

Blickpunkt öffentliche Gesundheit

Herausgeber: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

Nachgefragt:
Trainee im ÖGD

Seite 3

Ethik und öffentliche
Gesundheit

Seite 4/5

Als Einzelkämpfer
überfordert

Seite 8

Der andauernde Konflikt ums Impfen

Mitte Juni tritt zum vierten Mal die Nationale Impfkonzferenz zusammen – in Berlin, Schauplatz des derzeit größten Masern-Ausbruchs. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, „den bestehenden Handlungsbedarf für die Masern-Elimination in Deutschland zu präzisieren“. Wie weit klaffen Anspruch und Wirklichkeit auseinander?

Auf den seit 2009 alle zwei Jahre abgehaltenen Konferenzen befassten sich Expertinnen und Experten mit allen erdenklichen Aspekten des Impfens. Auch kritische Stimmen werden gehört. Man könnte meinen, zum Thema Masernimpfung sei inzwischen alles Notwendige gesagt worden. Es mangelt nicht an Informationsmaterial und Kampagnen. Staatliche Akteure haben dazugelernt und bemühen sich um mehr Transparenz. Ein Nationaler Impfplan wurde erstellt. Trotzdem scheinen die mit wissenschaftlichen

In einer pluralistischen Gesellschaft sind die staatlicherseits verbreiteten Informationen nicht die einzige Wissensquelle ... Das Internet spielt eine zentrale Rolle bei der Verbreitung dieses „alternativen Wissens“.

Argumenten unterlegten Informationen nicht zu bewirken, dass sich die Impfquoten in der Bevölkerung nachhaltig erhöhen. Vor allem die Quoten bei der Masern-Zweitimpfung lassen zu wünschen übrig.

Warum ist dieses Ziel so schwierig zu erreichen? In einer pluralistischen Gesellschaft sind die staatlicherseits verbreiteten Informationen nicht die einzige Wissensquelle. Selbst innerhalb des wissenschaftlichen Diskurses finden sich abweichende, impfskeptische Positionen. Viel entscheidender dürfte aber das Geschehen abseits der Wissenschaft sein: Der Konflikt „Impfen – ja oder nein“ wird täglich im Alltag ausgetragen, der nicht nach den strengen Regeln der Wissenschaft funktioniert.

Alltag gegen Wissenschaft

Hier kämpfen Befürworter und Gegner teils mit harten Bandagen um Definitionshoheit und moralische Überlegenheit. Während im Wissenschaftsbetrieb Objektivität und verallgemeinerbare Aussagen angestrebt werden, ist es im Alltagsdiskurs gerade andersherum: Subjektivität (was bringt mir das?) und Einzelerfahrungen (nicht selten Fallbeschreibungen von „Impfgeschädigten“) sind das, was zählt.

Der schwelende Konflikt wird immer dann besonders sichtbar, wenn es wie gerade jetzt zu Ausbrüchen von Infektionskrankheiten kommt. In gewisser Weise hilft eine Verschärfung des Konfliktes, die Positionen von Impfkritikern und vielleicht auch deren Verhalten besser zu verstehen und zu bewerten. Das gesteigerte Interesse von Medien und Öffentlichkeit zwingt alle Beteiligten dazu, ausführlich Stellung zu nehmen und um Unterstützung zu werben.

Impfkritiker verstehen

Das Robert Koch Institut (RKI) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) befassen sich schon seit einiger Zeit mit der Frage, wer die Impfkritiker sind und aus welchen Motiven sie Impfungen ablehnen. Die Unterscheidung zwischen Impfskeptikern, die nicht generell alle Impfungen ablehnen, und den radikaleren Impfgegnern hat sich inzwischen etabliert. Impfskeptiker treten für differenzierte Impfungen ein und fordern eine ergebnisoffene Impfberatung. Unter ihnen finden sich viele Anhänger der komplementären Medizin. Ihr Anteil an der Bevölkerung wird auf zehn Prozent geschätzt; die Gruppe der Impfgegner ist deutlich kleiner (ein bis drei Prozent).

Impfkritiker haben eine höhere Bildung und einen höheren Sozialstatus als der Bevölkerungsdurchschnitt. Eine geografische Auswertung der Schuleingangsuntersuchung in Köln ergab Masern-Impfquoten von 96 Prozent und mehr in den Vierteln mit im Durchschnitt niedrigem Bildungsniveau und 76 bis 91 Prozent in den Vierteln, in denen das „Bildungsbürgertum“ lebt.

So verwundert es nicht, dass sich eher wenige Impfgegner plumper Parolen bedienen, um ihre Haltung zu rechtfertigen. Man findet zwar haarsträubende Verschwörungstheorien, sozialdarwinistisches und antisemitisches Gedankengut. Aber das Gros der Informationen besteht aus allgemein akzeptablen Argumentationsmustern. Dabei werden nicht nur wissenschaftliche Studien (teils recht eigenwillig) kommentiert, sondern auch häufig Einzelfälle geschildert und emotionalisierende Symbolik bemüht. Impfkritische Broschüren und Blogs versuchen also, sowohl an den Alltagsdiskurs anzuknüpfen als auch Legitimität durch Wissenschaftlichkeit zu erlangen.

Das Internet spielt eine zentrale Rolle bei der Verbreitung dieses „alternativen Wissens“. Die Aktivisten sind überaus erfolgreich: Beim Stichwort „Gesundheitsaufklärung“ platzieren mehrere Suchmaschinen eine impfkritische Seite noch vor der BZgA. Für nicht vorgebildete Informationssuchende ist es schwierig, zu einem eindeutigen Urteil zu gelangen. Verunsicherung ist die Folge.

Ethik als Orientierungshilfe

Public Health-Ethik (vgl. den Beitrag auf den Seiten 4 und 5 dieser Ausgabe) mit ihrem universellen Anspruch könnte Orientierung im Impfkonzern geben. Die Ethik



steht über den Partikularinteressen und verteidigt explizit das Recht auf Selbstbestimmung.

Kategorien wie Gerechtigkeit, Effizienz und Verhältnismäßigkeit könnten Leitplanken für einen kritischen Dialog sein. Die ethische Argumentation hat den Vorteil, dass sich in der Logik der Abwägung und Anerkennung von Zielkonflikten tatsächlich jeder wiederfinden kann. Sie bietet die Chance, etwas mehr Ordnung und Systematik in die manchmal verwirrenden Auseinandersetzungen zwischen Befürwortern und Gegnern zu bringen. Allerdings ist auch die Public Health-Ethik näher am Expertenwissen als am Alltagsdiskurs und stellt eher Entscheidungshilfen als Handlungsanweisungen zur Verfügung.

Erst wenn eine Vertrauensperson im persönlichen Kontakt zum Impfen rät, erreicht man skeptische oder einfach sorglose Menschen ohne Impfschutz.

Maßnahmen der Gesundheitsbehörden

Ein Gesundheitsamt kann im Falle eines Ausbruchs nicht mehr nur diskutieren, sondern muss auch handeln. Im Fall Berlin werden Instrumente zur Eindämmung konsequent angewandt – nicht ohne Gegenwehr, wie das Beispiel der ungeimpften Schüler, denen ein Schulverbot auferlegt wurde, zeigt. Anders als bei einem früheren Masernausbruch in Niedersachsen bestätigte das Verwal-

tungsgericht die Angemessenheit der Maßnahme und das korrekte Vorgehen des Amtes.

Derartige Zwangsmaßnahmen sind natürlich Wasser auf den Mühlen der Impfkritiker. Die Herausforderung für die Behörde ist, notwendige Einschränkungen so zu kommunizieren, dass das Vertrauen der Bevölkerung eher gestärkt als in Frage gestellt wird. Die Strategie, gemeinsam mit nicht staatlichen Bündnispartnern um Vertrauen zu werben, könnte dabei helfen. Die Berliner Senatsverwaltung hat Akteure wie die ärztlichen Körperschaften und Berufsverbände, Apotheker und Krankenkassen ins Boot geholt; sie treten gemeinsam als Impfbeirat auf.

Subjektivität und persönliche Erfahrung lassen sich auf der Ebene von Organisationen allerdings immer noch nicht optimal einbeziehen. Erst wenn eine Vertrauensperson im persönlichen Kontakt zum Impfen rät, erreicht man skeptische oder einfach sorglose Menschen ohne Impfschutz.

Eine Schlüsselposition nimmt dabei das Personal im Gesundheitswesen ein, neben den Gesundheitsämtern insbesondere Hausärzte und Hebammen. Hier anzusetzen scheint auch gegenwärtig Konsens in der Gesundheitspolitik zu sein. Der Gesundheitsausschuss des Bundestags hat sich am 22. April von Sachverständigen (Bundesärztekammer, BVÖGD, RKI, STIKO, Berliner Landesamt) beraten lassen. Tenor der anschließenden Verlautbarung war, eine „Impf-Offensive“

Fortsetzung auf Seite 2

Fortsetzung von Seite 1

zur Verbesserung des Impfstatus bringe mehr als die Impfpflicht. Jeder persönliche Kontakt zum Gesundheitssystem solle genutzt werden, um den Impfstatus abzufragen und gegebenenfalls Schutzimpfungen nachzuholen.

Impfskeptiker finden sich allerdings auch im Gesundheitswesen. Die Bewegung hätte weit weniger Erfolg ohne das Engagement und das Fachwissen ihrer ärztlichen Protagonisten. In einer älteren Befragung des RKI von 2007 hielten 74 Prozent der Hebammen Kombinationsimpfstoffe für zu belastend für Säuglinge; für 47 Prozent waren Masern eine harmlose Kinderkrankheit.

Die Chancen eines Kindes auf Impfschutz stehen also schlecht, wenn seine Mutter auf einen Arzt oder eine Hebamme mit impfkritischer Einstellung trifft.

Kommt die „Impf-Offensive“?

Wenn die Nationale Impfkongferenz im Juni tagt, wird das Thema Masern aller Voraussicht nach immer noch im Mediendiskurs präsent sein. Von den Experten erwartet man, dass sie sich nicht zu sehr vom Tagesgeschehen beeinflussen lassen. Dennoch stehen sie nicht „über den Dingen“. Die Öffentlichkeit, aber auch die Fachwelt im öffentlichen Gesundheitswesen erwarten Impulse für praktische Maßnahmen.

Miguel Tamayo

Vom ÖGD überzeugt

(PM/st) Der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hat eine neue Imagebroschüre erarbeitet. „Mitten im Leben - Arbeiten im Öffentlichen Gesundheits-



dienst“ lautet der Titel. In der Broschüre berichten neun Kolleginnen und Kollegen stellvertretend für die rund 2.500 Ärztinnen und Ärzte zwischen München und Kiel über ihre Arbeit im ÖGD (darunter auch die junge Ärztin Dorothee Hofmann, die als Trainee im Landkreis Fulda tätig ist – siehe Interview auf Seite 3). Sie legen dar, was sie motiviert hat,

den ÖGD als berufliche Alternative zur Arbeit in der Praxis, der Klinik oder der Wissenschaft auszuwählen. Und sie schildern auch, wie sich in ihrem persönlichen und beruflichen Umfeld Familie und Beruf miteinander verbinden lassen. Die Frauen und Männer, die in der Broschüre zu Wort kommen, geben dem ÖGD ein Gesicht. Sie sind auf den unterschiedlichsten Wegen zum ÖGD gekommen, sind aber heute alle überzeugt: Es war die richtige Entscheidung. Ute Teichert, Vorsitzende des Bundesverbandes, hofft über die bundesweit angelegte Imagekampagne, junge Ärzte für den ÖGD zu gewinnen, die bislang nur wenig über dieses Arbeitsfeld wissen und es daher für sich als berufliche Perspektive eher nicht in Erwägung ziehen. Die neue Imagebroschüre kann ebenso wie das dazugehörige Poster beim Bundesverband bestellt werden. Näheres unter: www.bvoegd.de

Gesundheit in Zahlen

400

Kinder pro Tag starben 2013 weltweit an Masern.

Circa 15,6 Millionen

Todesfälle wurden durch Impfungen zwischen 2000 und 2013 verhindert.

Quelle: WHO, zitiert im Epidemiologischen Bulletin des Robert Koch Instituts, 9. März 2015/Nr. 10

Ausgezeichnet



Foto: Ellen Steinbach

(PM/st) Glückliche Preisträger am neuen Messestand der Akademie: Ursel Heudorf und René Gottschalk haben in diesem Jahr auf dem ÖGD-Kongress in Rostock die Johann-Peter-Frank-Medaille verliehen bekommen – eine Auszeichnung, mit der Persönlichkeiten geehrt werden, die sich in besonderer Weise um das öffentliche Gesundheitswesen in Deutschland verdient gemacht haben. Die beiden Preisträger leiten das Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt am Main, sind Professoren, Mitglied in zahlreichen wichtigen Kommissionen und, wie Laudator Matthias Pulz, Präsident des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes, betonte, „bundesweit anerkannte fachliche Experten mit Vorbildfunktion“. Ursel Heudorf hat sich im Bereich der Umweltmedizin und Hygiene bereits seit langem einen Namen gemacht, Gleiches gilt für René Gottschalk auf dem Gebiet der Infektiologie. Im ÖGD sind sie bekannt, denn – so Matthias Pulz – beide verstünden Vernetzung als gelebte Solidarität und begegneten auch besonderen Problemlagen souverän und unaufgeregt. In Krisensituationen, wie zuletzt beim Ebola-Ausbruch, habe sich das deutlich gezeigt. Wohlüberlegte, fundierte und sachliche Einschätzungen statt überzeichneter, hysterischer Sichtweisen und dabei stets erreichbar für Anfragen und erforderliche Unterstützung. Die Ehrung der beiden Preisträger galt gleichzeitig dem Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt, das immer wieder Vorreiter für innovative Konzepte sei.

es easy-soft

25 **25** **JAHRE**

1990 **SOFTWARE AUS DRESDEN**

2015

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

„Webidays“ – bitte vormerken!



3. Juni, 5. August, 7. Oktober und 2. Dezember – das sind die Termine der nächsten „Webidays“. An diesen Tagen organisiert die Akademie gemeinsam mit dem Robert-Koch-Institut wieder ein Webinar zu einem aktuellen Thema, das vorab mit allen interessierten Teilnehmern abgestimmt wird. Das Webinar bzw. Web-Seminar wird über das World Wide Web, im Internet, gehalten. Ein virtuelles Konferenzsystem bringt Experten und Interessierte aus dem ÖGD ins Gespräch. Mehr als ein Standard-PC mit Internetzugang und USB-Anschluss ist hierfür nicht nötig. Ein Headset für die Sprachverständigung stellt die Akademie jedem Teilnehmer leihweise zur Verfügung. Unter dem Motto

„Akademie im Dialog“ haben seit Dezember letzten Jahres bereits vier Webinare stattgefunden, drei zum Thema „Ebola“, eines zu „Masern“. Die Resonanz war so groß, dass diese neue Form des Informationsaustauschs und der Diskussion nun fester Bestandteil des Fortbildungsangebots der Akademie wird. Am ersten Mittwoch in jedem geraden Monat ist daher ab sofort „Webiday“. Das Zeitfenster ist immer gleich: 14:00 – 15:30 Uhr. Interessierte können unter folgender E-Mail-Adresse (Ansprechpartnerin: Sarah Gruber) weitere Informationen erhalten und sich auch anmelden: gruber@akademie-oegw.de Die Teilnahme an den Webinaren ist kostenlos.

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 Münsterdt
 E-Mail: muenstedt@akademie-oegw.de
 Miguel Tamayo
 E-Mail: gesundheit@tamayo.de

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

Anzeigen
 Ellen Steinbach
Druck: Griebsch & Rochol Druck, Oberhausen
 Auflage: 4300, Ausgabe: Mai 2015
 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 3/2015 ist der 3. Juli 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

Nachgefragt

Trainees kennt man aus der freien Wirtschaft. Vor allem bei Banken und Versicherungen ist der Einstieg von Hochschulabsolventen über ein Traineeprogramm fast der Regelfall. Aber im ÖGD? Sehr ungewöhnlich! Und doch gibt es seit diesem Jahr auch im ÖGD ein Traineeprogramm. Aufgelegt hat es der hessische Landkreis Fulda, der damit einen neuen Weg auf der Suche nach geeignetem ärztlichen Nachwuchs beschreitet. Offensichtlich mit Erfolg, denn die junge Ärztin Dorothee Hofmann fand das Angebot so interessant, dass sie sich direkt nach dem Studium für den ÖGD entschied und nun als Trainee im Landkreis Fulda die Weiterbildung zur Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen durchläuft. Wir trafen Frau Hofmann und den Leiter des dortigen Gesundheitsamtes, Roland Stepan, auf dem Kongress in Rostock und sprachen mit ihnen über diese neue Form, ärztlichen Nachwuchs zu gewinnen.

Herr Stepan, wie kam es im Kreis Fulda zu dem Traineeprogramm?

Der Landkreis Fulda hat sich schon seit längerem Gedanken darüber gemacht, wie er auch in Zukunft ärztlichen Nachwuchs für das Gesundheitsamt gewinnen kann. Der Medizinerangel betrifft ja nicht nur die Krankenhäuser und den ambulanten Bereich. Die Entwicklung im ÖGD zeigt uns sehr deutlich: Den auscheidenden Kolleginnen und Kollegen stehen immer weniger Ärztinnen und Ärzte gegenüber, die im Gesundheitsamt tätig werden wollen.

Wer hatte die Idee und wie wurde sie konkretisiert?

Die eigentliche Idee zu dem Traineeprogramm hatte unser

Gesundheitsdezernent Dr. Wingefeld. Er wollte mit dieser Trainee-Stelle auf moderne Weise an die Programme anknüpfen, die schon einmal in den 1960er/1970er Jahren gab (Anm.: Die hier angesprochenen Programme sahen eine zweiprozentige Sonderzulassung zum Medizinstudium bei gleichzeitiger Verpflichtung für den ÖGD vor). Dahinter steht die Grundidee, qualifiziertes ärztliches Personal frühzeitig für den öffentlichen Gesundheitsdienst zu interessieren. Ein wesentliches Element des Traineeprogramms ist es, dass der Trainee gleich von Anfang an die Aufgaben des ÖGDs im Gesundheitsamt vor Ort hautnah kennenlernt. Die Anstellung als Trainee lässt sich gut in die Facharzt-Weiterbildung integrieren. Man verbringt eine gewisse Zeit im Gesundheitsamt, absolviert dann weitere Abschnitte in den Kliniken der Region, besucht den Weiterbildungskurs der Akademie, um schließlich die Facharztprüfung für öffentliches Gesundheitswesen an der Landesärztekammer in Frankfurt abzulegen.

Es war ja allen Beteiligten im Vorfeld klar, dass die Weiterbildung klinische Abschnitte beinhaltet und sie nicht unmittelbar im Amt zur Verfügung stehen wird. Darum ist es enorm wichtig, für die Trainee-Stelle zusätzliche Ressourcen einzusetzen.

Wie lang war der Prozess von der Idee bis zur Realisierung?

Nicht sehr lang. Ich schätze, die Umsetzungsphase hat ein halbes Jahr, maximal ein Dreivierteljahr in Anspruch genommen. Das Programm musste zunächst einmal von der Fachebene des Gesundheitsamtes ausformuliert und verschriftlicht werden. Wir haben es dann zusammen mit dem Gesundheitsdezernenten, der uns in dem Prozess wirklich sehr unterstützt hat, auf den Weg gebracht. Deshalb möchte ich mich an dieser Stelle bei den Verantwortlichen im Landkreis auch noch einmal ausdrücklich bedanken.

Roland Stepan leitet seit Oktober 2010 das Gesundheitsamt im Landkreis Fulda.



Foto: privat

Sie haben zugesagt, die Stelle zu finanzieren und damit das Traineeprogramm Wirklichkeit werden lassen.

So gut das Programm auch sein mag: Damit haben Sie aber noch keine Trainees. Haben Sie die Stelle ausgeschrieben oder wie sind Sie mit Frau Hofmann zusammen gekommen?

Sicherlich gäbe es mehr Interessenten, wenn der ÖGD an noch mehr medizinischen Fakultäten Werbung für den Nachwuchs betreiben würde.

Wir haben die Stelle ausgeschrieben. Frau Hofmann stammt aus dem Landkreis Fulda, sie hat in Frankfurt studiert und im Gesundheitsamt Frankfurt einen Teil ihres Praktischen Jahres absolviert (was ja auch ein neues Projekt ist) und darüber den Kontakt zum ÖGD gefunden. Dann hat sie sich auf unsere Ausschreibung erfolgreich beworben.

Wie viele Bewerbungen gab es?

Eine, aber die passte. Das Timing war optimal, könnte man sagen. Sicherlich gäbe es mehr Interessenten, wenn der ÖGD an noch mehr medizinischen Fakultäten Werbung für den Nachwuchs betreiben würde.

Der Kreis investiert jetzt viel Geld in die Ausbildung. Wie lange muss ein Trainee sich binden?

Wir hoffen, dass die Bindung ein Arbeitsleben lang hält. Frau Hofmann ist verbeamtet. Wir hoffen auch durch dieses Angebot, dass die Bindung über viele Jahre bestehen bleibt.

Frau Hofmann, was hat Sie als junge Ärztin, frisch von der Universität, dazu bewogen, an das Gesundheitsamt zu gehen?

Ich habe mir schon vor dem Studium, im Rahmen meiner Krankenpflegeausbildung Gedanken darüber gemacht, ob ich vielleicht später einmal in den Bereich „Public Health“ gehen sollte. Die Ausbildung zur Gesundheits-

und Krankenpflegerin habe ich von 2005 bis 2008 in Wiesbaden absolviert. Dabei kam ich bereits mit Themen wie Sozial- und Pflegegerecht, Public Health usw. in Berührung. Auch Prävention war ein großes Thema. Diese Dinge waren für mich sehr interessant. Schon damals habe ich gedacht: Das ist etwas, das ich gerne einmal machen möchte. Während des Medizinstudiums sind diese Überlegungen dann allerdings wieder in den Hintergrund gerückt. Erst in den letzten Semestern, als Professor Gottschalk an der Uni Frankfurt die Vorlesung zum öffentlichen Gesundheitsdienst hielt, fing dieses Feuer in mir wieder an zu lodern. So kam ich auch im Praktischen Jahr an das Gesundheitsamt Frankfurt. Es war das zweite Tertiäl. Ich habe sehr schnell festgestellt, dass es genau das ist, was ich mir vorgestellt habe. Im selben Zeitraum

Meine Kommilitonen haben gesagt: „Spinnst du?“ Die konnten meine Entscheidung überhaupt nicht nachvollziehen...

kam die Stellenausschreibung meines Heimat-Landkreises – da habe ich gedacht, das muss ich probieren. Ich werde mich bewerben.

Wie haben Ihre Kommilitonen reagiert, als sie erfuhren, dass Sie zur Gesundheitsbehörde gehen?

Meine Kommilitonen haben gesagt: „Spinnst du?“ Die konnten meine Entscheidung überhaupt nicht nachvollziehen, geschweige denn, die Option öffentliches Gesundheitswesen für sich selbst in Betracht ziehen. Aber dann kam ich nach dem Tertiäl zurück und wir haben uns über unsere Praxiserfahrungen ausgetauscht. Ich kenne ja jetzt beides, den Klinikalltag und den Arbeitstag im Gesundheitsamt. Nun sah die Sache schon ganz anders aus: Es waren dann alle doch sehr begeistert von meiner Schilderung und sagten eher „Hätte ich das gewusst...“



Foto: privat

Und sie ist die Neue: Dorothee Hofmann, frisch von der Universität Frankfurt kommend.

Herr Stepan, Frau Hofmann wird 36 Monate im Rahmen ihrer Facharztausbildung in Kliniken tätig sein müssen. Können Sie diesen Ausfall bzw. Wegfall kompensieren?

Wir sehen das nicht als Wegfall, weil es ja eine Ausbildungsstelle ist – sozusagen eine „Add On-Stelle“. Wir rechnen in der Rolle

Aber dann kam ich nach dem Tertiäl (am Gesundheitsamt Frankfurt) zurück und wir haben uns über unsere Praxiserfahrungen ausgetauscht... Nun sah die Sache schon ganz anders aus.

als Arbeitgeber eigentlich erst mit ihr, wenn sie als Fachärztin zu uns kommt. Es war ja allen Beteiligten im Vorfeld klar, dass die Weiterbildung klinische Abschnitte beinhaltet und sie nicht unmittelbar im Amt zur Verfügung stehen wird. Darum ist es enorm wichtig, für die Trainee-Stelle zusätzliche Ressourcen einzusetzen. Für diese Art der Nachwuchsgewinnung können wir keine vorhandenen Stellen abzweigen. Wenn das so wäre, könnten wir tatsächlich unsere normale Arbeit nicht mehr machen. Aber wir freuen uns, wenn wir nach dieser Zeit eine voll ausgebildete Fachkraft im Amt zur Verfügung haben für die Aufgaben, die sicherlich nicht weniger werden.

Glauben Sie, dass das Nachwuchsprogramm auch ein Modell für andere Kommunen sein könnte?

Auf jeden Fall. Die Rückmeldungen, die ich von meinen hessischen Amtsleiterkolleginnen und -kollegen zum Traineeprogramm bekommen habe, waren durchweg positiv. Viele Amtsleitungen würden gerne so etwas auch in ihrem Landkreis oder in ihrer Stadt umsetzen – vorausgesetzt, die politischen Rahmenbedingungen stimmen und die kommunalen Ressourcen ermöglichen dies.

Interview: Ellen Steinbach

Stichwort:

Traineeprogramm

Als berufliche Einstiegsmöglichkeit bieten vor allem Großunternehmen sogenannte Traineeprogramme an. Die Programme richten sich an (Fach-)Hochschulabsolventen, die als Nachwuchskräfte aufgebaut werden sollen. Die Laufzeit eines Traineeprogramms liegt in der Regel zwischen 12 und 24 Monaten. Während dieser Zeit erfolgt eine systematische, mit dem Einsteiger (Trainee) abgestimmte Rotation durch verschiedene Abteilungen und Funktionsbereiche des Unternehmens. Der Trainee soll lernen – so der Grundgedanke des allgemeinen Traineeprogramms – abteilungs- und fachübergreifend zu denken und zu handeln, um später im Unternehmen vielfältig einsetzbar zu sein. Viele Trainees erhalten zunächst nur einen Arbeitsvertrag über die Dauer des Traineeprogramms, doch aufgrund der hohen Investitionskosten in die Ausbildung sind die Unternehmen natürlich an einer Übernahme interessiert. Voraussetzung: Der Trainee erfüllt die Erwartungen des Arbeitgebers.

Quelle:

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/85287/traineeprogramm-v9.html>

<http://de.wikipedia.org/wiki/Trainee>

Ethik und öffentliche Gesundheit

Ethik boomt. Hatte man die philosophische Disziplin „Ethik“ bis zur Mitte des letzten Jahrhunderts noch als irrelevant für das alltägliche private und berufliche Leben angesehen, konstatierte der Philosoph Stephen Toulmin 1982 in seinem Artikel „How medicine saved the life of ethics“, dass die moderne Medizin die notwendige systematische Auseinandersetzung mit Werten, Normen und daraus resultierenden Handlungsgründen – sprich: der Ethik – wieder deutlich gemacht hat. Durch die Fortschritte, Möglichkeiten und auch die Knappheit von verfügbaren Methoden, die die moderne Medizin erzeugte, war die Frage „Was soll ich (als Arzt) tun?“ immer weniger selbst-evident beziehungsweise unreflektiert vor dem Hintergrund des klassischen, hippokratischen Ethos beantwortbar. Dieses verlangt: Der Arzt soll zum Wohl des Patienten entscheiden und soll Schaden am Patienten vermeiden. In der modernen Medizin wurden dem Patienten aber nun Autonomie und Rechte zugeschrieben – mit der Folge, dass Ärzte oft hin- und hergerissen waren, hippokratisch so zu entscheiden, wie sie es für richtig hielten, oder manchmal gar entgegen ihren persönlichen Überzeugungen zu handeln und dafür dem Patientenwillen zu folgen.

Das Problem verschärfte sich auch dadurch, dass nicht alles immer für alle verfügbar ist. Beispielsweise waren und sind neue lebenserhaltende Maßnahmen nur begrenzt verfügbar. Aber wer soll leben, wenn nicht alle Patienten leben können? So drastisch formulierte es James Childress 1970 angesichts von Gerechtigkeitsfragen, die die moderne Medizin – konkret hier die Organersatz- und Organtransplantationsmedizin – nun aufwarf. Schwierige Entscheidungen verlangten nach Rechtfertigung. Dieses systematische Suchen und Erarbeiten von guten Gründen, um die richtige und gute Entscheidung zu treffen, nennt man ethisches Reflektieren. Richtet sich ethisches Reflektieren auf Herausforderungen moderner Medizin, benutzt man auch den Begriff Medizin- oder auch Bioethik.

Heute, ein halbes Jahrhundert nachdem man begann, die ethischen Fragen der modernen Medizin unter dem Titel „Bioethik“ zu diskutieren und es mittlerweile ganze Studiengänge zur „Bioethik“ gibt, finden sich im deutschen Sprachraum auch mehr und mehr ethische Diskussionen im Bereich öffentlicher Gesundheit. Die moralischen Herausforderungen, die hier diskutiert werden, sind nicht neu. Entscheidungen, die Freiheit Einzelner zum gesundheitlichen Wohl der gesamten Gesellschaft einzuschränken – zum Beispiel durch Rauchverbote – stehen schon lange zur Diskussion. Andere Fragen sind, ob

oder inwiefern man Mitbürger zu Verhalten zwingen darf, das ihnen selbst gesundheitlich zuteilkommt. Klassisches Beispiel: die Gurtpflicht. Die bejahende Auffassung der Frage wird in der Ethik unter dem Begriff Paternalismus behandelt und ist auch in der Medizin- und Bioethik sehr relevant. Relativ neu in dieser Hinsicht ist nun, dass ethische Prinzipien und Theorien verwandt werden, diese Konflikte im Hinblick auf das öffentliche Gesundheitswesen zu betrachten und gegebenenfalls sogar Lösungswege aufzuzeigen. Der grundlegende Konflikt, der hier immer wieder genannt wird, verweist auf die Notwendigkeit einer Abwägung: auf der einen Seite das Wohl für die Gruppe, auf der anderen Seite das Wohl des Einzelnen und seine Rechte.

Ethische Konflikte im Bereich öffentlicher Gesundheit

Welchen konkreten moralischen Herausforderungen stehen Akteure im öffentlichen Gesundheitswesen heute gegenüber – außer den bereits genannten Themen wie Rauchverbote und Gurtpflicht, was ja nun gelöste Probleme zu sein scheinen? Der Berufsalltag im öffentlichen Gesundheitswesen birgt durchaus noch viele moralische Herausforderungen, die durch Rückgriff auf ethische Normen und Werte identifiziert und vielleicht auch besser gelöst werden können. Einige Beispiele:

Ist es bspw. zu rechtfertigen, adipöse Kinder in groß aufgelegten Aufklärungskampagnen mit Sätzen wie „Fette Kinder werden fette Erwachsene“ zur Schau zu stellen, wie geschehen 2011 im US-Bundesstaat Georgia? Oder ist dies eine nicht rechtfertigbare Stigmatisierung und Instrumentalisierung dieser vulnerablen Gruppe, selbst wenn diese Kampagne einen positiven populationsgesundheitlichen Effekt haben sollte?

Unter welchen Bedingungen darf man oder muss man Masernimpfungen verpflichtend machen? Ab welcher Inzidenz, beispielsweise, wäre eine verpflichtende Masernimpfung in einem Ausbruch rechtfertigbar? Bei 33,6 Fällen pro 100.000 Einwohner in einer Region, wie 2010/2011 in Granada geschehen? Oder dürfte man Impfungen erst bei größeren Pandemien verpflichtend machen, wie es das Infektionsschutzgesetz in Paragraph 20 vorsieht? Hier heißt es, dass man zu Zwangsmaßnahmen beim Impfen greifen kann, wenn „eine übertragbare Krankheit mit klinisch schweren Verlaufsformen auftritt und mit ihrer epidemischen Verbreitung zu rechnen ist“. Aber wo genau sind hier die Grenzpunkte, dass Zwangsimpfungen nicht zulässig, erlaubt oder gar geboten sind? Und wie wird Zwang implementiert? Geldbußen, Gefängnis(androhung), Ausschluss von Versorgungsleistungen? Was sind rechtfertigbare Ausnahmen von diesem Zwang? Können religiöse Überzeugungen dazu zählen oder nur medizinische Gründe wie Immunschwächen, die gegen Impfungen im Individualfall sprechen?

Sollte man Impfprogramme zur saisonalen Grippe auflagen, die Eltern belohnen, die ihre Kinder zur Impfung bringen, wobei Herdenimmunität zum Schutz der Älteren angestrebt wird? Oder ist das eine unzulässige Instrumentalisierung von Kindern zum Schutz anderer? Andererseits ist es weithin akzeptiert, dass Jungen mit dem MMR-Dreifachimpfstoff geimpft werden, obwohl es bei der Rötelnimpfung vor allem um den Schutz von Schwangeren geht.

Welche gesundheitlichen Ungleichheiten in unserer Gesellschaft sind eigentlich ungerecht,



Eine Frage der Abwägung: auf der einen Seite das Wohl für die Gruppe – auf der anderen Seite die Autonomie und seine Rechte. Um gute Gründe und Abwägungen muss gerungen werden.

welche nicht? Sind die Ungleichheiten nicht ungerecht (also die „inequalities“ nicht „inequities“), die aus mangelnder Eigenverantwortung resultieren? Gibt es das überhaupt, wirkliche Eigenverantwortung, oder ist Gesundheit vor allem und in letzter Instanz sozial und biologisch determiniert? Und überhaupt, welche Rolle sollte Eigenverantwortung im öffentlichen Gesundheitswesen spielen? Darf gesundheitskonformes Verhalten belohnt werden? Darf es gefordert werden? Darf nicht-gesundheitskonformes Verhalten sanktioniert werden? Fragen, die nach einer ethischen Reflexion rufen, gibt es viele.

Bietet die Ethik einfache Antworten?

Die oben genannten Fragen finden keine einfachen Antworten. Wenn es einfache und klare Antworten gäbe, hätten sie in diesem Sinne ja auch erst gar nicht unsere Aufmerksamkeit bekommen. Die Ethik an sich stellt nun – leider – auch keine eindeutigen und klaren Lösungen oder auch nur Lösungsverfahren bereit. Es gibt allerdings verschiedene Ansätze und „Werkzeuge“, die man nutzen und anwenden kann, um ethische Herausforderungen besser zu erkennen, zu benennen und anhand von Normen und Werten die Konflikte zu diskutieren und so letztlich zu überzeugenden und kommunizierbaren Rechtfertigungen zu kommen.

Es gibt zwar einen Algorithmus, der „einfache“ Antworten verspricht: den Utilitarismus. Dies ist die Theorie, die seit Jeremy Bentham im späten 18. Jahrhundert besagt, dass man das tun sollte, was das größtmögliche Glück für die größtmögliche Zahl von Menschen befördert. Aus dieser Algorithmus allein – obwohl er auf den ersten Blick aus der Sicht öffentlicher Gesundheit

vielversprechend wirkt, weil er die Gesundheit in der Bevölkerung zu mehren zu versprechen scheint – ist nicht überzeugend. Erstens ist Glück nicht identisch mit Gesundheit, auch wenn Gesundheit gemeinhin als wichtige Voraussetzung für Glück gilt. Zweitens würde unter dieser Maßgabe jede Form von Zwang viel zu einfach rechtfertigbar sein und Aufmerksamkeit auf vulnerable Gruppen wäre wohl nicht möglich. Im Gegenteil, schwache und nicht produktive Mitglieder der Gesellschaft können eher ignoriert, sogar instrumentalisiert werden, da ihnen keine eigene absolut geltende Würde zugesprochen wird. Bestenfalls wären Hilfsangebote an Vulnerable ein symbolischer Akt oder ein Akt, den sozialen Frieden zu sichern, aber keine Hilfe um der Menschen selbst willen. So würde der utilitaristische Algorithmus mitunter weniger zustimmungswürdige Anforderungen an das Handeln stellen.

Auch andere Theorien, wie die Gerechtigkeitstheorie von John Rawls, die von Norman Daniels für den Bereich Gesundheit weiter entwickelt wurde, ist für sich genommen nicht hinreichend, um schwierige, konkrete moralische Herausforderungen zu bewerkstelligen. Die dort formulierte Norm, dass jeder Mensch faire Chancen im Leben haben sollte und dass dazu auch ein gutes Maß an Gesundheit gehört, ist ein wichtiges Argument – beispielsweise gegen den Utilitarismus, der eben nicht jedem einzelnen Menschen gleiche Rechte und Chancen einräumen würde. Aber aus sich heraus hilft dieses Prinzip auch noch nicht, handlungsleitend zu sein, wenn man fragt, ob beispielsweise die Masernimpfung zur Zeit eines Ausbruchs unter Zwang durchgeführt werden kann.

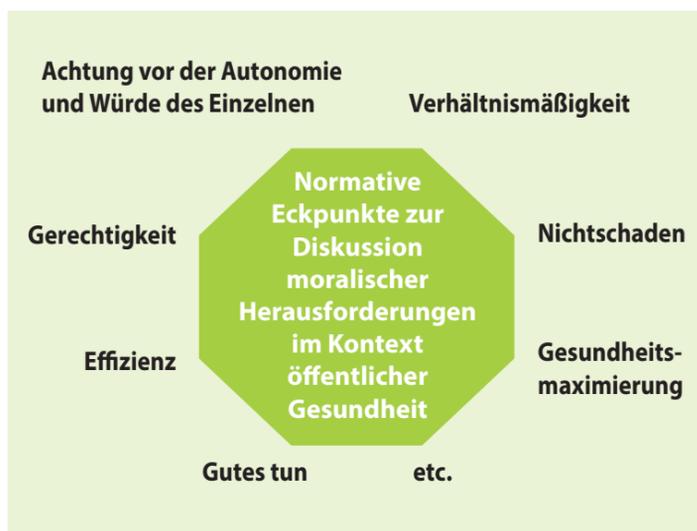




Foto: © Justatsec - Fotolia.com

zieren keineswegs eine klare und einfache Antwort auf die komplexen Probleme der realen Welt der öffentlichen Gesundheit.

Ethische Werte und Normen

Wie gesagt, sich nur an einem ethischen Algorithmus wie dem Utilitarismus oder einer anderen komplexen ethischen Theorie, wie der „Gesundheitsgerechtigkeit“ von Daniels, zu bedienen, erscheint uns kein hilfreicher Ansatz für die Erörterung moralischer Herausforderungen und zur Findung ethischer Rechtfertigungen in der Praxis der öffentlichen Gesundheit. Vielmehr plädieren wir als Ausgangspunkt für ethische Rechtfertigungsprozesse für generelle Normen, so genannte ethische Prinzipien, mit denen man moralische Herausforderungen erörtern und zu rechtfertigbaren Lösungen kommen kann. Diese Normen sollen nur den Ausgangspunkt dieser Rechtfertigungsprozesse bilden. Vielfach kommen vielleicht noch andere Normen – oder auch Tugenden – zum Tragen. Und vor allem muss man die inhaltliche Bedeutung der Norm im konkreten Einzelfall noch hinreichend und weiter spezifizieren. In diesem Spezifikations-Prozess sind dann auch wieder ethische Theorien vonnöten, die einzelne Normen und ihre Geltung konkreter entwickeln.

Folglich erscheinen uns die im Folgenden genannten Normen als hilfreicher Ausgangspunkt – nicht mehr, nicht weniger – für ethische Reflexion bei moralischen Herausforderungen in der Berufspraxis im öffentlichen Gesundheitswesen. Diese Normen und ihre Spezifikationen kann man, wie bei einer Checkliste, zur Abprüfung verschiedener Handlungsoptionen nutzen und gegeneinander abwägen:

- **Gesundheitsmaximierung**
Die Gesundheit der Bevölkerung zu mehren, ist ein spezifischer moralischer Auftrag für Akteure im öffentlichen Gesundheitswesen. Würde man allerdings nur dieses Prinzip als normativen Referenzrahmen besitzen, stellte es einen dem Utilitarismus sehr verwandten, aber – aufgrund dessen, dass man Gesundheit nicht mit Glück bzw. „utilitas“ gleichsetzen kann – eben nicht identischen Ansatz dar, den wir schon als unplausibel erachtet haben. Jedoch kann man eine moralische Einsicht, die der Utilitarismus transportiert, nämlich etwas Gutes zu maximieren als einen, neben weiteren normativen Leitgesichtspunkten nehmen. Im Zusammenhang von öffentlicher Gesundheit wäre dies das gesundheitliche „Outcome“ von Handlungen, das es zu maximieren gilt. Diese Norm gebietet dann, Handlungsoptionen zu wählen, die die Gesundheit in einer Population mehren. Ein solcher Leitgesichtspunkt muss jedoch von weiteren Prinzipien flankiert und ergänzt werden.

- **Gutes tun und Schadensverbot**

Der hippokratische Ansatz der Medizin lässt sich ethisch mit den Prinzipien „Gutes tun“ (oft auch: beneficence) und Schadensverbot (nonmaleficence) rekonstruieren. Dabei ist „nonmaleficence“

in hippokratischer Tradition das Prinzip, das dem Arzt verbietet, Schaden in Kauf zu nehmen, gar bewusst herbeizuführen oder am Patienten zu experimentieren. Der Eid, der als Kodex der Arztethik zu verstehen ist, berücksichtigt jedoch vornehmlich die Sicht des Arztes auf das Wohl seines einen individuellen Patienten – und nicht Rechte des Patienten und Interessen anderer Patienten oder gar einer ganzen Population, was das Prinzip „Gesundheitsmaximierung“ für sich genommen gebietet. Trotzdem ist es in einer Berufsethik wichtig, auch das Wohl des Einzelnen im Blick zu haben und sicherzustellen, dass dies nicht (ohne gute Gründe) vernachlässigt wird. Diese Normen gelten natürlich nicht nur für Ärzte, die im öffentlichen Gesundheitswesen tätig sind, sondern für alle Akteure, v. a. dann, wenn man mit Einzelnen zu tun hat.

- **Achtung vor der Würde und Autonomie des Einzelnen**

Die Autonomie, d. h. die Entscheidungsfähigkeit, und die daraus folgende Würde des Einzelnen zu achten, setzt sowohl der Gesundheitsmaximierung als auch dem potenziell paternalistischen Handeln nach den Prinzipien „Gutes tun“ und „Schadensverbot“ Grenzen. Diese Norm besagt, dass einzelne Personen nicht zugunsten des Wohls der größeren Gruppe geopfert werden dürfen. Zudem wird betont, dass Menschen ein Selbstbestimmungsrecht haben, das man ihnen möglichst gewähren sollte und das sich beispielsweise in Werkzeugen wie der „informierten Zustimmung“ oder dem „shared decision making“ widerspiegelt. Dieses Prinzip stellt Freiwilligkeit in den Mittelpunkt und weist jeder Handlungsoption, die Zwang nutzen will, eine argumentative Beweislast zu.

- **Gerechtigkeit**
Gerechtigkeit beschäftigt sich bei sozialen Institutionen mit einem Ausgleich von Freiheit und Gleichheit und verlangt, dass die Lasten und Nutzen im Bereich der öffentlichen Gesundheit fair verteilt werden. Gerechtigkeit an sich gebietet – je nach Interpretation – zudem, dass jede Person die faire Chance im Leben haben sollte, ein gutes Leben nach eigenen Maßstäben zu leben, wozu

Beispiel Masern

Keine einfach zu beantwortenden Fragen:

- Unter welchen Bedingungen darf man oder muss man Masernimpfungen verpflichtend machen?
- Wo genau sind die Grenzpunkte für Zwangsimpfungen: Wann sind sie nicht zulässig, wann erlaubt oder gar geboten?
- Wie soll Zwang implementiert werden? Geldbußen, Gefängnis(androhung), Ausschluss von Versorgungsleistungen?
- Was sind rechtfertigbare Ausnahmen von diesem Zwang? Religiöse Überzeugungen oder nur medizinische Gründe wie Immunschwächen?

gemeinhin auch Gesundheit gehört. So gebietet uns die Gerechtigkeit, für jeden Menschen eine gesunde Umgebung zu schaffen und Bedingungen zu ermöglichen, unter denen alle Menschen gesund sein können – und nicht nur diejenigen einzubeziehen, mit denen man besonders gut Gesundheit maximieren kann oder mit denen man in direktem Kontakt steht. Gerechtigkeit macht zudem deutlich, dass einzelne Personen oder Gruppen nicht stigmatisiert, diskriminiert und von gesellschaftlicher Kommunikation ausgeschlossen werden dürfen. Als Minimalanspruch an Entscheidungen öffentlichen Handelns fordert Gerechtigkeit als prozedurale Gerechtigkeit, dass Entscheidungen transparent getroffen werden, sie zudem die Interessen aller in den Blick nehmen und revidierbar sind.

- **Verhältnismäßigkeit**
Gerade aktuelle Diskussionen über Maßnahmen im Infektionsschutz – wie die dreiwöchige Isolierung von negativ auf Ebola getesteten Hilfspersonal aus West-Afrika in den USA – verweisen darauf, dass ein normativer Leitgesichtspunkt im Prinzip „Verhältnismäßigkeit“ liegen kann. Dieses Prinzip legt Handelnden nahe, die am wenigsten restriktive oder intrusive Handlungsalternative zu wählen. Bei der Überlegung, welche Handlungsoption die bessere ist, muss man sich hier fragen, ob man nicht „mit Kanonen auf Spatzen“ schießt.

- **Effizienz**
Zusätzlich gilt für die Akteure im notorisch unterfinanzierten öffentlichen Gesundheitswesen ein besonderer moralischer Auftrag zur Effizienz, da öffentliche

Gelder nun einmal begrenzt sind. Mittel sollten effizient eingesetzt werden, um mehr Mittel zu behalten, mit denen Gesundheit erhalten und gefördert werden kann. Denn so sind letztlich mehr Mittel zur Verfügung, um nach Gesundheitsmaximierung und Gerechtigkeit zu streben.

Schlussfolgerung

Wir haben dafür plädiert, ethische Normen als Leitgesichtspunkte zu berücksichtigen, wenn es darum geht, moralische Herausforderungen in der Berufspraxis im öffentlichen Gesundheitswesen zu erkennen und zu lösen. Viele schwierige Entscheidungen, etwas zu tun oder zu lassen, verlangen nach öffentlich nachvollziehbaren Rechtfertigungen. Dabei ethische Werte und Normen in Erwägung zu ziehen und zu prüfen, was diese in diesem Kontext von einem verlangen und diese dann untereinander abzuwägen, sind notwendige Prozesse um zu überzeugenden Rechtfertigungen zu kommen.

Peter Schröder-Bäck/
Caroline Brall

Autoren:

Der Philosoph Peter Schröder-Bäck, Dr. phil., forscht und lehrt an der Universität von Maastricht (NL) im Bereich „International Health“. Caroline Brall, MSc, ist hier Doktorandin. Sie untersucht die Auswirkungen der Finanzkrise in Europa auf die Gesundheit der Bevölkerung.
Kontakt:
Peter.Schroeder@maastrichtuniversity.nl
Caroline.Brall@maastrichtuniversity.nl

Mehr zum Thema

bietet das im letzten Jahr erschienene Buch: Schröder-Bäck, Peter: Ethische Prinzipien für die Public-Health-Praxis. Grundlagen und Anwendungen. Frankfurt a.M.: Campus, 2014.



Wasser liegt uns besonders am Herzen!*

GUMAX
Die Software für Ihr Gesundheitsamt!

*Und das nicht nur während der Strandsaison. Deshalb hilft Ihnen unsere Software ganzjährig, die Qualität von Trink- und Badewasser zu überwachen.

software.house informationstechnik AG
Niemannsweg 18 · 24105 Kiel
Telefon 0431/57027-0 · Fax 57027-50
e-Mail GUMAX@software-house.de
Internet www.software-house.de

Neue Bücher

Falk, Juliane
Basiswissen Demenz. Lern- und Arbeitsbuch für berufliche Kompetenz und Versorgungsqualität. 3. aktualisierte Auflage. Weinheim: Beltz Verlag 2015, 288 S., 24,95 EUR ISBN 978-3-7799-2402-9

Lauterbach, Matthias; Dressel, Christian
Gesund in der Schule Heidelberg: Carl Auer Verlag 2015, 96 S., 9,95 EUR ISBN 978-3-8497-0059-1

Frank, Uwe
Antibiotika in der Praxis mit Hygieneratschlägen. Mitarbeit: Winfried Ebner. Begründet von Franz Daschner. Berlin: Springer Verlag 2015, 200 S., 22,95 EUR ISBN 978-3-642-25626-4

Dörr, Margret
Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren 2015, 170 S., 19,80 EUR (Grundlagen der Sozialen Arbeit, Band 35) ISBN 978-3-8340-1428-3

Setz, Simone
Inklusive Schule gestalten. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2015, 260 S., 28,00 EUR ISBN 978-3-17-022408-7

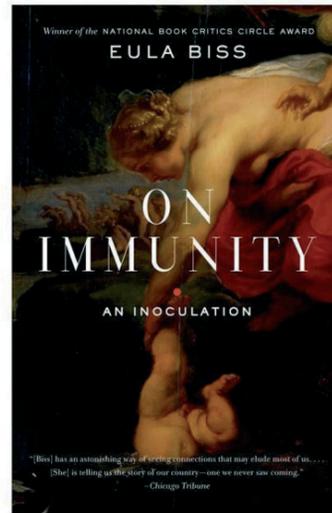
Gehl, Jan
Städte für Menschen. Berlin: Jovis Verlag 2015, 288 S., 32,00 EUR ISBN 978-3-86859-356-3

Woher kommt die Angst vorm Impfen?

Das 163-seitige Werk beschäftigt sich mit dem Thema Immunität und Impfen aus der Perspektive der Autorin als Mutter der gebildeten, gehobenen Mittelschicht der USA.

Unter Einbeziehung naturwissenschaftlicher, ethischer und philosophischer Aspekte im historischen Kontext schafft sie ein buntes Kaleidoskop, durch das hindurch zu sehen man durchaus als Gewinn betrachten kann.

Gerade Mütter ihres sozialen Status gehören in den USA wie in Europa nicht selten zur Gruppe der Impfgegner. Eula Biss schafft es, unter Betrachtung einer wahren Flut von Facetten, sich dem Impfgedanken zu öffnen und ihn letztlich auch zu propagieren, wobei sie ihre positive Haltung zum Impfen nicht plakativ vor sich herträgt, sondern differenziert entwickelt und vertritt und sich mit ihrer eigenen Tendenz zur „überbehütenden Helikopter-Mutter“ kritisch auseinandersetzt. Es geht beim Thema Impfen eben nicht nur um Fakten, son-



zum „Gesundheitskellner“, der zu servieren hat, was der Kunde sich wünscht, setzt sie klar entgegen, dass die Ungeimpften das Privileg in Anspruch nehmen, von den Geimpften geschützt zu werden, im Internet jede Menge Unsinn zum Thema publiziert wird und ärztliche Leistungen etwas anderes sind, als ein Burger, den man am Drive-in-Schalter bestellt.

„Immunity is a shared space“, so ihre Essenz. Wer vielfältigste Argumente für den Impfgedanken aus natur- wie geisteswissenschaftlicher Perspektive sucht, wird hier fündig!

Markus Schimmelpfennig
 Markus.Schimmelpfennig@kassel.de

dem auch um Vorurteile, Emotionen und Misstrauen.

Vorurteilen wie: „Den Öffentlichen Gesundheitsdienst und Impfungen brauchen nur Unterprivilegierte“ und Fehlinformationen aus dem Internet, wie z. B. „Impfen verursacht Autismus“, sowie dem Wandel der Arztrolle von der fachlich begründeten Autorität

Biss, Eula
On Immunity: An Inoculation. In englischer Sprache. Gebundene Ausgabe. Minneapolis: Graywolf Press 2014, 216 S., 23,00 EUR ISBN 978-1-55597-689-7 (demnächst als TB)

Fachwörter sind Werkzeuge

Was ist mit dem Begriff Infektionsherd gemeint? Wann trifft die Bezeichnung Risiko zu? Was genau ist eine Gemeinschaftseinrichtung? Oder: Was ist gemeint, wenn von einer Seuche gesprochen wird? Das Robert-Koch-Institut hat ein nützliches Nachschlagewerk veröffentlicht, in dem Fachwörter und Bezeichnungen aus dem Arbeitsgebiet des Infektionsschutzes und der Infektionsepidemiologie definiert sind. Die Beziehungen zu angrenzenden Gebieten, wie Infektiologie, Hygiene, Mikrobiologie, Veterinärmedizin, Ökologie und Immunologie werden ebenso verdeutlicht wie die Entwicklungen im Sprachgebrauch. Die englischen Begriffe sind ebenfalls aufgeführt.



tionsepidemiologie steht. Für Auszubildende, Lernende und Studierende ist das Werk zum Nachschlagen, aber auch zum Lernen, sehr gut geeignet.

Das Fachwörterbuch kostet 9,85 Euro und kann bei der Pressestelle des Robert-Koch-Instituts unter www.rki.de bestellt werden. Es steht auch zum kostenfreien Download zur Verfügung.

mün

Infektionsschutz und Infektionsepidemiologie. Fachwörter – Definitionen – Interpretationen. Autor: Wolfgang Kiehl. Hrsg.: Robert-Koch-Institut. Berlin: RKI 2015, 167 S., 9,85 EUR ISBN 978-3-89606-258-1

Wenn Algen die Wände grün färben

Grenzflächen sind seit Urzeiten Lebensräume für Mikroorganismen. Sie bilden an ihnen Biofilme. Beim Stichwort „Biofilm“ wird zumeist an Lebensgemeinschaften auf festen von Wasser überspülten Oberflächen gedacht oder an eine Wasseroberfläche, die an die Luft grenzt. Dass sich eine Lebensgemeinschaft auch an einer Grenzfläche zwischen einem festen Untergrund und der Luft bilden kann, wird meist weniger bedacht. Ein Leben an der Grenze zwischen „fest“ und „gasförmig“ erfordert besondere Fähigkeiten. Denn wer hier lebt, muss mit Wasser haushalten können, und das können nur Spezialisten: so vor allem Algen und Pilze. Zwar ist auch hier ohne Wasser und – bei Algen zusätzlich – ohne Licht kein Leben möglich, beide Gruppen verfügen aber über Arten, die mit einem Minimum an Wasser

auskommen können. So können sie auch die oft langen Trockenperioden überstehen und sind damit prädestiniert für das Leben an Fassaden von Gebäuden, Mauerwerk, Sandstein und Sichtbeton, auf Dämmstoffen, Verkleidungen, Kalkputz und sogar auf Kunststoffen, z.B. von Oberlichtern sowie zahlreichen weiteren Gebäudeteilen.

Manche der heute üblichen Sanierungs- und Energiesparmaßnahmen fördern jedoch nicht nur das Energiesparen, sondern auch das Wachstum derartiger Lebensgemeinschaften. Vielerorts werden sie durch die inzwischen üblichen Fassadendämmungen und andere Maßnahmen unterstützt. So führt manche Sanierungsmaßnahme zur Gesundung von Energiebilanz und Erkrankung der Gebäudesubstanz.

Wer hier gut informiert sein will, um Fehler zu vermeiden, dem sei die Lektüre des Werkes von Büchli und Raschel in seiner inzwischen dritten durchgesehenen Auflage empfohlen. Hier wird der Leser zunächst mit der Mikrobiologie von Algen und Pilzen und mit deren Ansprüchen oder, besser gesagt, mit deren Anspruchslosigkeit vertraut gemacht. Ebenso werden die Besonderheiten des Biotops „Gebäudeaußenfläche“ behandelt. Hieraus lassen sich bereits erste grundlegende Einsichten für die Prävention des Bewuchses gewinnen.

Es folgt ein Kapitel über Bauphysik und ein weiteres mit Fallbeispielen, die mit zahlreichen Bildern eindrücklich unterlegt werden. Insbesondere werden Schäden dokumentiert, die Algen und Pilze an einer Gebäudesubstanz zu verursachen vermögen. Das letzte Drittel des Werkes ist



Sanierungs- und Instandsetzungsmaßnahmen sowie der laufenden Unterhaltung von Gebäuden gewidmet.

Wer einen fundierten und informativen Einstieg in die Thematik sucht, wird es schwer haben, ein vergleichbar gutes, verständlich geschriebenes, informatives und kompaktes Werk auf dem Markt zu finden. Das Buch gehört damit in die Hände eines Jeden, der Sanierungs- und Energiesparmaßnahmen an Gebäuden plant, veranlasst oder durchführt. Auch wer sich mit Gebäudehygiene und nicht zuletzt mit der inzwischen allgegenwärtigen Problematik von Schimmelpilzen in Innenräumen befasst, kann hier noch manches Wissenswerte finden.

Friedrich von Rheinbaben
 Rheinbaben@hygcn.de

Büchli, Roland; Raschel, Paul
Algen und Pilze an Fassaden. Ursachen und Vermeidung. 3., durchgesehene Aufl. Stuttgart: Fraunhofer IRB Verlag 2015, 109 S., zahlr. Abb., 34,00 EUR (auch als E-Book) ISBN 978-3-8167-9274-1

ISGA®
 Die Software für den öffentlichen Gesundheitsdienst



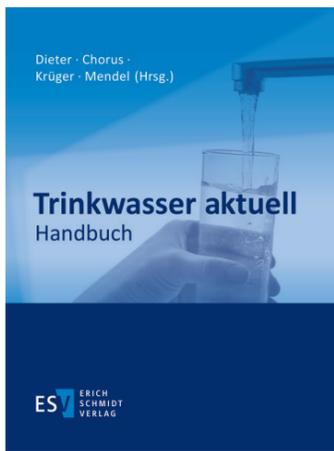
Seitdem ich ISGA einsetze, habe ich viel mehr Zeit für sie!

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

Rund ums Trinkwasser



Jeder, der mit gesetzlichen Vorschriften arbeitet muss, weiß, wie schwierig es sein kann, den letzten Stand der Gesetzgebung und Rechtsprechung zu finden. Dies trifft besonders auf den Bereich der Trinkwasserhygiene und deren Überwachung durch die Gesundheitsämter zu. Hier sind für die Bearbeitung eines Falles aktuelle Gesetzestexte die Voraussetzung.

Die Trinkwasserverordnung legt die Anforderungen an die Qualität des Trinkwassers fest, sie enthält Grenzwerte für mikrobiologische, chemische und weitere Parameter und beschreibt die Pflichten der Betreiber von Wasserversorgungsanlagen. In den letzten Jahren ist dieses Gesetz mehrmals novelliert worden, und auch die Vielzahl der technischen

Regelwerke unterliegt einer ständigen Veränderung.

Um sich schnell über die aktuellen gesetzlichen Vorschriften zu informieren eignet sich daher besonders ein Loseblattwerk wie das Handbuch „Trinkwasser aktuell“ aus dem Erich Schmidt Verlag. Dort sind sämtliche rechtlichen und technischen Anforderungen, die an die Gewinnung, Verteilung und Bewertung von Trinkwasser gestellt werden, zusammengestellt und zusätzliche Materialien und Arbeitshilfen für die Praxis der Überwachung aufgeführt.

Wer sich allerdings das Einsortieren der ständigen Ergänzungslieferungen ersparen will, wird über die Online-Datenbank „Trinkwasser aktuell“ erfreut sein. Hier gibt es zusätzlich noch einen direkten Zugriff auf die Empfehlungen und Stellungnahmen des Umweltbundesamtes und der Trinkwasserkommission des Bundesgesundheitsministeriums. Frühere Gesetze und Richtlinien bleiben recherchierbar und können direkt am Computer mit den aktuellen Versionen verglichen werden. Durch die einfache Suchfunktion sind alle zusammengehörigen gesetzlichen Grundlagen, Regelwerke und Materialien schnell aufzufinden. Die Vorteile der Online-Datenbank liegen auf der Hand. Es sind: die direkte Verfügbarkeit an jedem Computerarbeitsplatz, das einfache Recherchieren über

das Suchfeld, die vielfältigen Verlinkungen sowie das hohe Maß an Aktualität.

Mit dem Werk „Trinkwasser aktuell“ – und ganz besonders mit der Datenbank – steht eine sehr hilfreiche Arbeitsgrundlage zur Verfügung, die bei den Überwachungsbehörden eine weite Verbreitung finden wird.

Petra Münstedt



Dieter, Hermann; Chorus, Ingrid; Krüger, Wolfgang; Mende, Birgit (Hrsg.)

Trinkwasser aktuell. Handbuch. Berlin: Erich Schmidt Verlag
Loseblattwerk: ca. 550 S., Grundwerk: 92,28 EUR
ISBN 978-3-503-14103-6

Auch online:
Trinkwasser aktuell.
Online-Datenbank.
Jahresabo: 114,24 EUR
ISBN 978-3-503-15657-3

Dann sprang er über Bord...



Sehr lange Reisen, körperlich schwere Arbeit, Konflikte innerhalb der Schiffsbesatzung, Suchtproblematiken, Stresssituationen, Ängste verursacht durch Piraterie oder kriegsbezogene Gefahren, dies sind nur einige schwere Belastungen, mit denen Seeleute – in der Vergangenheit und auch heute – konfrontiert werden.

Das vorliegende Buch ist die Kurzfassung einer Dissertation aus dem Historischen Institut der Universität Kiel. Der Umfang der Langfassung ist mir nicht bekannt, aber seien Sie sicher, die vorliegenden 525 Seiten sind allesamt lesenswert.

Der Psychiater und Allgemeinmediziner – und eben auch Historiker – Karl-Heinz Reger hat systematisch und genau schiffsärztliche Berichte aus den Jahren 1830 bis 1880 ausgewertet. Es gelingt ihm damit, ein umfassendes Bild der psychischen und psychiatrischen Störungen der Seeleute zu skizzieren. Damals wie heute sind beispielsweise Suizide auf See nicht selten. Es ist davon auszugehen, dass der psychische Druck, dem die Seeleute ausgesetzt sind, im Laufe der Jahre noch gestiegen ist. Betrachtet man zum Beispiel die Lebenssituation der philippinischen Seeleute, die zum Teil bis zu neun Monate an Bord eines Schiffes verbringen, mag man sich die extremen Belastungen vorstellen, die trotz aller Hilfsangebote – z. B. durch die

psychosoziale Arbeit und Seelsorger der Seemannsmissionen – bestehen.

Dem Verfasser des vorliegenden Werkes gelingt es sehr gut, die Verhältnisse des Alltages an Bord und die verschiedenen Lebensbereiche zu beschreiben, ebenso die damals bestehenden Behandlungsmöglichkeiten sowie die verabreichten Medikamente und deren Wirkungsweisen. Einen großen Teil nimmt die Darstellung der lesenswerten Kasuistiken ein: So werden Fälle von Depressionen ebenso beschrieben wie beispielsweise die verschiedenen Formen von Anpassungsstörungen.

Fazit: Für Interessierte an Psychiatrie und Schiffsmedizin ist dieses Buch sicherlich eine Lektüre, die sich lohnt. Durch den umfangreichen Informationsgehalt des Werkes und seine fachliche Tiefe weiß der Autor das Interesse zu wecken und über viele Stunden zu binden.

Martin Dirksen-Fischer
Martin.Dirksen-Fischer@hu.hamburg.de

Reger, Karl-Heinz
„Dann sprang er über Bord“. Alltagspsychologie und psychische Erkrankung an Bord britischer Schiffe im 19. Jahrhundert. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2014, 525 S., 59,99 EUR
ISBN 978-3-525-30066-4

Elektronisches Handbuch für den ÖGD in Bayern

Für die Gesundheitsämter Bayerns gibt es seit 2009 eine Intranet-basierte Arbeitsgrundlage: Das „Handbuch des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bayern“. Ziel des Angebots ist es, die festgelegten Qualitätsanforderungen sicherzustellen, eine möglichst einheitliche Umsetzung der landesgesetzlichen Vorgaben zu erreichen und die unteren Gesundheitsbehörden bei der Bewältigung ihrer steigenden Aufgaben und Anforderungen zu unterstützen. Das elektronische Handbuch enthält neben einem Aufgabenkatalog und den entsprechenden gesetzlichen Grundlagen auch umfangreiche Sammlungen mit Arbeitsmaterialien für den ÖGD. Für die Überprüfung der einzelnen Kapitel sind in Bayern Arbeitsgruppen gebildet worden, die in Form von Qualitätszirkeln für eine kontinuierliche Aktualisierung und Weiterentwicklung des elektronischen Handbuchs verantwortlich sind. Sie werden vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit als fachlicher Leitstelle betreut.

Bisher stand dieses Handbuch nur intern im bayerischen Behördennetz zur Verfügung, seit kurzem kann es auch im Internet von externen Nutzern eingesehen werden, allerdings nicht vollständig. Im Internet zugänglich ist die Aufgabenstruktur samt

Umsetzungshinweisen, nicht einsehbar sind verwaltungsinterne Dokumente und urheberrechtlich geschützte Materialien. Hierfür ist wie bisher die Zugangsberechtigung zum bayerischen Behördennetz nötig. Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind in Deutschland in den einzelnen Bundesländern abweichend gesetzlich geregelt, es existieren unterschiedliche Ausgangslagen und andere Schwerpunktsetzungen. Die Kernaufgaben des ÖGD liegen jedoch ausnahmslos im Bereich Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung, Gesundheitshilfe, Gesundheitsplanung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.

Das elektronisch abrufbare Handbuch für den ÖGD in Bayern mit seinem differenzierten Aufgabenkatalog und den entsprechenden Arbeitsmaterialien ist in dieser Form einzigartig. Als Grundlage für die Arbeit im ÖGD kann es anderen Bundesländern eine Anregung sein.

Petra Münstedt

Das ÖGD-Handbuch ist über die Internetseite des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit aufrufbar: www.lgl.bayern.de/gesundheits/sozialmedizin/oegd_handbuch/index.htm

Internet-Tipp

www.viren-im-wasser.de

Für Beschäftigte, die im umweltbezogenen Gesundheitsschutz arbeiten, wurde das vorliegende Entscheidungs-Unterstützungssystem (EUS) vom Umweltbundesamt entwickelt, das sich auf Viren im Trinkwasser bezieht. Es gibt strenge Anforderungen zur mikrobiologischen Überwachung der Trinkwasserqualität. Diese Anforderungen basieren auf dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) und der Trinkwasserverordnung (TrinkwV 2001). Viren im Trinkwasser werden von der Trinkwasserverordnung jedoch nicht routinemäßig erfasst. Hierzu dient dieses Entscheidungsunterstützungssystem (EUS). Es ist insbesondere für Wasserversorger und Aufsichts- und Umweltbehörden konzipiert, die die Sicherheit einer bestimmten Trinkwasserversorgungsanlage bei Verdacht auf Viren im abgegebenen Trinkwasser prüfen wollen.

Täglich frische Stellenangebote zum Frühstück!

- Bundesweiter Stellenmarkt für medizinische Berufe
- Jobbörse mit tagesaktuellen Stellenausschreibungen
- Jetzt bewerben und Karriere starten

https://jobs.kliniken.de

Als Einzelkämpfer überfordert

Gesundheitsförderung für die Kommune erscheint vielen Gesundheitsämtern als ein zusätzliches Arbeitsgebiet, das die eigenen Kräfte übersteigt. Die frisch gekürten Preisträger aus Hamburg-Eimsbüttel (Qualitätspreis der Akademie 2014) kennen die Argumente: kein Personal, keine Zeit, keine finanziellen Mittel, viel Aufwand, wenig Wirkung usw. Dabei bietet der Aufgabenbereich „Gesundheitsförderung“ die Chance, sich als Gesundheitsamt in der Kommune zu „profilieren“, sprich: zu zeigen, welche wichtige Rolle das Gesundheitsamt übernehmen kann, wenn es darum geht, soziale und, damit verbunden, gesundheitliche Schiefen zu benennen und ihnen entgegenzuwirken. Was also tun? Geringe Ressourcen auf der einen Seite, eine potenziell wichtige Rolle auf der anderen Seite ... In Hamburg-Eimsbüttel setzte man auf den Quartiersansatz und den so genannten „Runden Tisch“ und hat gute Erfahrungen sammeln können.

In der zweiten Hälfte der 1990er Jahre hatte das Gesundheitsamt Eimsbüttel begonnen, Gesundheitsförderung als eigenständigen Aufgabenbereich aufzubauen. Erste größere Projekte etwa im Bereich der Impfwerbung, der Diabetesprävention und der Mittagsverpflegung in Schulen konnten zwar erfolgreich umgesetzt werden und wiesen befriedigende Teilnehmerzahlen auf, mündeten bald aber in eine Diskussion über das Verhältnis von Aufwand und Ertrag. Auf den Punkt gebracht lautete die Kritik am bisherigen Vorgehen: Wir hinterlassen keine erkennbaren Fußspuren (Wirkungen bei der Zielgruppe, Sensibilisierung der Öffentlichkeit); für jede Aktion wird ad hoc und mit großem Aufwand eine Organisationsstruktur aufgebaut und wieder abgebaut; das Gesundheitsamt ist als Einzelkämpfer überfordert, findet aber nur schwer Mitstreiter.

Der Quartiersansatz macht die Aufgabe überschaubar

Grund genug, die bisherige Strategie zu überdenken und einen neuen Weg einzuschlagen. Dieser sah vor, zukünftig einen wesentlichen Teil der verfügbaren Ressourcen auf ein einzelnes sozial benachteiligtes Quartier zu konzentrieren und dort für mindestens sieben bis zehn Jahre in Kooperation mit lokalen Akteuren aus unterschiedlichen Fachbereichen ein „Leuchtturm“-Projekt der Gesundheitsförderung aufzubauen. Das „Präventionsprogramm Lenzgesund“, über das in der vorhergehenden Ausgabe des

„Blickpunkts“ berichtet wurde, sollte nicht nur die Situation der dort lebenden Menschen verbessern helfen, sondern auch die Botschaft senden: Nachhaltige und breitenwirksame Gesundheitsförderung ist machbar.

Die Vorteile dieses Ansatzes – so die Bilanz nach über 10jähriger Arbeit – liegen in folgenden Aspekten:

- In der Gesundheitsförderung vor allem bei sozial Benachteiligten spielt die mündliche Kommunikation eine zentrale Rolle. Sofern ein Quartier eine Größe von 3 – 5.000 Bewohnern nicht überschreitet und ausreichend verdichtet ist, bietet es dafür ausgezeichnete Voraussetzungen. Unverzichtbar ist ein zentraler Ort, etwa ein Nachbarschaftstreff. In vielen städtischen Quartieren gibt es heute solche Einrichtungen mit einer zumindest minimalen personellen Infrastruktur. Sie können Ohr und Auge, unter günstigen Umständen sogar Hand des Gesundheitsamtes vor Ort sein.
- Anders als ein größerer Stadtteil lässt sich ein Quartier ohne Schwierigkeit durchmessen und man trifft dabei fast zwangsläufig auf Schlüsselpersonen der Kommunikation.
- Das Quartier wirkt als Verstärker. Binnen kurzem wussten viele Frauen, dass es in der Lenzsiedlung eine Familienhebamme gibt und dass deren Unterstützung gut tut. Was geschieht, wird schnell sichtbar

und motiviert zum Nachahmen und Mitmachen.

- Angebote im Quartier haben in der Regel wegen der kurzen Wege und wegen der vertrauten Umgebung eine wesentlich niedrigere Zugangsschwelle als externe Angebote.
- Auch für die (professionellen) Akteure bietet der Quartiersansatz, sofern es ausreichende Präsenzzeiten gibt, durch die physisch, kognitiv und emotional kurzen Wege deutliche Vorteile. Insbesondere erleichtert er es, ohne aufwändige formelle Vereinbarungen durch Absprachen vor Ort Ressourcen flexibel zu bündeln.
- Gesundheitsförderung im Quartier wirkt im Verlauf als Katalysator und motiviert weitere Akteure mit Angeboten vor Ort aktiv zu werden. Insbesondere bietet sie auf der niedrigsten räumlichen Ebene ein Modell intersektoraler Politik (health in all policies) und übt durchaus einen Sog auf übergeordnete Ebenen der Kommunalverwaltung aus, sich unterstützend und ergänzend einzubringen.

... und regt zur Nachahmung an

Wiederholt wurde unsere Konzentration auf ein einzelnes Quartier insbesondere von Politik und Verwaltung kritisch gesehen, weil so weniger Ressourcen für Angebote an eine breitere Öffentlichkeit verfügbar waren. Wir konnten jedoch mit dem Hinweis überzeugen, dass „Lenzgesund“ in verschiedenen Teilen des Bezirks zur Nachahmung anregte und sich dadurch eine zwar nicht flächendeckende, aber durchaus beachtliche Infrastruktur herausbildete.

Dass in einer Strategie kommunaler Gesundheitsförderung dem Gesundheitsamt eine zentrale Funktion zukommt, wird nach unseren Erfahrungen von niemandem ernsthaft in Frage gestellt. Das Gesundheitsamt hat den breitesten Überblick über die gesundheitliche Lage in der Kommune, ihren Stadtteilen und Quartieren, gilt als durchaus starker Akteur mit spezifischen Ressourcen und wird als neutrale Instanz gesehen. Dass das Thema Gesundheitsförderung im Quartier oft unbearbeitet bleibt, wenn sich das Gesundheitsamt nicht engagiert, zeigt u.a. die Evaluation des Deutschen Instituts für Urbanistik in den Programmgebieten



Bild: © Coromax - Fotolia.com

des Bundesprogramms Soziale Stadt (www.staedtebaufoerderung.info -> Programm).

Der Runde Tisch fördert die Zusammenarbeit

Zentraler Akteur für Gesundheitsförderung im Quartier zu sein, heißt nicht, dass das Gesundheitsamt den wesentlichen Teil der Arbeit selbst leisten oder das Gros der materiellen Ressourcen bereitstellen müsste. Beim Präventionsprogramm „Lenzgesund“ sah das Gesundheitsamt seine vorrangige Aufgabe im

Zentraler Akteur für Gesundheitsförderung im Quartier zu sein, heißt nicht, dass das Gesundheitsamt den wesentlichen Teil der Arbeit selbst leisten oder das Gros der materiellen Ressourcen bereitstellen müsste.

Aufbau und in der Aufrechterhaltung eines Verbundes von kooperierenden Einrichtungen und Personen. Das wichtigste Instrument dazu war der Runde Tisch „Lenzgesund“. Dieser tagte fast neun Jahre lang dreimal jährlich bis zur Beendigung des Präventionsprogramms. Bei aller Fluktuation waren stets mindestens 10-12 Einrichtungen durch 14-18 Personen aus den Praxisfeldern Gesundheit/gesundheitliche Regelversorgung, Familienförderung/soziale Unterstützung und Bildung vertreten.

... wenn er gut „gepflegt“ und moderiert wird

Die Verantwortung für Organisation, Einladung, Moderation und Protokollführung beim Runden Tisch übernahm in der ganzen Zeit das Gesundheitsamt. Zu jedem Treffen wurde per Briefpost mit Tagesordnung und Protokoll des vorhergehenden Treffens eingeladen. Eine vorbereitete Faxantwort sollte Zu- oder Absagen erleichtern. Dennoch musste regelmäßig bei einer großen Anzahl der Eingeladenen wenige Tage vor dem Treffen telefonisch nachgefragt werden.

Diese Telefonate führten nicht nur zu mancher später Zusage, sie erwiesen sich auch als eine ausgezeichnete zusätzliche Möglichkeit, den Kontakt zu halten und zu stärken, Stimmungen aufzunehmen sowie aktuelle Informationen zu erhalten und zu geben.

Bewährt hat es sich darüber hinaus, einen möglichst ertragsorientierten Arbeitsstil zu praktizieren. So gehörte zu jedem Treffen ein substanzreicher Input an Informationen entweder aus der Praxis in der Lenzsiedlung oder von externen Referenten zu übergreifenden Themen. Auf diese Weise konnte trotz unterschiedlicher Fachlichkeit die Entstehung einer gemeinsamen Sichtweise auf die Situation im Quartier gefördert werden.

Arbeitsvorhaben einzelner Einrichtungen wurden regelmäßig vorgestellt, beraten, in manchen Fällen auch kooperativ weitergeführt und kamen nach einiger Zeit erneut auf die Tagesordnung. In größeren Abständen bilanzierte der Runde Tisch die Entwicklung und gab Empfehlungen für Veränderungen in den Arbeitsschwerpunkten. Relativ ausführliche Protokolle halfen – auch abwesenden Mitgliedern – sich über den Stand der Entwicklung zu informieren.

Nach dem Ende des Präventionsprogramms und des Runden Tisches hat das Thema Gesundheit seinen Platz unter anderem im Quartiersbeirat gefunden.

Ein pragmatischer Arbeitsansatz für die Gesundheitsämter

Der Quartiersansatz erscheint besonders geeignet für einen wirksamen und ihren Leistungsmöglichkeiten entsprechenden Beitrag der Gesundheitsämter zu kommunaler Gesundheitsförderung. Er bringt zudem vielfältige Qualitätsimpulse für die Gesundheitsförderung insgesamt mit sich.

Dabei kann ein lokaler Runder Tisch über den fachlichen Austausch und die inhaltliche Steuerung hinaus in flexibler Weise Ressourcen bündeln.

Die Rolle des kommunalen Gesundheitsamtes bei dieser Vorgehensweise kann schwerlich durch andere wahrgenommen werden.

*Christian Lorentz,
Gudrun Rieger-Ndakorerwa,
Alf Trojan*

KRYSCHI BRINGT LICHT INS DUNKLE.

Keine Chance für Legionellen. Rufen Sie uns an!

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