Krisendienste) im Gesundheitsamt zum Auftakttreffen des „Frankfurter Netzwerks für Suizidprävention“ zusammen. Dieses neue Netzwerk möchte einen inhaltlichen und strukturellen Rahmen für die Aufgaben der Suizidprävention mit Schwerpunkt auf die Stadt Frankfurt am Main bieten, sich aber auch auf regionaler und überregionaler Ebene engagieren. Es ist offen für alle interessierten Institutionen, die sich mit dem Thema der Suizidprävention beschäftigen und die in diesem Feld als Multiplikatoren dienen können – was einen berufsübergreifenden Arbeitsansatz impliziert. Die Moderation des Gesamtnetzwerkes übernimmt die Abteilung Psychiatrie des Frankfurter Gesundheitsamtes. Dort werden zwei bis drei Mal im Jahr auch die Netzwerk-Treffen stattfinden.

Geplant sind mehrdimensionale, transdisziplinäre und kultursensible Aktivitäten im Bereich der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Zugleich wird der Nachsorge (Postvention) und der Epidemiologie eine wesentliche Bedeutung beigemessen. Dies soll eine nachhaltige Reduktion der Suizide und Suizidversuche zur Folge haben, aber auch zu einer wesentlichen Entstigmatisierung des Themas Suizidalität beitragen. Durch die Netzwerkarbeit sollen nach innen und außen verbesserte Schnittstellen und klarer gerichtete Zugangsmöglichkeiten für Hilfesuchende geschaffen werden.

Um sich diesen Zielen zu nähern, wurden fünf Arbeitskreise definiert: Öffentlichkeitsarbeit, Datenqualität und Datenschutz, Fortbildung, Notfallversorgung und Fundraising. Diese sollen in der Folge durch zielgruppenspezifische Arbeitsschwerpunkte ergänzt werden, also z. B. Kinder und Jugendliche, ältere Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, Wohnsitzlose, Strafgefangene, Suchtkranke, Angehörige, etc.

Der Arbeitskreis Öffentlichkeitsarbeit zeichnet für diverse öffentlichkeitswirksame Aktivitäten wie z. B. das Veranstaltungsprogramm zum Welttag der Suizidprävention, der jedes Jahr am 10. September stattfindet, oder die Konzeption eines Krisenflyers und Internetauftritts verantwortlich. Ferner wird die wichtige und sensible Pressearbeit darüber abgewickelt. Der Arbeitskreis Datenqualität und Datenschutz widmet sich der Aufgabe, eine möglichst aktuelle, qualitativ hochwertige Datenlage zu schaffen, auf deren Grundlage Risikogruppen wie auch sogenannte Hotspots ermittelt werden können, um dort aktiv Suizidprävention zu betreiben. Der Arbeitskreis Fortbildung verfolgt das Ziel, das professionelle Hilfesystem (z. B. Ärzte, Sozialarbeiter, Pflegepersonal etc.) für die Themen Suizidprävention und Krisenintervention zu sensibilisieren und zu rüsten. Im Arbeitskreis Notfallversorgung steht die Verbesserung des Interventionsangebotes bei suizidalen Krisen im Fokus, während der Arbeitskreis Fundraising versucht, weitere finanzielle Mittel für die geplanten Aktivitäten zu erschließen und dort eine Expertise aufzubauen.

Das Netzwerk wird wissenschaftlich begleitet und evaluiert, so dass die Erkenntnisse aus dem Netzwerk auch in Form eines „best practice“ Modells anderen Kommunen zur Verfügung gestellt werden sollen. Auch sind bereits jetzt interessierte Kommunen herzlich eingeladen, an der neu gegründeten Arbeitsgruppe „Kommunen und Suizidprävention“ des Nationalen Suizidpräventionsprogrammes mitzuwirken, um den interkommunalen, aber auch wichtigen Austausch zur Bundesebene hin mit zu gestalten.

„Man kann nicht alle Suizide mehr oder weniger verhindern, aber die Zahl ist so erschreckend, dass es erstaunlich ist, dass es nicht selbstverständlich ist, sich darum zu kümmern.“ (Prof. Rolf Dieter Hirsch).

Wer, wenn nicht die Kommunen, kennt die Lebensrealitäten der Bewohner und kann sie kultursensibel und kleinräumig in ihre Aktivitäten einbinden?

Thomas Götz
Thomas.Goetz@stadt-frankfurt.de

OctoWare® TN Gesundheit

Modulares Softwaresystem für den öffentlichen Gesundheitsdienst

 GUTACHTEN	<p>Amts- und Vertrauensärztlicher Dienst</p> <p>Betriebsmedizinischer Dienst</p> <p>Medizinalstatistik</p>	
	<p>Infektionsschutz</p> <p>Tuberkulosefürsorge</p> <p>Trinkwasser</p> <p>Beckenbäder und Badegewässer</p> <p>Kommunalhygiene</p>	
<p>Sozialpsychiatrischer Dienst</p> <p>Suchtberatung</p> <p>Mortalitätsstatistik</p>		
	<p>Kinder- und Jugendgesundheitsdienst</p> <p>Zahnärztlicher Dienst</p> <p>Schutzimpfungen</p>	

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



SOFTWARE AUS DRESDEN