

Blickpunkt öffentliche Gesundheit

Herausgeber: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

Nachgefragt: Die Flüchtlingssituation in Düsseldorf

Seite 3

Typisch ländlich? Der ÖGD in einer Wachstumsregion

Seite 4/5

Kinder- und Jugendgesundheit – Initiativen im Rhein-Erft-Kreis

Seite 8

Flüchtlingsandrang in Deutschland

Schon im Sommer zeichnete sich ab, was sich nun zum Ende des Jahres bestätigt: Nie zuvor in der jüngeren Vergangenheit kamen so viele Flüchtlinge nach Deutschland. In den Medien kursierte Anfang Oktober die Zahl von 1,5 Millionen Menschen, die laut einem internen Behördenpapier bis Jahresende zu erwarten seien. Aber genau weiß es derzeit niemand. Wie geht Deutschland mit dem hohen Flüchtlingsandrang um? Schaffen wir es, wie Bundeskanzlerin Angela Merkel versicherte, so viele Flüchtlinge aufzunehmen, d. h. sie nach internationalen humanitären Standards anständig zu versorgen und die, die asylberechtigt sind, die bleiben dürfen, über Bildung und Arbeitsplätze in unsere Gesellschaft zu integrieren? Dass dies wahrlich keine leichte Aufgabe ist, darin sind sich alle einig. Sorgen und Zweifel nehmen zu, aber auf der anderen Seite gibt es weiterhin ein beeindruckend großes zivilgesellschaftliches Engagement. Letzteres ist dringend nötig, denn die Behörden allein sind, trotz oft hohen Einsatzes, überfordert. Das zeigen die Probleme bei der Aufnahme.

Niemand war auf einen solchen Zustrom von Flüchtlingen vorbereitet. Auch wenn die Behörden offiziell lieber von Herausforderung sprechen: Das Chaos bei der Ankunft der Flüchtlinge ist vielerorts groß. Dabei gibt es Regelungen und per Asylverfahrensgesetz definierte Abläufe. Sie einzuhalten und 1:1 umzusetzen, ist jedoch schwierig. Zumindest in diesen Zeiten.

Nach dem so genannten Königsteiner Schlüssel beispielsweise ist festgelegt, welches Bundesland wie viele Flüchtlinge aufnehmen hat. Dieser Schlüssel errechnet sich aus den Steuereinnahmen und der Bevölkerungszahl der Länder. Danach hat NRW 2015 als bevölkerungsreichstes Land das größte Kontingent an Flüchtlingen aufnehmen, nämlich 21,2 Prozent, gefolgt von Bayern mit 15,3 Prozent. Doch nicht alle Bundesländer haben bislang ihr Soll erfüllt, während Bayern, nicht zuletzt aufgrund der geografischen Lage – hier kommen die meisten Flüchtlinge über die Grenze –, seine Pflicht deutlich übererfüllt. Die ungleiche Belastung sorgt seit Monaten auf Länderebene für Unmut.

Wer ist wofür zuständig?

Aber auch bei der Verteilung auf die Kommunen gibt es Probleme: Wie wird die Verteilung logis-

tisch umgesetzt? Wer ist wofür zuständig? Beispiel Nordrhein-Westfalen. Die Bezirksregierung in Arnsberg organisiert für ganz NRW die Unterbringung der Flüchtlinge. Und auch das läuft angesichts der extrem hohen Flüchtlingszahlen nicht so, wie es theoretisch laufen sollte. Die Erstaufnahmeeinrichtungen des Landes, die eigentlich für die Registrierung und die gesundheitliche Eingangsuntersuchung der ankommenden Flüchtlinge Sorge zu tragen haben, bevor diese nach einer festgelegten Quote auf die Kommunen verteilt werden, können diese Aufgaben nicht mehr zuverlässig erfüllen. Die Einrichtungen sind völlig überlastet.

Per Amtshilfeersuchen wurden die Kommunen deshalb um Unterstützung gebeten – sowohl bei der Bereitstellung zentraler Unterbringungsmöglichkeiten als auch beim gesundheitlichen Erstcheck. Unter großem Zeitdruck entstanden und entstehen immer mehr Notunterkünfte in den Kommunen. Viele fühlen sich überfordert. Der Zeitdruck sei immens, die Informationspolitik schlecht, klagen Bürgermeister in der Presse. Die Busse, die die Flüchtlinge aus den Erstaufnahmeeinrichtungen in die Notunterkünfte der Kommunen bringen, kommen mit deutlich mehr oder auch weniger Flüchtlingen als angekündigt an;

sie kommen zu früh, manchmal aber auch erst spät in der Nacht. Die Helfer, unter ihnen viele Ehrenamtler, warten dann schon seit Stunden.

Rudolf Lange, Leiter des Kreisgesundheitsamtes Mettmann, kennt all diese Probleme. Auf der Veranstaltung des Fördervereins der Akademie am 19. Oktober schilderte er sehr anschaulich, was es heißt, in einer Kommune ad-hoc funktionsfähige Notunterkünfte für Hunderte Flüchtlinge bereitzustellen, die weder registriert noch medizinisch erstuntersucht wurden. Das geht nicht ohne Unterstützung von Hilfsorganisationen vor Ort und Improvisationstalent.

Zusätzliche Koordinationsaufgabe für den ÖGD

Konzepte müssen erprobt und der Situation angepasst werden. So erarbeitete man im Kreis Mettmann für die medizinischen Aufnahmeuntersuchungen – notgedrungen, aber mit viel Engagement – einen eigenen Ablauf: beginnend mit Piktogrammen auf symptombezogenen Anamnesebögen, die schon bei der Registrierung zum Einsatz kommen, gefolgt vom ersten Gesundheitscheck durch Sanitätsdienstler, bevor bei Bedarf so genannte "betreuende Ärzte" hinzugezogen werden. Darüber hinaus galt es, das Röntgen zum

Ausschluss einer Tuberkuloseerkrankung zu organisieren, die ärztliche Versorgung von schwangeren Frauen und nicht zuletzt das Impfen, zumindest der Kinder und Jugendlichen, gegen Masern, Mumps und Röteln sowie Varizellen. Weltweit ist die Masernimpfung bei Kindern immer noch die infektionspräventive Maßnahme Nr. 1 betonte Jan Leidel von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts auf der bereits erwähnten Fortbildungsveranstaltung des Akademie-Fördervereins "Medizinische Versorgung von Flüchtlingen durch den ÖGD".

Medizinische Basisversorgung in Hamburg

Klar ist: Die Flüchtlingssituation in Deutschland bringt viel Organisations- und Koordinationsarbeit auch für den öffentlichen Gesundheitsdienst mit sich. So viel, dass der Leiter des Gesundheitsamtes Hamburg-Altona, Johannes Nießen, für die Koordination der medizinischen Versorgung der Flüchtlinge im Stadtstaat Hamburg, mehrere Monate von seiner eigentlichen Tätigkeit freigestellt wurde. Seitdem kümmert er sich in einer siebenköpfigen Projektgruppe um die Einrichtung und den Betrieb von allgemeinmedizinischen Sprechzeiten in den mittlerweile 27 Hamburger

Erstaufnahmeeinrichtungen. Die allgemeinmedizinischen Sprechstunden sollen – nach der Erstaufnahmeuntersuchung – eine Basisversorgung sicherstellen. Zudem erfüllen sie eine Gesundheitslotsen-Funktion. Falls nötig, wird an niedergelassene Fachärzte oder im akuten Notfall an Krankenhäuser überwiesen. Die Abrechnung erfolgt, solange die Flüchtlinge in der Aufnahmeeinrichtung auf ihre Gesundheitskarte warten, über einen 24-Stunden-Krankenschein. Eine Versicherungskarte für Flüchtlinge gibt es bislang nur in den beiden Stadtstaaten Bremen und Hamburg, ab 2016 wird sie als erstes Flächenland auch NRW einführen. Für Johannes Nießen und sein Team besteht eine der Hauptaufgaben darin, das Fachpersonal für die allgemeinmedizinischen Sprechstunden zu rekrutieren, wobei eine wichtige Erkenntnis war: „Nicht jeder, der helfen will, kann helfen“. Da müsse man schon genau hinschauen. Darüber hinaus kümmert sich das Team um die notwendige Ausstattung mit Geräten, Instrumenten und Medikamenten. Hilfreich sei es in jedem Fall, resümiert Nießen, weitere Unterstützer an Bord zu holen, also benachbarte Krankenhäuser für die Zusammenarbeit

Fortsetzung auf Seite 2



Foto © Lydia Geissler - fotolia.com

Programm 2016

In diesen Tagen erhalten alle Gesundheitsämter das Veranstaltungsprogramm der Akademie 2016. Schauen Sie durch, welche Veranstaltungen Sie interessieren könnten! Wie immer gibt es eine Fülle von Angeboten für jeden Aufgabenbereich. Neu im Programm ist der Themenschwerpunkt „Integration, Migration und Flüchtlinge“. Unter dem Buchstaben „I“ finden Sie Fortbildungen, die Sie dabei unterstützen möchten, im Arbeitsalltag vor Ort der besonderen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund gerecht zu werden. Schon jetzt sei auch auf die Jahrestagung am 14. September 2016 hingewiesen. Sie hat die globalen Herausforderungen für den öffentlichen Gesundheitsdienst im Blick, denn Epidemien machen nicht vor Landesgrenzen Halt und zudem hat das sich dem Ende zuneigende Jahr 2015 in dramatischer Weise gezeigt, wie viele Menschen vor Krieg, Hunger und Not Zuflucht in Deutschland suchen. Last but



not least: Webinare werden ab sofort zum Regelangebot der Akademie gehören. Sie ermöglichen es, aktuelle Themen schnell und unkompliziert aufzugreifen. Die Resonanz auf diese neue Form der Fortbildung war schon 2015 so hoch, dass die Akademie das Angebot in Kooperation mit dem Robert-Koch-Institut nun dauerhaft fortführt. Informieren Sie sich über die neuen Veranstaltungen auch auf der Homepage: www.akademie-oegw.de

Aktuelle Veranstaltungen zur Flüchtlingskrise

2. Dezember 2015

Webinar: Flüchtlinge in Deutschland
Anmeldung über Sarah Gruber, gruber@akademie-oegw.de

4. Dezember 2015

Für alle, die am 19. Oktober nicht teilnehmen konnten, bietet der Förderverein der Akademie eine zweite Veranstaltung zur „Medizinischen Versorgung von Flüchtlingen durch den ÖGD – Was wird getan, was wird erwartet und was können wir tun?“ an. Veranstaltungsort ist das VHS-Forum des Rautenstrauch-Joest-Museums in Köln.
Mehr zum Programm unter: www.akademie-oegw.de

Asyl in der EU

213.200

Asylsuchende beantragten im zweiten Quartal 2015 (April bis Juni) erstmals Schutz in der EU

80.935

und damit die meisten (38 Prozent der Gesamtzahl) taten dies in Deutschland.

Quelle: europa, Pressemitteilung 163/2015, 18.09.2015

Fortsetzung von Seite 1

zu gewinnen oder, wie aktuell geschehen, das renommierte Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin mit einzubinden.

Ein Beitrag zur Integration

Alles viel Arbeit, von deren Sinnhaftigkeit die Projektgruppe aber überzeugt ist: „Eine funktionierende medizinische Versorgung ist ein wesentlicher Bestandteil zur Integration der Flüchtlinge in unsere Gesellschaft“.

Diesen Satz kann Joachim Gardemann vom Kompetenzzentrum „Humanitäre Hilfe“ der Fachhochschule Münster nur unterschreiben. Er war ebenso wie Johannes Nießen Gastreferent bei der Veranstaltung des Fördervereins der Akademie und vertrat mit Vehemenz die Auffassung, dass man in Deutschland sehr viel mehr als bisher auch die internationalen Hilfsorganisationen zu Rate ziehen und sie um Unterstützung bitten sollte. Es sind „global players“, die große Erfahrung bei der Flüchtlingsversorgung mitbringen. Und: Für das Handeln im ÖGD seien – so Gardemann

– nicht nur die entsprechenden Gesundheitsdienstgesetze, das Infektionsschutzgesetz oder das Asylverfahrensgesetz maßgeblich, sondern auch das Genfer „Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge“ von 1951. Internationale humanitäre Standards für die Flüchtlingsversorgung wären zudem im „Sphere Project“ entwickelt worden.

Kein unwichtiger Hinweis für alle, die mit dem Thema „Flüchtlinge“ beschäftigt sind. Der Winter steht vor der Tür und noch immer sind viele Flüchtlinge provisorisch in Zelten und Turnhallen untergebracht.

Ellen Steinbach

Alle hier zitierten Beiträge der Veranstaltung „Medizinische Versorgung von Flüchtlingen durch den ÖGD“ können, ebenso wie weitere interessante Berichte zur Flüchtlingsarbeit und zur rechtlichen Situation, auf der Internetseite der Akademie www.akademie-oegw.de unter „Aktuelles“ abgerufen werden. Eine Folgeveranstaltung findet am 4. Dezember in Köln statt.

Verstärkung des Akademie-Teams

Zwei neue Mitarbeiter verstärken seit September das Team der Akademie und machen es bunter. Bunter, weil bei beiden der persönliche und berufliche Werdegang ein besonderer ist. Internationalität und interkulturelle Erfahrungen spiegeln sich in ihren Lebensläufen wider. Hier ein Kurzporträt der neuen Kollegen.

Peter Tinnemann (Dr. med. MPH), 47 Jahre alt, arbeitete nach dem Medizinstudium in Köln und Hamburg mehrere Jahre für unterschiedliche internationale Hilfsorganisationen. Seine Einsätze führten ihn nach Haiti, Angola, in den Kongo, nach Nigeria, Eritrea, Tschad, Sierra Leone, Sudan, Uganda und Somalia. Dort praktizierte er Medizin unter einfachen Bedingungen, lernte die Wichtigkeit von öffentlichen Gesundheitssystemen kennen und sammelte praktische Erfahrungen im Projektmanagement. Von 2004 bis 2007 war er für den nationalen Gesundheitsdienst in Großbritannien tätig. In dieser Zeit hat er an der Universität Cambridge



Foto: privat

auch ein Public Health Studium absolviert. Zurück in Deutschland ist Peter Tinnemann seit Mai 2007 leitender wissenschaftlicher Mitarbeiter für den Bereich Globale Gesundheitswissenschaften am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Diese Stelle wird er auch weiterhin in Teilzeit wahrnehmen. An der Akademie in Düsseldorf vertritt er als neuer Referent ab sofort das Gebiet ÖGD und Public Health. Ob ihm, der so viel international unterwegs war, überhaupt der deutsche öffentliche Gesundheitsdienst vertraut ist? Peter Tinnemann kann die Frage bejahen, denn parallel zur Tätigkeit an der Charité durchlief er halbtags die Weiterbildung zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen. Verwaltungserfahrungen konnte er dabei auf kommunaler Ebene, insbesondere im sozialpsychiatrischen Dienst zweier Gesundheitsämter, und auf Landesebene bei der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales sammeln. Ende des Jahres will er die Weiterbildung mit der Facharztprüfung abschließen. Aufgrund seiner gesamten beruflichen Erfahrung ist Peter Tinnemann davon überzeugt, dass bei Problemen der gesundheitlichen Versorgung bzw. bei bevölkerungsmedizinischen Fragestellungen heute mehr denn je die globale Ebene mit berücksichtigt werden müsse. Der ÖGD sei eigentlich nicht mehr nationalstaatlich denkbar, meint er. Globale Einflüsse mach-

ten sich mittlerweile auch in der kleinsten Kommune bemerkbar. Ein Virus könne in unserer mobilen Gesellschaft problemlos Grenzen überwinden (siehe die Ängste in der Bevölkerung vor Ebola) und der Zustrom an Flüchtlingen zeige, dass man sich vor den Krisenherden und Problemen, auch gesundheitlichen Problemen anderer Länder nicht abschotten könne. Diese zunehmende Komplexität gelte es, im ÖGD zu verstehen und zu reflektieren. Die Akademie sieht er als Mehrländereinrichtung dabei in einer wichtigen Rolle: Sie kann den Diskurs vorantreiben und als Bildungseinrichtung die Kompetenzen vermitteln, die der ÖGD braucht, um den neuen Herausforderungen gerecht zu werden. Wünschenswert sei in diesem Zusammenhang die Förderung eines personalisierten Lernens und der Ausbau der „Kommunikationsplattform Akademie“. Dazu will er sich mit seinem Wissen und seinen Erfahrungen einbringen.

Solmaz Golsabahi-Broclawski (Dr. med.) vertritt in der Akademie die Themengebiete „Integration, Migration und Flüchtlinge“ (erstmalig jetzt im Jahresveranstaltungsprogramm 2016 aufgenommen) sowie „Soziale Psychiatrie“. Und auch der Lebenslauf dieser neuen Referentin ist alles andere als „gewöhnlich“ – vielmehr ein Beleg dafür, wie multikulturell und bunt unsere moderne Gesellschaft geworden ist. Die 37-Jährige ist in Teheran geboren und in Wien aufgewachsen. In Wien absolvierte sie auch ihr Medizinstudium. Seit 2003 lebt sie in Deutschland, wo sie 2009 die Weiterbildung als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie abschloss. Danach arbeitete sie mehrere Jahre in leitender Position in einer Einrichtung zur ambulanten Rehabilitation suchtkranker Menschen. Derzeit betreibt sie neben der Tätigkeit an der Akademie gemeinsam mit ihrem Mann, einem ärztlichen Kollegen, der aus Polen kommt, eine eigene Praxis bzw. ein „Medizinisches Institut für transkulturelle Kompetenz“. Transkulturell zu denken und zu arbeiten, war immer ein besonderes Anliegen von Solmaz Golsabahi-Broclawski. Sie hat auf diesem Gebiet publiziert und 2007 den ersten Dachverband der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum gegründet. Das Thema „Gemeinsamkeiten und Unterschiede“ beschäftigt sie sehr. Sie meint, dass man allgemein zu oft auf die vermeintlich großen kulturellen Unterschiede abhebe. Demgegenüber zieht sie es vor, von anderen kulturellen „Gegebenheiten“ zu sprechen, die sich historisch eher aus einem anderen sozial(rechtlich)en System erklärten. Als Psychiaterin hat sie bei interkulturellen Problemen immer auch die unterschiedlichsten psychodynamischen



Foto: privat

Prozesse im Blick. Individuelle Persönlichkeitsgrenzen und Ängste spielten hinein und das sei etwas, was uns – jenseits aller Unterschiede – verbinde. Im Umgang mit Menschen aus anderen Ländern und Kulturen sei deshalb die Fähigkeit zur Selbstreflexion extrem wichtig. Ihr Credo: Wer sich kulturell emanzipiert hat, wird mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede entdecken. Deshalb muss man ihrer Meinung nach auch nicht selbst eine Zuwanderungsgeschichte haben, um die Probleme dieser Menschen verstehen zu können. Schaden kann es, wie man in ihrem Fall sieht, aber auch nicht. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ÖGD werden sicherlich in den Veranstaltungen, die Solmaz Golsabahi-Broclawski im nächsten Jahr für die Akademie anbietet, eine Fülle von Anregungen für ihre tägliche Arbeit erhalten. Die Lehrtätigkeit macht ihr Spaß und es war für sie auch der entscheidende Anreiz, sich bei der Akademie zu bewerben. Beiden Kollegen wünschen wir einen guten Start und viel Erfolg bei ihrer Arbeit mit und für den ÖGD!

est

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: gesundheits@tamayo.de

Grafik-Design:

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

Anzeigen

Ellen Steinbach
Druck: Griebisch & Rochol Druck, Oberhausen
Auflage: 4300, Ausgabe: November 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

1/2016 ist der 3. Dezember 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

Düsseldorf ist eine der Drehscheiben für Flüchtlinge in NRW. Anfang Oktober erreichten mehrmals pro Woche Sonderzüge aus München oder Salzburg die Landeshauptstadt, teils kamen 800 bis 900 Personen am Tag. Viele reisen sogleich weiter in andere Kommunen, andere bleiben. Klaus Göbels vom Gesundheitsamt Düsseldorf über die Organisation des Chaos, über Impfprogramme und die Angst, sich beim „Fremden“ anzustecken.



Leben im Provisorium: eine typische Flüchtlingsunterkunft

Herr Göbels, wie organisiert eine Stadt wie Düsseldorf die Ankunft von mehreren hundert Flüchtlingen am Tag?

Durch intensive Kommunikation und Mobilisierung aller Kräfte. Wir hatten einen Krisenstab, in dem alle Akteure anwesend waren und wir die Modalitäten der Aufnahme größerer Flüchtlingsgruppen besprochen haben. Im späteren Verlauf haben sich die Prozesse eingespielt, so dass meine Teilnahme am Krisenstab gar nicht mehr nötig war. Es ist eine logistische Herausforderung geworden, die die Feuerwehr in die Hand genommen hat. Die medizinische Versorgung ist geregelt über die Hilfsorganisationen vor Ort. Diejenigen, die akut medizinische Hilfe benötigen, werden ins Krankenhaus geschickt. Das sind aber nur wenige Einzelfälle.

Die medizinische Versorgung ist geregelt über die Hilfsorganisationen vor Ort.

Also hat alles bestens funktioniert? Sicherlich hat die Dynamik alle Beteiligten überrascht, eine solche Herausforderung hat es in den letzten Jahren nicht mehr gegeben. Regelsysteme zwischen Land, Bezirksregierung und Kommune, die sich in der Vergangenheit bewährt haben, erschweren auf einmal schnelle Hilfe, wo sie notwendig wäre. Bislang durchaus klare Zuständigkeiten wirken plötzlich hinderlich und führen zu Zeitverzug in Entscheidungsprozessen. Das Gesundheitsministerium hatte zu einem frühen Zeitpunkt signalisiert, dass das Land sich um die medizinische Versorgung in den Erstaufnahmestellen kümmern würde. Dann hat uns ein Amtshilfeersuchen überrascht, dass nun doch die Kommunen dafür zuständig seien. Dieser Kurswechsel hat zumindest bei uns Befremden ausgelöst.

Womit haben Sie zurzeit am meisten zu tun?

Der Infektionsschutz ist und bleibt eine der Hauptaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Wir haben ein Impfangebot: Drei-

mal die Woche besuchen wir die Unterkünfte und schließen dort Impfungen. Dazu können wir auf einen Impfbus mit Klimaanlage und Kühlschrank zurückgreifen. Der Bus fährt nach Rücksprache mit dem Sozialamt alle Einrichtungen ab.

Ist es schwierig, den Flüchtlingen das Impfen nahe zu bringen?

Im Gegenteil: Das Angebot wird sehr gut angenommen. Impfmüdigkeit oder gar Impfskepsis, wie wir sie aus der Mehrheitsgesellschaft kennen, habe ich persönlich unter den Flüchtlingen noch nicht wahrgenommen.

Wie gehen Sie mit sprachlichen und kulturellen Barrieren um?

Sprachliche Barrieren sind natürlich vorhanden. Wir greifen dann auf mehrsprachiges Informationsmaterial zurück. Die Aufklärungsbögen, die das Robert-Koch-Institut zur Verfügung stellt, funktionieren ganz gut. Es gibt auch Dolmetscher in den Unterkünften, die dabei helfen, kulturelle Missverständnisse zu vermeiden. Generell erlebe ich die Situation ähnlich wie in den Notaufnahmen, in denen ich bisher gearbeitet habe. Auch dort gibt es Menschen, die unsere Sprache nicht gut verstehen.

Bei der Unterbringung muss die Stadt teilweise improvisieren. Bedeuten Zelte und Hallen erschwerte Bedingungen für Sie?

Ob Zelt, Halle oder Heim – wenn

Wir haben ein Impfangebot: Dreimal die Woche besuchen wir die Unterkünfte und schließen dort Impfungen.

es sich um Gemeinschaftseinrichtungen handelt, haben wir eine besondere Situation. Ein Windpockenfall in einer Gemeinschaftsunterkunft ist etwas anderes als in einer Familie.

Wie groß ist das Risiko eines Ausbruchs von Infektionskrankheiten?

Die meisten erwachsenen Flüchtlinge, die zu uns kommen, verfügen wahrscheinlich über eine

natürliche Immunität gegen Masern und Windpocken. Bei den Kindern und Jugendlichen versuchen wir, den Impfschutz auf den aktuellen Stand zu bringen, auch gegen Varizellen. Bislang gab es einen Tuberkulosefall, das wird auch nicht der letzte bleiben. Alle Flüchtlinge werden deswegen geröntgt. Allerdings nicht immer am ersten Tag, was der schieren Zahl der Neuankommlinge geschuldet ist. Es gelingt aber ganz gut, Patienten mit offener Tuberkulose zu isolieren, so dass es nicht zu Übertragungen kommt.

Jeder Infektionsfall kann Unruhe in der Bevölkerung verursachen. Sie haben mehrmals in der Lokalpresse Stellung genommen.

Es ist wichtig, dass man die Öffentlichkeit zeitnah und objektiv informiert, wenn wir Maßnahmen wie zum Beispiel eine Riege-

Wir können nicht verlangen, dass jeder Mensch, der zu uns nach Deutschland kommt, von sich aus den Weg in die nächste Arztpraxis findet

lungsimpfung in einer Turnhalle ergreifen müssen. Nur so beugt man Gerüchten und Panikmache vor. Manchmal kann die Furcht vor Ansteckung allerdings skurrile Züge annehmen. So bekam ich mitten in der Nacht einen Anruf wegen des Auftretens von Krätze in einer Einrichtung des Landes. Ich musste dann den Verantwortlichen klarmachen, dass es keinen „dermatologischen Notfall“ gibt, der nachts um halb zwei eine Therapie erfordert.

Wie geht es jetzt weiter mit dem Infektionsschutz?

Eine wichtige Strategie ist die Errichtung einer zentralen Erstaufnahmestelle – da sind uns die Kölner eine Nasenlänge voraus. Noch in diesem Jahr sollen alle Flüchtlinge, die kommunal aufgenommen werden, die nötigen Impfungen, einen Röntgen-Thorax und eine medizinische Untersuchung in einer solchen Einrichtung erhalten. Der Impfbus wird trotz zentralisierter Erstuntersuchung aber noch einige Zeit aktiv sein. Man darf nicht vergessen: Wenn man in eine Einrichtung fährt, wird man niemals alle Menschen antreffen – es ist ja kein Gefängnis.

Auf die Anzahl der Neuankommlinge war das Gesundheitsamt personell nicht vorbereitet. Also haben Sie sich ärztliche Hilfe dazu geholt. Wie gut funktioniert die Kooperation mit den niedergelassenen Kollegen?

Kein Amt ist auf diese Situation vorbereitet. Es wäre auch unsinnig, jetzt zwanzig Stellen für das Gesundheitsamt einzufordern. Wir haben aber nicht aus-

schließlich auf Ehrenamtlichkeit gesetzt, sondern von vornherein mit Niedergelassenen Verträge und Dienstpläne gemacht, um das medizinische Personal aufzustocken. Wir sind schon vor fast einem Jahr gezielt auf Kollegen zugegangen, die bereits im Ruhestand sind oder Teilzeitjobs haben. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, sich ehrenamtlich in den Flüchtlingeinrichtungen zu engagieren. Es gibt viele Kolleginnen und Kollegen, die helfen wollen, was ich ausdrücklich begrüße. Eine vernünftige Koordination ist jedoch wichtig, damit die Hilfe auch zielgerichtet bei den Flüchtlingen ankommt. In dieser Hinsicht arbeiten wir sehr gut mit der Kassenärztlichen Vereinigung vor Ort zusammen. Auf lange Sicht wird die medizinische Versorgung durch Ehrenamtler nicht zu gewährleisten sein. Man muss ganz klar sehen, dass dies ein Langstreckenlauf wird. Das Thema Flüchtlinge wird uns noch die nächsten Jahre beschäftigen.

In der Presse liest man, dass auch medizinisches Personal unter den Flüchtlingen für die ehrenamtliche Versorgung eingesetzt werden soll. Haben Sie damit Erfahrungen sammeln können?

Nein, bisher noch nicht. Wenn man vor Ort ist, trifft man immer Flüchtlinge, die im medizinischen Bereich gearbeitet haben und uns unterstützen, und das finde ich gut. Bis syrische Ärzte hier eigenverantwortlich arbeiten können, wären noch einige rechtliche Hürden zu überwinden. Trotzdem ist es sinnvoll, ihre Unterstützung jetzt schon anzunehmen. Wir können jeden, der medizinisch versiert ist, gebrauchen.

Ich halte es für sehr wichtig, dass die Flüchtlinge direkt nach der Ankunft einmal untersucht werden... Eine bloße „Inaugenscheinnahme“ halte ich für sinnlos.

Wie steht es um die medizinische Versorgung insgesamt?

Natürlich haben Flüchtlinge auch gesundheitliche Probleme. Wenn es sich um eine therapiebedürftige Krankheit handelt, können die Betroffenen sich bei niedergelassenen Ärzten vorstellen. Dieser Sektor ist bei uns sehr gut aufgestellt, aber diesen Patienten nicht vertraut. Ich halte es deshalb für sehr wichtig, dass die Flüchtlinge direkt nach der Ankunft einmal untersucht werden und das beinhaltet natürlich eine Anamneseerhebung, wobei dies nur mit Hilfe von Sprachmittlern möglich sein wird. Bei Bedarf kann dann zur weiteren Behandlung in den niedergelassenen Sektor übergeleitet werden. Eine bloße „Inaugenscheinnahme“ halte ich für sinnlos. Die Einführung der Krankenversicherungskarte für Flüchtlinge könnte den Zugang zu den Arztpraxen erleichtern. Präventive Angebote wie das Impfen müssen aber nach wie vor vom ÖGD angeboten werden. Wir können nicht verlangen, dass jeder Mensch, der zu uns nach

Deutschland kommt, von sich aus den Weg in die nächste Arztpraxis findet und sich dort impfen lässt. Wenn Sie aus einem Entwicklungsland kommen, wissen Sie sehr wahrscheinlich gar nicht, dass es eine Varizellenimpfung gibt.

Die Aufnahme der Flüchtlinge ist auch ein finanzieller Kraftakt. Reichen Ihre Ressourcen oder müssen Sie befürchten, dass andere Aufgaben des Gesundheitsamtes zeitweise vernachlässigt werden?

Ich sehe im Moment keine Gefährdung der anderen Aufgaben. Sicherlich sind die Ausgaben, die wir jetzt für Flüchtlinge haben, in keinem Haushalt vorgesehen, auch nicht in dem des Gesundheitsamtes. Wir mussten zum Bei-

Eine große Herausforderung wird der Winter sein.

Respiratorische Infekte in den Gemeinschaftsunterkünften oder Norovirusinfektionen – das wird sicherlich kommen.

spiel viel mehr Impfstoff kaufen als gewöhnlich und die zusätzlichen Ärzte bezahlen. Hier wird letztlich die Stadt bzw. das Land für die Differenz aufkommen müssen. Ich bin zuversichtlich, dass dies kein Problem sein wird.

Was sind die Herausforderungen der nächsten Wochen und Monate?

Eine große Herausforderung wird der Winter sein. Respiratorische Infekte in den Gemeinschaftsunterkünften oder Norovirusinfektionen – das wird sicherlich kommen. Jedes Gesundheitsamt ist gut beraten, sich auf solche Szenarien vorzubereiten. Wir haben das in Düsseldorf gemacht und die alte Quarantäneeinrichtung der Stadt, die eigentlich schon verkauft werden sollte, für solche Fälle hergerichtet. Damit haben wir eine Einrichtung parat, in der wir Patienten mit ansteckenden Krankheiten betreuen können, die nicht mehr einer stationären Behandlung bedürfen, aber auch nicht in Gemeinschaftseinrichtungen untergebracht werden sollten.

Interview: Miguel Tamayo



Foto: privat

Interviewpartner Dr. med. Klaus Göbels MPH, Facharzt für Innere Medizin und Öffentliches Gesundheitswesen, ist seit 2010 am Gesundheitsamt in Düsseldorf tätig, seit April 2011 in Leitungsfunktion.

Kreisgesundheitsamt Rotenburg an der Wümme

Typisch ländlich? Der ÖGD in einer Wachstumsregion

„Unterschiede zwischen Stadt und Land vergrößern sich“, titelte eine Pressemitteilung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im August. Deutschlands ländliche Regionen scheinen nach Einschätzung der Experten die Verlierer des demografischen Wandels zu sein: Junge Menschen und Unternehmen zieht es in die Städte, zurück bleiben die Alten, die Infrastruktur dünnt aus. Auch das Gesundheitswesen ist betroffen: Immer weniger Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe stehen einem wachsenden Behandlungsbedarf gegenüber – die Schere öffnet sich. Stehen ländliche Regionen vor einer düsteren Zukunft, weil sie ländlich sind? Worin besteht eigentlich der Standortnachteil im Wettbewerb um Zuzügler und Wirtschaftskraft? Und wie muss ein ländliches Gesundheitsamt im Unterschied zu einem städtischen organisiert sein? Ein Besuch im Elbe-Weser-Dreieck soll diesen Fragen auf den Grund gehen.

Der Kreis Rotenburg an der Wümme ist zweifelsfrei ländlich: Rund 160.000 Einwohner verteilen sich auf einer Fläche, die fast so groß ist wie das Saarland. Wer nach Klischees sucht, wird schnell fündig: Naturidylle und Landwirtschaft prägen die Bilder, mit denen sich der Kreis präsentiert. In diesem Jahr haben erste Wölfe das Territorium besiedelt. Doch schon ein genauere Blick auf die Karte, die das BBSR im Zusammenhang mit der eingangs zitierten Pressemeldung veröffentlichte, zeigt eine Region, die keineswegs um ihre Zukunft bangen muss: Fast alle Gemeinden, auch die kleineren, weisen stabile oder gar wachsende Bevölkerungszahlen auf. Die Arbeitslosigkeit liegt bei 4,3 Prozent, das sind 1,6 Prozentpunkte unter dem Durchschnitt Niedersachsens und 6,4 Prozentpunkte weniger als im benachbarten Bremen.

Rotenburg an der Wümme: ländlich, wachsend, modern

Frank Stümpel, Leiter des Kreisgesundheitsamtes, weiß, warum das Etikett „ländlich“ keine hinreichende Beschreibung von Strukturmerkmalen bietet: „Der Landkreis liegt zwischen den Metropolen Hamburg, Bremen und

Hannover, die Pendlerstrecken sind kurz“, erläutert er.

Stümpel kennt seinen Kreis genau und gibt bereitwillig Auskunft über die regionalen Besonderheiten, die in allzu groben Statistiken verloren gehen.

Historisch gehörte der Landkreis zum Königreich Hannover, dann wurde er preußisch. Das preußische Hofrecht wirkt bis in die Gegenwart fort und hat eine leistungsfähige Landwirtschaft begünstigt. Die landwirtschaftlichen Flächen gehören seit damals den Höfen, sie sind nicht gepachtet. Dazu verhinderte das Erbrecht die Zersplitterung des Eigentums. „Wenn Sie hier mit dem Fahrrad unterwegs sind, werden Sie viele recht aufgeräumte Dörfer mit intakter Struktur finden“, sagt Stümpel. Nicht zufällig ist einer der nennenswerten Industriebetriebe im Kreis Deutschlands größte Molkerei. Insgesamt ist die Rotenburger Wirtschaft im Mittelstand gut aufgestellt, was den Landkreis weniger anfällig für globale Wirtschaftskrisen macht. Je weiter man allerdings ins Detail geht, desto differenzierter wird das Gesamtbild. Es gibt durchaus strukturschwache Gebiete: Während Neubaugebiete in der Kreisstadt sofort Käufer finden, hat der Nordkreis Leerstände zu beklagen.

Dreiteilung im Kreis und im Gesundheitsamt

An der Wümme gibt es keine typische Zentrum-Umland-Struktur, sondern drei gleichwertige Städte, die vor den großen Gebietsreformen in den 30er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts eigenständige Kreise waren: Bremervörde im Norden, Zeven in der Mitte und Rotenburg im Süden. In den Köpfen vieler Bürger scheinen die Altkreise fortzubestehen – das wieder eingeführte Kfz-Zeichen BRV für Bremervörde ist bundesweit das erfolgreichste Altkennzeichen Deutschlands.

Nicht nur aus diesem Grund, sondern vor allem aus praktischen Erwägungen hat das Gesundheitsamt je eine Dienststelle in den drei Städten. Eine Fahrt von Rotenburg nach Bremervörde dauert eine Stunde, zu viel Arbeitszeit bliebe bei einer zentralisierten Struktur auf der Straße. Während die Außenstelle Bremervörde personell fast gleich besetzt ist wie Rotenburg, wird das in der Mitte liegende Zeven von der Hauptstelle aus an mindestens drei Tagen die Woche mitversorgt.

Altenberatung als zusätzliche Aufgabe

Neben den klassischen Aufgaben eines Gesundheitsamtes ist Frank



Foto: Tamayo

Dr. Frank Stümpel hat in Göttingen studiert und ist Facharzt für Innere Medizin. Er habilitierte in Biochemie, bildete sich in Mikrobiologie und Immunologie weiter und absolvierte an der Akademie den Weiterbildungskurs „Öffentliches Gesundheitswesen“. Im Gesundheitsamt Rotenburg lernte er nahezu alle Abteilungen aus eigener Anschauung kennen, bevor er die Amtsleitung übernahm.

Stümpel auch für die Heimaufsicht und die Betreuungsstelle zuständig. Besonders stolz ist er auf die liebevoll „Rose“ genannte Rotenburger Seniorenberatung. Die Kommune ist gesetzlich verpflichtet, Seniorenberatung anzubieten, kann aber selbst entscheiden, welche Behörde sie mit der Umsetzung betraut. Häufig ist es das Sozialamt, aber Rotenburg hat die Beratung vor 10 Jahren bewusst ins Gesundheitsamt geholt. Besuch vom Sozialamt ist bei vielen Bürgern noch immer schambesetzt, und auf dem Land bekommt die Nachbarschaft immer mit, wenn die Behörde auftaucht. „Als dann eine Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes kam, war die Hemmschwelle quasi von einem Tag auf den anderen verschwunden“, sagt Stümpel, „seitdem ist es ein absolutes Erfolgsmodell mit explodierenden Beratungszahlen“.

Der Erfolg ließ das Projekt wachsen, von einer anfangs geplanten halben befristeten Projektstelle auf aktuell fünf Mitarbeiterinnen, darunter zwei zertifizierte Wohnberaterinnen. Mit dieser Ausstattung konnten schon viele unfreiwillige Pflegeheimaufnahmen verhindert werden. „Alle in der Kommune haben sofort verstanden, dass dieser Ansatz sinnvoll ist und obendrein Geld spart. Nach Ablauf der Projektlaufzeit hat die Politik die Stelle ungefragt fortgeschrieben“, erzählt Stümpel zufrieden.

Demografische Entwicklung

„Rose“ ist eine Antwort der Kommune auf die Herausforderung des demografischen Wandels. Wie fast überall in Deutschland herrscht seit einigen Jahren Geburtenrückgang, im Gesundheitsamt unschwer zu erkennen an den sinkenden Zahlen der Schuleingangsuntersuchung. Insgesamt wird dieser Rückgang aber durch Zuwanderung aufgefangen. Nach den aktuellen Prognosen werden die jetzt 163.000 Bewohner gehalten bzw. sinken bis in die 2030er Jahre auf 159.000.

Nach Einschätzung Stümpels ist die Bevölkerung relativ heimatverbunden, auch die jungen Menschen fühlten sich wohl in der Region und zögen ungern

weg. Der Kreis biete eben eine hohe Lebensqualität.

Beim Thema demografischer Wandel macht ihm eher der sich abzeichnende Fachkräftemangel Sorgen, sei es bei Ärzten oder beim Pflegepersonal. Die medizinische Infrastruktur ist einer der wichtigsten Standortfaktoren für eine Gemeinde. Rotenburg ist mit einem Krankenhaus der Maximalversorgung und relativ hoher Facharztichte im ambulanten Bereich gut ausgestattet. Die Lage im Nordkreis könnte kritisch werden, wenn mehrere niedergelassene Ärzte, die altersbedingt ausscheiden wollen, keine Nachfolger für ihre Praxis finden.

Selbst wenn dies gelingt, beklagen sich Patienten manchmal, dass insbesondere die hausärztliche Versorgung nicht mehr das sei, was sie mal war. In letzter Zeit sind nämlich viele der ehemaligen Arztstühle in krankenhauseigene Medizinische Versorgungszentren (MVZ) aufgegangen. Das Modell wird von der Gesundheitspolitik gefördert, da es den Bedürfnissen der jungen Ärztegeneration nach mehr Kooperation und „work-life-balance“ entgegenkommt. Frank Stümpel hat dafür Verständnis, fragt sich jedoch, ob die dort angestellten Mediziner die engagierten Landärzte von vorher ganz ersetzen können. „Die Assistenzärzte der Klinik, die im MVZ Dienst tun, fühlen sich den Patienten nicht in gleicher Weise verpflichtet wie ein Hausarzt, der sein Berufsleben mit ihnen verbringt.“

Einen deutlichen Mangel im Vergleich zu den benachbarten Großstädten verspüren die Rotenburger im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich. Wartezeiten von sechs bis neun Monaten sind die Regel – und die Bedarfsplanung von Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen behauptet, das sei immer noch bedarfsgerecht.

Noch schlechter steht es um die zukünftige pflegerische Versorgung. Als Heimaufsicht kontrolliert das Gesundheitsamt die Fachkraftquoten. Dabei stellten die Mitarbeiter fest, dass auch gute Heime trotz vieler Bemühungen kein Fachpersonal finden.

Im Amt selbst gibt es laut Stümpel zum Glück noch keinen Fachkräftemangel: „Wir haben keine

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

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

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

Entwickelt in Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern

offene Stelle, alle sind qualifiziert besetzt. Es war nicht ganz einfach, die Stelle der Kinderärztin in Bremervörde zu besetzen, aber es ist uns letztlich gelungen.“

Was ist „typisch ländlich“?

Außer ein wenig Lokalkolorit ließ der bisherige Bericht keine Eigenheiten erkennen, die exklusiv ländlichen Regionen zuzuordnen wären: Ähnliche Strukturen und den demografischen Wandel gibt es auch woanders.

Auf gezielte Nachfragen zum Stadt-Land-Kontrast fallen Frank Stümpel dennoch drei Merkmale ein: Bedingt durch die geringe Bevölkerungsdichte seien alle Mitarbeiter viel im Außendienst. „Wir können nicht erwarten, dass alle sich auf den Weg machen und hierher kommen. Der KJGD und der zahnärztliche Dienst sind ständig unterwegs, es finden kaum Untersuchungen in der Dienststelle statt. Ich bin wie einige andere Kollegen einmal pro Woche im Nordkreis, das kostet uns zwei Stunden Fahrzeit.“

Die zweite Besonderheit könnte das Fehlen typischer sozialer Problemgebiete sein, in denen sich eine größere Anzahl von Menschen in benachteiligten Lebenslagen konzentriert. Natürlich gebe es soziale Probleme, aber sie sind räumlich breiter gestreut – was das Auffinden schwieriger macht. „Ich bin manchmal überrascht, wie es hinter einem netten Vorgarten und Fenstern mit freundlichen Gardinen aussieht. In der Großstadt kann man das quasi schon von draußen sehen“, schildert Stümpel seine Erfahrungen. Häufig könne man in solchen Fällen auf dem Land noch auf ein intaktes System von Unterstützern zurückgreifen, inklusive der Nachbarn.

Der dritte Unterschied, der dem Amtsleiter einfällt, ist der Charakter des beruflichen Netzwerks.

Die Kontakte seien belastbarer, weil man sich hier schon sehr lange kennt. Der sprichwörtliche „kurze Dienstweg“ ist gängige Praxis. Auf der anderen Seite seien die Netzwerke deutlich aus-

gedünnter als in Großstädten. Je spezialisierter die Fachgruppe, desto weiter entfernt müsse man suchen. Zum Beispiel gebe es im ganzen Landkreis keinen Endokrinologen.

Auch innerhalb des Gesundheitsamts trifft diese Regel zu. Die räumliche Struktur mit den zwei parallel besetzten Dienststellen plus der Außenstelle setzt der Arbeitsteilung deutliche Grenzen. Ein ländliches Amt kann sich nur wenige Spezialisten leisten und muss gegebenenfalls diese Funktionen mit Externen organisieren. „Wir sind hier eine Ansammlung von Generalisten und werden es auch bleiben“, sagt Stümpel selbstbewusst.

Public-Health-Projekt zur Krebs Epidemiologie

Etwas, das man „in der Provinz“ nicht unbedingt vermuten würde, ist eine aufwändige Untersuchung zu den möglichen Ursachen eines signifikant erhöhten Auftretens einer Unterart der Leukämie, dem multiplen Myelom.

Vor zwei Jahren wurde anhand des epidemiologischen Krebsregisters Niedersachsen eine regionale Häufung von Krebsfällen festgestellt. Das Gesundheitsamt steht nun in der Pflicht, diesen Sachverhalt aufzuklären. Dazu ist eine sehr differenzierte Recherche erforderlich: Biografie, Arbeitsplatz, Wohnort, Hobbies – alles kann eine Rolle spielen. Weil die Daten des Registers aber anonymisiert sind, können die Betroffenen nicht einfach angeschrieben und zu einer Befragung eingeladen werden. Letztlich musste das Gesundheitsamt alle 7.000 Einwohner anschreiben und etwas später eine zweite Befragungswelle für diejenigen starten, die nicht geantwortet hatten. Diese Aktion hat 5.000 ausgefüllte Fragebögen eingebracht, die nun auszuwerten sind.

„Wir sind gerade dabei, die gefundenen Krebsfälle herauszufiltern und dort nachzuforschen, welche Belastungsfaktoren es geben könnte. Das Suchraster ist breit, damit uns keiner durch die Lappen geht“, beschreibt Stümpel das Vorgehen. Er gibt zu: „Das ist eine außergewöhnliche Belastung, sowohl zeitlich als auch



Gut gerüstet für den demografischen Wandel: Das Mehrgenerationenhaus im 900-Seelen-Dorf Waffensen gibt es schon seit über zehn Jahren.

Foto: Tamayo

mental. Wir führen Gespräche mit Krebskranken. Manchmal kommen wir mit dem Fragebogen zu spät und genau in die Trauerzeit hinein, weil der Befragte gerade verstorben ist.“

Diese unvorhergesehene Aufgabe ist für ihn und seine Generalistentruppe zu speziell. „Ohne inhaltliche und personelle Unterstützung wären wir aufgeschmissen. Der Umweltepidemiologe Michael Hoopmann vom Landesgesundheitsamt und die Mitarbeiter des Krebsregisters sind häufig vor Ort und beraten uns hervorragend“, lobt Stümpel. Einen wichtigen Aspekt des Projekts kann Hannover allerdings nicht übernehmen: Die Einbeziehung der Bevölkerung erfordert Fingerspitzengefühl. Bürgerinitiativen und Teile der Medienlandschaft glauben, die Ursache des Übels schon in den Anlagen zur Erdgasförderung gefunden zu haben. Erfreulicherweise hat ein vom Gesundheitsamt initiiertes und geleitetes Arbeitskreis mit Expertenbeteiligung die Zustimmung für eine in alle Richtungen offene Untersuchung bekommen. Die Bürgerinitiativen wurden von Anfang an intensiv eingebunden. Dieser Arbeitskreis hat das Forschungsdesign bis hin zu den Details im Fragebogen einvernehmlich beschlossen. „Die Konsensfindung ist aufwändig und nicht immer einfach, aber es lohnt sich“, resümiert Stümpel.

Regionale Ungleichheiten besser verstehen

Allzu oft werden mit dem Stadt-Land-Kontrast Eigenschaften verbunden, die bei näherer Betrachtung quer zu dieser räumlichen Kategorie stehen: wachsen/schrumpfen, modern/rückständig, jung/alt sind solche Gegensatzpaare, die oft mit dem Paar Stadt/Land assoziiert werden.

Solche Stereotype können auch die gesundheitspolitische Debatte auf Abwege führen. Ob Stadt oder Land, das sagt noch nicht viel darüber aus, vor welchen Herausforderungen die Region und ihr Gesundheitssystem stehen. Entscheidend sind andere Faktoren: Geografische wie die Lage (in der Nähe oder weit abseits von Metropolen) und die Wirtschaftskraft prägen den Umgang mit dem demografischen Wandel. Als typisch ländlich hat sich am Beispiel Rotenburg eine andere Art der Arbeitsteilung herauskristallisiert. Die Struktur des ÖGD kann sich an die Gegebenheiten anpassen, etwa durch Einbeziehung externer Ressourcen, wenn spezialisierte Leistungen gefragt sind. Rotenburg an der Wümme ist nicht die Ausnahme, die die Regel bestätigt. Zu dieser Erkenntnis kommt jeder, der von den BBSR-Publikationen mehr liest als nur die Überschriften der Pressemitteilungen.

Miguel Tamayo

Eine Gesundheitsaufseherin für alle Fälle

Es gibt bei Ihnen weniger Kollegen als in einem großen Amt, was ist der Unterschied?

Hier macht jeder alles, und das finde ich sehr positiv. Natürlich könnte man sagen, je spezieller der Bereich, desto besser kenne ich mich aus. Aber auf diese Weise können wir uns jederzeit gegenseitig vertreten, und die Arbeit ist auch sehr abwechslungsreich.

Ich berate Kitas, Kindergärten, Altenheime, Kliniken und Praxen zu Hygiene und Infektionsschutz, kläre über Trinkwasserhygiene auf und kontrolliere diverse Anlagen auf Trinkwasserqualität. Das Schöne ist: Man weiß morgens nie, was der Tag bringt.

Ist es nicht eine Herausforderung, sich auf so verschiedene Einrichtungen wie Kita und Klinik einzustellen?

Ja natürlich. Aber die Routine bringt Sicherheit im Umgang mit all diesen Betreibern. Wir haben unsere spezifischen Checklisten für die jeweiligen Einrichtungen.

Ist die „Kundschaft“ übersichtlicher als in der Großstadt?

Da ich so lange dabei bin, kennt mich hier so ziemlich jeder. Die anderen Kollegen auch. Ich sehe das als Erleichterung. Wir haben über die Jahre ein Vertrauensverhältnis aufgebaut zu Einrichtungen wie Altenheimen oder Kindergärten. Wir bekommen viele Anrufe von Heimleitern, die einfach fragen, wenn ihnen etwas auf der Seele brennt. Wir können dann präventiv tätig werden, das ist besser, als wenn uns erst bei Kontrollen etwas auffällt.

Sie führen hoheitliche Aufgaben durch und müssen eventuell



Foto: Quebe

Ingrid Liedtke ist in der Region aufgewachsen und seit 1997 Gesundheitsaufseherin.

auch Sanktionen aussprechen. Belastet das nicht so eine Beziehung zu den Betreibern?

Nein. Dadurch, dass wir uns gut kennen, weiß jeder, wo er steht. Sie wissen, dass es Sanktionen gibt, wenn etwas nicht in Ordnung ist.

Sind die Umgangsformen auf dem Land noch verbindlicher als in der Großstadt?

Ich glaube schon, dass es etwas ausmacht, dass ich aus der Gegend komme. Es geht nicht so weit, dass wir uns mit den Betreibern duzen. Aber es ist einfacher. Der Dialekt kann auch helfen.

Geht es auf dem Land beschaulicher zu als in der Stadt?

Überhaupt nicht. Es ist ein wahnsinnig interessanter Beruf im ÖGD, gerade weil man sich immer in neue Situationen hineinendenken muss. Es gibt bei uns keinen Stillstand, es kommen ständig neue Gesetze, wir müssen immer am Ball bleiben.



Die Software für den öffentlichen Gesundheitsdienst



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

Unterbringung von Flüchtlingen und Asylbewerbern



Es ist zu erwarten, dass auch zukünftig die Flüchtlingszahlen in Deutschland anwachsen werden. Viele Kommunen haben große Probleme bei der Unterbringung der vielen Flüchtlinge und müssen improvisieren. Zeltstädte, Containersiedlungen, Turnhallen werden genutzt, aber auch ehemalige Hotels und leere Baumärkte werden als Gemeinschaftsunterkünfte bereitgestellt. Oftmals sind diese Orte nicht mehr als Notbehelfe, die kaum eine Privatmosphäre ermöglichen und oft nur unzureichende hygienische Verhältnisse bieten.

Im August 2015 sagte Angela Merkel auf einer Bundespressekonferenz: „Deutsche Gründlichkeit ist super. Aber es wird jetzt deutsche Flexibilität gefordert.“ Bei den bau- und brandschutzrechtlichen Vorgaben für die meist völlig überfüllten Massenunterkünfte bleiben inzwischen viele Fragen offen.

Die Unterbringung und Versorgung der Asylbewerber gehört zu den Aufgaben der Länder und Kommunen bzw. Kreise. Die landesrechtlichen Vorschriften zur Unterbringung von Flüchtlingen in Gemeinschaftsunterkünften sind sehr unterschiedlich, in manchen Ländern sind sie gar nicht vorhanden.

Die neu erschienene Vorlagenmappe „Unterbringung von

Flüchtlingen und Asylbewerbern“ aus dem Forum Verlag Herkert stellt an den Anfang eine Übersicht über die Gesetzeslage der einzelnen Bundesländer mit wichtigen Hinweisen zu anderen Gesetzestexten und weiteren Quellen. Außerdem bietet diese Vorlagenmappe Vordrucke und Arbeitshilfen zur Erstellung eines Hygieneplans nach § 36 Infektionsschutzgesetz, eines Reinigungsplanes und einer „Muster-Hausordnung“, Informationen zum Verhalten beim Auftreten von Infektionskrankheiten und allgemeine Hinweise zum Brandschutz. Leicht verständliche Aushänge in acht verschiedenen Sprachen, die sofort herausgenommen und verwendet werden können, sowie grafische Darstellungen, z. B. zum Thema Küchenhygiene, Allgemeine Hygiene, Müllbeseitigung und Brandschutz, werden in der Anlage mitgeliefert.

Angesichts der massiven Engpässe bei der Unterbringung ankommender Flüchtlinge und der vielen überbelegten Massenunterkünfte scheint die Grundidee dieser Vorlagenmappe inzwischen schon von der Realität überholt worden zu sein.

Die nützlichen Arbeitshilfen eignen sich daher gut für kleinere Unterkünfte und Heime, in denen die Mindeststandards zur Unterbringung von Flüchtlingen auch umgesetzt werden können.

Petra Münstedt

Unterbringung von Flüchtlingen und Asylbewerbern.

Gebrauchsfertige Vordrucke und Arbeitshilfen für kommunale Gemeinschaftsunterkünfte. Vorlagenmappe.

Merching: Forum Verlag Herkert 2015, Formularmappe DIN A4 inkl. farb., mehrspr. Aushänge, 94,01 EUR
ISBN 978-3-86586-588-5 (Mappe plus digitale Vorlagen zum Download, 129,71 EUR)

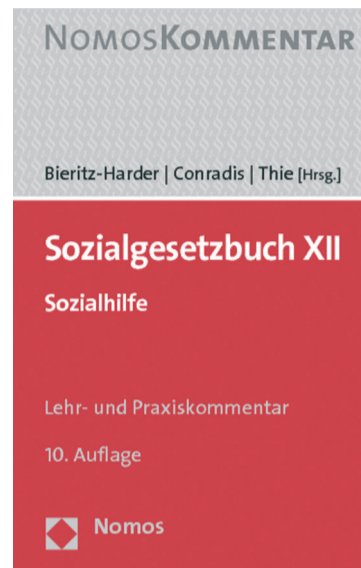
Kommentar zum SGB XII

In § 46a Abs. 2 Sozialgesetzbuch XII heißt es:

„Die Höhe der Nettoausgaben für Geldleistungen nach Absatz 1 ergibt sich aus den Bruttoausgaben der für die Ausführung des Gesetzes nach diesem Kapitel zuständigen Träger, abzüglich der auf diese Geldleistung entfallenden Einnahmen.“

Wie bitte? Man hat den Eindruck, manche Gesetzestexte sind genauso schwer zu verstehen wie die Relativitätstheorie von Albert Einstein. Eindeutige und klare Formulierungen von gesetzlichen Vorschriften, die sowohl von den Juristen als auch von den Bürgern und Anwendern verstanden werden, sind selten. Dabei gibt es schon seit 1966 einen Redaktionsstab der Gesellschaft für deutsche Sprache beim Deutschen Bundestag, der die Gesetz- und Verordnungsentwürfe schon in der parlamentarischen Phase der Gesetzgebung auf ihre sprachliche Richtigkeit und Klarheit hin überprüft. Diese Verständlichkeitsprüfung hat der Bundestag im Jahr 2009 sogar verbindlich in den § 80a seiner Geschäftsordnung aufgenommen. Trotz aller Bemühungen um eindeutige Gesetzestexte werden Rechtskommentare, die die Paragraphen erläutern und den Zusammenhang mit anderen Rechtsnormen herstellen, wohl auch in Zukunft unentbehrlich bleiben.

So auch der aktualisierte „Kommentar zum Sozialgesetzbuch XII. Sozialhilfe“ aus dem Nomos Verlag, der sich explizit zum Ziel gesetzt hat, „wissenschaftlich fundiert und in Sprache und Stil für



Ausbildung wie Praxis verständlich zu bleiben“. Der Lehr- und Praxiskommentar wird von 15 Experten kommentiert, die aus den Bereichen Justiz, Anwaltschaft, Verwaltung und Wissenschaft kommen und aufgrund ihrer eigenen juristischen Erfahrung über umfangreiche Kenntnisse auf dem Gebiet des Sozialhilfrechts verfügen. Mittlerweile liegt der Kommentar in der 10. Auflage vor und berücksichtigt die in der letzten Zeit eingetretenen gesetzlichen Veränderungen und die neue Rechtsprechung zum SGB XII, besonders der Sozialgerichte, des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesverwaltungsgerichts.

Besonders eingehend beschäftigt sich der Kommentar mit den einzelnen Hilfearten der Sozialhilfe: Hilfe zum Lebensunterhalt,

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfe zur Gesundheit, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Hilfe zur Pflege, Hilfe zur Überwindung sozialer Schwierigkeiten sowie Hilfe in anderen Lebenslagen.

Anschließend folgt eine Kommentierung des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG), das in den letzten Jahren ständige Änderungen erfahren hat. Im Anhang finden sich Erläuterungen zu Verwaltungsverfahren, Verwaltungsakt, Widerspruch, Rechtsmittel und gerichtlichem Rechtsschutz.

Der Lehrkommentar zeichnet sich aus durch seinen Praxisbezug, seine Aktualität, seinen übersichtlichen Aufbau und seine verständliche Sprache. Er richtet sich an Richter, Fachanwälte, Studierende und Hochschullehrende sowie an Verantwortliche in den Sozial- und Gesundheitsämtern, aber auch an das Beratungspersonal in Wohlfahrtsverbänden und Arbeitsagenturen.

Eine für alle verständliche Rechtssprache wird bislang noch Zukunftsmusik bleiben. Unterdessen kann dieser Kommentar für die Berufspraxis der Zielgruppen überaus hilfreich sein.

Petra Münstedt

Bieritz-Harder, Renate; Conradis, Wolfgang; Thie, Stephan (Hrsg.)

Sozialgesetzbuch XII. Sozialhilfe. Lehr- und Praxiskommentar. 10. Auflage.

Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2015, 1285 S., 64,00 EUR
ISBN 978-3-8487-1238-0

Gesundheitsförderung mit dem ÖGD

Die Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist vielfältig, angesiedelt zwischen Beratung und Kontrolle. Eines der wesentlichen und zukunftsfähigen Arbeitsfelder in diesem Zusammenhang ist die Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene. Der Sammelband „Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst“ enthält Beiträge verschiedener, sehr namhafter Autoren, die sowohl die historischen Wurzeln der Prävention darlegen als auch zukunftsweisende Modelle skizzieren. Der Band ist noch stark von den Hoffnungen an das Präventionsgesetz geprägt, das im Juli 2015 endgültig in Kraft getreten ist. Eine Hoffnung, die sich wohl nur bedingt erfüllt hat, betrachtet man allein die Perspektive des ÖGD. Dennoch: Die Chancen, die dieses grundlegende Gesetz birgt, sollten vom ÖGD rasch erkannt und in Zukunft auch genutzt werden.

Die vorliegende Veröffentlichung beginnt mit einem Grußwort von Ute Teichert, Leiterin der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, die dem Band zu Recht auch Leserinnen und Leser aus der Gesundheitspolitik wünscht. Der



besonders überzeugende Beitrag von Sylvia Seider aus der „Gesundheitsregion Passauer Land“, aber auch der Bericht aus Hamburg von Alf Trojan und Christian Lorentz, um nur diese beiden zu erwähnen, verdeutlichen, dass kommunale Projekte der Gesundheitsförderung dann erfolgreich und nachhaltig wirken, wenn sie einerseits gut in der Bevölkerung verankert sind und andererseits ein solides theoretisches Konzept vorhalten. Um eben diese – ja nur scheinbar – theoretischen Kon-

zepte geht es im ersten und dritten Teil dieses Buches. Der Buchkern ist den Projekten gewidmet.

Ein ganz besonderes Lesevergnügen sei hier nur am Rande erwähnt und zum Lesen sehr empfohlen, nämlich der Beitrag von Manfred Wildner, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), mit dem vielversprechenden Titel: „Wissenschaft und ÖGD: Mehr als Nichts?“ Sein letzter Satz lautet: „Umsonst ist eine Zukunft in Bedingungen, in welchen Menschen gesund sein können, nicht zu haben“. Und um eben diese Bedingungen, die Gesundheit ermöglichen, geht es in dem lesenswerten – im Preis noch vertretbaren – neu erschienenen Buch.

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

Kuhn, Joseph; Heyn, Martin (Hrsg.)

Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Bern u.a.: Huber Verlag 2015, 194 S., 39,95 EUR
ISBN 978-3-456-85459-5

Internet-Tipp

www.sicheres-krankenhaus.de

Ein Blick in das Internet-Portal „Sicheres Krankenhaus“, das sich vorrangig an Kliniken und Pflegeeinrichtungen wendet, lohnt sich auf jeden Fall. Es wurde von der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) entwickelt und soll kontinuierlich weiter ausgebaut und aktualisiert werden. Zu den wesentlichen Hauptaufgaben der BGW zählt in erster Linie die Prävention von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Und genau damit beschäftigt sich dieses Internetangebot. Es bietet zahlreiche Informationen zum Thema Sicherheit und Gesundheitsschutz im Krankenhaus und enthält eine Mediathek, in der Fachveröffentlichungen jeder Art zum Download bereitstehen, ein Verzeichnis sicherer Produkte sowie Hinweise auf aktuelle Themen und Fortbildungsveranstaltungen. Das „Sichere Krankenhaus“ umfasst verschiedene Bereiche, wie zum Beispiel den OP-Bereich, die Apotheke, das Patientenzimmer oder die Klinikküche. Innerhalb dieser Räume kann man sich per Rundumansicht über mögliche Gefahrenquellen informieren. Weiterhin zu finden sind u.a. Informationen zu Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in den Bereichen Rettungsdienst und Krankentransport.

mün

Umgang mit Antibiotika ändern

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform hat am 2. Oktober 2015 beschlossen, den Krankenhäusern in Deutschland weitere Finanzmittel für mehr Pflegepersonal zur Verfügung zu stellen. Hinzu kommt ein neues Hygieneförderprogramm, mit dem die Krankenhäuser zusätzliches Hygienefachpersonal einstellen und fortbilden können. Die Förderung wird bis Ende 2019 weitergeführt und schlägt mit rund 100 Millionen Euro zu Buche.

Schon im Mai 2015 hatte das Bundeskabinett die „Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie“ (DART 2020) beschlossen, die zehn Ziele bei der Bekämpfung der Antibiotika-Resistenz bei Menschen und Tieren festlegte. Und auch beim G7-Gipfel in Elmau Anfang Juni 2015 haben alle

G7-Nationen gemeinsam festgelegt, den globalen Aktionsplan der WHO zur Antibiotikaresistenz vom Mai 2015 zu unterstützen und eigene staatliche Aktionspläne zu entwickeln.

Die jahrzehntelange, häufige Verwendung von Antibiotika bei Menschen und Tieren hat weltweit dazu geführt, dass immer mehr Bakterienstämme resistent geworden sind und antibiotische Arzneimittel bei der Behandlung von Infektionskrankheiten kaum noch helfen oder gänzlich fehlschlagen. Für Patienten, die oft schon durch ihre Grunderkrankung stark immungeschwächt sind, kann die zusätzliche Ansteckung mit einem multiresistenten Keim tödliche Folgen haben.

Eine düstere Prognose erweist sich hoffentlich als falsch: Wird diese Entwicklung nicht aufge-

halten, so könnte sich in Europa die Todesrate durch antibiotikaresistente Keime von aktuell rund 25.000 Fällen auf knapp 400.000 im Jahr 2050 erhöhen: Zu diesem alarmierenden Zukunftsbild kam die Studie „Antibiotikaeinsatz und Resistenzentwicklung in Deutschland“, die im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen von der Berliner Charité durchgeführt und im Juni 2015 vorgestellt wurde. Der Bericht greift insbesondere die missbräuchliche Verwendung von Antibiotika in der Massentierhaltung auf, die langfristig auch Folgen für den Menschen hat. In Deutschland gehört der Einsatz von Antibiotika in der Tiermast zur gängigen Praxis. Die Tiere bekommen die Medikamente vor allem über das Futter oder das Trinkwasser verabreicht, wobei



nicht einzelne Krankheitsfälle behandelt werden, sondern z. B. eine ganze Geflügel-Herde.

Grundsätzlich gibt es zwei Möglichkeiten, so schreibt die Medizinerin Elisabeth Meyer vom Institut für Umweltmedizin und Hygiene an der Charité Berlin, wie dieser Entwicklung gegenzusteuern sei. Erstens, eine Senkung des Antibiotikaeinsatzes bei Mensch und Tier und zweitens, eine Begrenzung der Weiterverbreitung insbesondere durch verstärkte Hygienemaßnahmen. Ein interdisziplinäres Vorgehen von Human- und Tiermedizin sei unbedingt erforderlich.

Ohne Kooperationen geht es nicht

Die „Cochrane Collaboration“, ein unabhängiges Expertennetzwerk, bewertet seit zwanzig Jahren medizinische Therapien und liefert systematische Übersichtsarbeiten, in denen auch Forschungsergebnisse zu Fragen der Gesundheitsversorgung und -politik zusammengefasst sind. Die Gruppe „Cochrane Public Health“ hat 2015 eine aktuelle Übersichtsarbeit veröffentlicht zu dem Thema „Community Coalitions“ und deren Möglichkeiten zur Verbesserung des Gesundheitszustands bei ethnischen Minderheiten.

Laura Busert vom Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie der Ludwig-Maximilians-Universität München hat einen englischsprachigen Bericht zu dieser Studie übersetzt und für „Blickpunkt“ zusammengestellt:

Es ist schon lange bekannt, dass es um den Gesundheitszustand ethnischer Minderheiten schlechter bestellt ist als um den der Allgemeinbevölkerung. Trotz zahlreicher Maßnahmen konnte dieser Zustand kaum verändert werden. Eine mögliche Ursache für das Ausbleiben des Erfolgs derartiger Maßnahmen liegt sicherlich in der Vielschichtigkeit des Problems.

Ein Ansatz, um die gesundheitlichen Ungleichheiten zu vermindern, beruht auf sogenannten „Community Coalitions“. Die Ge-

staltung einer gesundheitsförderlichen Umwelt geschieht hier in Zusammenarbeit mit Vertretern von Minderheitengemeinschaften. Eine vor kurzem veröffentlichte Übersichtsarbeit der Gruppe „Cochrane Public Health“ untersuchte, ob die Evidenz aus internationalen Studien diesen Ansatz zur Verbesserung der Gesundheit ethnischer Minderheiten bestätigt.

Die Ergebnisse der Übersichtsarbeit, in die 58 Studien eingeschlossen wurden, befürworten die Bildung von Koalitionen zwischen Vertretern professioneller Gruppen (z.B. Organisationen innerhalb der Gemeinschaft, Wissenschaftlern oder Gesundheitsbehörden) und ethnischen Minderheiten. In den Studien konnten positive Veränderungen sowohl im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der einzelnen Personen als auch in den medizinischen Versorgungssystemen festgestellt werden.

Die Studien konnten jedoch keinen Aufschluss darüber geben, wie die jeweiligen Programme diese Veränderungen erreichen konnten, und welche Ressourcen dafür notwendig waren – Informationen, die für die Übertragung dieser Programme unverzichtbar sind: Ohne sie können Entscheidungsträger nicht abwägen, ob in ihrem Kontext und mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln eine solche Maßnahme erfolgreich durchgeführt werden kann. Eine weitere Frage, die aufgrund fehlender Informationen in den Studien nicht beantwortet werden konnte, ist, mit welchen professionellen Koalitionspartnern die besten Ergebnisse erzielt werden, ob mit Organisationen innerhalb der Gemeinschaft, Wissenschaftlern oder Gesundheitsbehörden.

In einigen der Studien, die in dieser Übersichtsarbeit eingeschlossen sind, wurden zusätzlich qualitative Untersuchungen durchgeführt. Darin zeigte sich,

dass solche Koalitionen auch von unbeabsichtigten negativen Auswirkungen begleitet werden können. Unterschiedliches Wissen über die finanziellen Mittel zwischen Koalitionspartnern kann zu Verwirrung oder Konflikten führen, was teilweise zur Folge hat, dass sich Koalitionspartner entmachtet fühlen. Darüber hinaus glauben die Autoren, dass eine ungenügende Finanzierung und fehlende Nachhaltigkeit bei den Teilnehmern ein Gefühl der Entfremdung auslösen und sie sich im Stich gelassen fühlen.

Insgesamt zeigt diese Übersichtsarbeit, dass ein kollaborativer Ansatz wirksam und erfolgreich sein kann, solange die Faktoren beachtet werden, die einer gleichberechtigten, harmonischen Beziehung im Weg stehen können.

Laura Busert, MPH
busert@ibe.med.uni-muenchen.de

Neue Bücher

Marx, Reinhard
Aufenthalts-, Asyl- und Flüchtlingsrecht. Handbuch.
5. Auflage.
Baden-Baden: Nomos Verlagsges. 2015, 987 S., 98,00 EUR
ISBN 978-3-8487-1084-3

Schnitzer, Anna; Mörgen, Rebecca (Hrsg.)
Mehrsprachigkeit und (Un-)Gesagtes. Sprache als soziale Praxis in der Migrationsgesellschaft.
Weinheim: Beltz Verlag 2015, 300 S., 34,95 EUR
ISBN 978-3-7799-2944-4

Borde, Theda; David, Matthias (Hrsg.)
Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potenziale.
3. Auflage.
Frankfurt/M.: Mabuse Verlag 2015, 234 S., 29,90 EUR
ISBN 978-3-938304-44-0

Eger, Frank (Hrsg.)
Lösungsorientierte Soziale Arbeit. Mit einem Vorwort von Heiko Kleve.
Heidelberg: Carl-Auer Verlag 2015, 234 S., 29,95 EUR
ISBN 978-3-8497-0019-5

Meier, Lisa
Kindeswohl für alle? Eine beispielhafte Analyse des Umgangs mit dem Kindeswohl von unbegleiteten Minderjährigen Flüchtlingen in Deutschland.
Herbolzheim: Centaurus Verlag & Media 2015, 98 S., 19,05 EUR
ISBN 978-3-86226-217-5

Peter, Anne
Autismus: Frühdiagnostik und Frühförderung.
Hamburg: Diplomica Wissenschaftlicher Fachverlag 2015, 84 S., 39,99 EUR
ISBN 978-3-95820-448-5

Armbruster, Jürgen; Dieterich, Anja; Hahn, Daphne et al. (Hrsg.)
40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn.
Köln: Psychiatrie-Verlag 2015, 496 S., 39,95 EUR (auch als E-Book)
ISBN 978-3-88414-616-3

Originalarbeit:
Doyle, Jodie: Cochrane review shedding light on the effects of community coalitions for enhancing health and wellbeing in minority populations. In: *Intouch*, Vol 32, No 7, August 2015, p. 5

Im Internet:
Cochrane Public Health:
<http://ph.cochrane.org>
Cochrane Deutschland:
www.cochrane.org/de/kompakt

Täglich frische Stellenangebote zum Frühstück!

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

<https://jobs.kliniken.de>

Kinder- und Jugendgesundheit – Initiativen im Rhein-Erft-Kreis

Nicht ohne Grund rückt der Öffentliche Gesundheitsdienst immer wieder die Vorsorgeuntersuchung „J1“ für ältere Schüler und Jugendliche in den Fokus seiner Aktivitäten, denn die „J1“ wird deutlich weniger als die frühen Vorsorgeuntersuchungen genutzt. Viele kommunale kinder- und jugendärztliche Dienste engagieren sich, um dies zu ändern. So auch der kinder- und jugendärztliche Dienst im Rhein-Erft-Kreis. Dessen Leiterin Karin Moos hat die Interventionsmaßnahme „J1 – JA KLAR?!“, die man im hier über drei Jahre durchführte, im Rahmen ihres gerade abgeschlossenen Master of Public Health-Studiums noch einmal einer genaueren Analyse unterzogen. Das Ergebnis hat sie bestärkt, auf diesem Gebiet systematisch weiter zu arbeiten. Und noch ein anderes Thema kam durch das Studium auf die Agenda: der Schwimmunterricht in den Grundschulen. Mitstudentin Henrike Kleinertz untersuchte in ihrer Master-Arbeit, warum immer weniger Kinder sicher schwimmen können und welchen Einfluss strukturelle Faktoren am Lernort (Schule/Hallenbad) haben. Beide, Karin Moos und Henrike Kleinertz, fassen im Folgenden die wichtigsten Erkenntnisse aus ihren Master-Arbeiten zusammen.

Fakt ist: Zu wenige Jugendliche nutzen die J1

16 Jahre nach der Einführung der Vorsorgeuntersuchung J1 für Jugendliche zwischen 12 und 15 Jahren liegt die Teilnehmerate an dieser Untersuchung bundesweit im Mittel immer noch unter 45 Prozent. Nach einer Studie des Zentralinstituts der KV in Berlin von 2010 besteht eine regionale Spannweite zwischen 21 und 69,7 Prozent. Zahlen wie diese waren Ausgangspunkt für die Entwicklung des Projektes „J1 – JA KLAR?!“, dessen Ablauf im Folgenden kurz skizziert wird.

Zunächst einmal ging es darum, mehr zu erfahren: Wie sieht es mit der Gesundheit der Jugendlichen aus? Wie notwendig ist eine Vorsorgeuntersuchung in der Altersgruppe der 12- bis 15-Jährigen? Im Herbst 2009 untersuchten deshalb Mitarbeiterinnen des KJGD im Rahmen einer Feldstudie alle Schüler der 5. und 6. Klassen der Haupt- und Förderschulen im Rhein-Erft-Kreis. Bei 917 Schülern wurden Hör- und Sehtestun-

gen, Impfpasskontrollen und Beratungen durchgeführt. Der hohe Anteil von kontrollbedürftigen Untersuchungsbefunden bei der Untersuchung wurde als Hinweis für die Notwendigkeit einer Vorsorgeuntersuchung in dieser Altersgruppe gewertet. Eine Schülerbefragung von 4180 Schülern zur Inanspruchnahme der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 im Frühjahr 2010 in allen 9. Klassen der weiterführenden Schulen im Rhein-Erft-Kreis ergänzte die bereits erhobenen Daten.

Von 2010 bis 2013 führte der KJGD dann eine jährliche Interventionsmaßnahme in allen 6. Klassen der Haupt-, Förder- Real- und Gesamtschulen durch. Diese beinhaltete Seh- und Hörtestungen, Impfberatungen und eine explizite Bewerbung der J1 Untersuchung mit Materialien der BZgA.

2013 wurde in einer Follow-Up Befragung in den 9. Klassen der weiterführenden Schulen die Wirkung der dreijährigen Inter-

vention bei insgesamt 3907 Schülern überprüft. Das Ergebnis der Fragebogenauswertung wies eine Steigerung der Inanspruchnahme an der J1 Untersuchung von 37 Prozent in 2010 auf 44,4 Prozent in 2013 aus. Doch auch weiterhin nehmen mehr als die Hälfte aller anspruchsberechtigten Schüler nicht daran teil.

Deshalb ist geplant: 1. eine Intensivierung der Werbemaßnahmen unter Einbeziehung weiterer Kooperationspartner, 2. die Fortführung von Reihenuntersuchungen und Informationsveranstaltungen zur J1 ab der 6. Klasse in den weiterführenden Schulen und 3. ein Follow-Up zur Überprüfung der nachhaltigen Wirksamkeit der Intervention im Jahr 2016.

Eine Optimierung des Einladungsverfahrens auf Landesebene und eine Anpassung des Vorsorgeangebotes an die Bedürfnisse und Vorstellungen der Zielgruppe durch die durchfüh-



Fotos: Rhein-Erft-Kreis

Mehr Präsenz in den weiterführenden Schulen ist nötig, um für die J1 Vorsorgeuntersuchung zu werben. Jugendliche sind in der derzeitigen Präventionsberatung eine eher unterversorgte Altersgruppe.

renden niedergelassenen Praxen wären sicherlich weitere sinnvolle Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme der Jugendvorsorgeuntersuchung J1.

Karin Moos

Dr. Karin Moos MPH leitet den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Rhein-Erft-Kreis

Kontakt:

karin.moos@rhein-erft-kreis.de

... und auch das ist Fakt: Immer weniger Kinder können sicher schwimmen

Kinder ertrinken leise, warnte in diesem Sommer Thomas Meier, der Geschäftsführer der DLRG-Jugend Bayern. Bereits seit längerem zeigen Studien, dass immer weniger Kinder sicher schwimmen können. Welchen Anteil hat der schulische Schwimmunterricht an dieser Entwicklung? Eine Erhebung im Rhein-Erft Kreis sollte mehr Aufschluss geben: Wie ist es um die strukturellen Faktoren am „Lernort Schule“ und am „Schwimmort Hallenbad“ bestellt und welchen Einfluss haben sie auf die Schwimmfähigkeit? 2014 wurden die Schulleitungen aller 77 Grundschulen im Rhein-Erft-Kreis über den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst angeschrieben und gebeten, den eigens für diese Erhebung entwickelten Fragebogen auszufüllen. Zusätzlich fand im Anschluss an die Befragung eine strukturierte Beobachtung in jenen Schwimmbädern statt, die für den Schwimmunterricht in den Grundschulen genutzt werden.

Deutlich wurde, dass der „Lernort Schule“ zum Erlangen der Schwimmfähigkeit neben der Familie und außerschulischen



Damit der Schwimmunterricht in den Grundschulen nicht baden geht, braucht es Unterstützer. Auch der KJGD kann sich einbringen.

Schwimmkursen eine große Rolle spielt. Aufgrund der Schulpflicht können hier alle Kinder erreicht werden. Die Ergebnisse der Befragung in Kombination mit den Beobachtungsergebnissen der Schwimmstätten zeigten aber auch: Der zeitliche Umfang des Schwimmunterrichts während der Grundschulzeit ist eher

gering; es fehlt immer wieder an ausreichend qualifizierten Begleitpersonen, die mit den Schülern ins Wasser gehen können und bei der Materialausstattung der Schwimmbäder bzw. Grundschulen gibt es deutliches Verbesserungspotenzial.

Dass zwei Kommunen innerhalb des Rhein-Erft-Kreises bei

vergleichbaren Rahmenbedingungen sehr unterschiedliche Nichtschwimmerraten am Ende des vierten Schuljahres nennen, verweist zudem auf ein grundsätzliches Problem: Der Begriff der „Schwimmfähigkeit“ bedarf einer exakten Definition.

Abgesehen davon werden folgende Empfehlungen ausgesprochen: als erstes die Gründung eines „Runden Tisches Schwimmen“, bei dem der KJGD eine Koordinationsrolle übernehmen kann. Ausstattung der Bäder, Begleitpersonal, Erweiterung des Zeitraumes für den Schwimmunterricht, Überlegungen zur Einführung eines Förderunterrichts „Schwimmen“ – all das wären Punkte, die hier thematisiert werden könnten. Ein Kontakt mit dem Kreissportbund und einer Krankenkasse wurde über den KJGD im Rhein-Erft-Kreis bereits hergestellt. Darüber hinaus wäre die Beteiligung an Projekten wie „NRW kann schwimmen“ zu begrüßen, wie auch der Informationsaustausch mit anderen Kommunen hinsichtlich ihres Engagements auf dem Gebiet – beispielsweise mit den Verantwortlichen des

Projektes „Sicher Schwimmen“ in Köln. Nicht zuletzt geht es um Elternarbeit. Es erscheint unabhängig, dass Eltern ebenso wie Fachleute davon überzeugt sind bzw. werden, dass die Fähigkeit „schwimmen zu können“ einen großen Stellenwert in der Entwicklung der Kinder einnimmt. Daher wäre es wünschenswert, wenn der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst standardmäßig in die Grundschulen geht und in Form von Informationsveranstaltungen über diesen Sachverhalt aufklärt und um Unterstützung in der Elternschaft wirbt.

Henrike Kleinertz

Henrike Kleinertz MPH arbeitet an der LVR Klinik Mönchengladbach im Bereich Qualitätsmanagement.

Kontakt:

Henrike.Kleinertz@lvr.de

Beide Master-Arbeiten werden in Kürze auf der Homepage des Rhein-Erft Kreises, www.rhein-erft-kreis.de, eingestellt, können aber auch über die Autorinnen bezogen werden.