

# Blickpunkt öffentliche Gesundheit

Herausgeber: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

Gesundheit der Flüchtlinge:  
Hamburg findet Lösungen

Seite 3

Gemeinsam reden, gemeinsam planen,  
gemeinsam handeln!

Seite 4/5

Früher war nicht alles besser,  
aber einfacher – Aktuelles aus  
der Lebensmittelüberwachung

Seite 8

## Editorial

Liebe Kolleginnen,  
liebe Kollegen,

das für die Akademie spannende Jahr 2016 neigt sich dem Ende zu. Mit Berlin und Rheinland-Pfalz haben wir zwei neue Trägerländer hinzugewonnen und bieten im kommenden Jahr nun in insgesamt acht Bundesländern Fortbildungen an.

Darüber hinaus werden 2017 in Düsseldorf Hygiene- und Lebensmittelkontrolleurinnen und -kontrolleure, Amtliche Fachassistentinnen und Fachassistenten sowie Sozialmedizinische Assistentinnen und Assistenten (SMA) ausgebildet. Auch die Weiterbildungen zur Fachärztin und -arzt, Fachzahnärztin und -arzt sowie der Fachapothekerinnen und -apotheker für Öffentliches Gesundheitswesen gehört in unser Repertoire.

Den SMA widmen wir den Leitartikel auf dieser Seite.

Ich freue mich sehr, dass wir auch in diesem Jahr einen Kurs durchführen und wieder Teilnehmerinnen bei uns begrüßen dürfen. In den Ausbildungskursen zur SMA zeigt sich immer wieder, dass wir in diesem Bereich hochmotiviert Kolleginnen und Kollegen antreffen, die eine Bereicherung für jedes Gesundheitsamt darstellen. Haben Sie in Ihrem Team vor Ort schon eine/n SMA? Ab Sommer 2017 startet bei uns der nächste Kurs. Wir stellen immer wieder fest, dass die SMA im Öffentlichen Gesundheitsdienst als unbekanntes Wesen gelten. Diesem Image wollen wir nicht nur im „Blickpunkt“ entgegenreten, zunächst mit der Vorstellung ihres Tätigkeitsfeldes. Auch in zukünftigen Ausgaben werden wir uns damit weiter beschäftigen.

Ich wünsche viel Spaß dabei, die SMA (besser) kennenzulernen. Bei allen, die die Akademie in diesem, nun zu Ende gehenden Jahr mit Wort und Tat und mit Engagement unterstützt haben, möchte ich mich an dieser Stelle ganz herzlich bedanken.

Ihnen und uns allen wünsche ich ein friedliches Weihnachtsfest und ein gesundes und spannendes Neues Jahr!

Ihre  
Ute Teichert

## Sozialmedizinische Assistentinnen und Assistenten – unbekannte Allrounder im Gesundheitsamt?

Sozialmedizinische Assistenten und Assistentinnen (kurz SMA) erleben im Rahmen ihrer Ausbildung und auch danach häufig, dass ihr Beruf unbekannt ist außerhalb des Gesundheitsamtes, in dem sie tätig sind. Dabei sind sie Allrounder, die in verschiedenen Bereichen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) eingesetzt werden können. Vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) über Gesundheitsberichterstattung, von der Arbeit mit Flüchtlingen bis zur Tuberkulosefürsorge. Unser Ziel ist es, mit diesem und weiteren Artikeln SMA bekannter zu machen. Wir möchten dafür werben, das Rad nicht neu zu erfinden wenn es um Aufgabengebiete geht, die SMA längst aufgrund ihrer Qualifikation abdecken könn(t)en.

Zurzeit läuft zum 33. Mal der Lehrgang für Sozialmedizinischen Assistenten und Assistentinnen. Unisono – und übereinstimmend mit den Erfahrungen der Teilnehmenden aus früheren Lehrgängen – machen die Auszubildenden die Erfahrung, dass außerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienstes das Berufsbild SMA unbekannt ist. Dass es diese Ausbildung überhaupt gibt und was genau die Aufgabengebiete sind, wissen Leute aus der Praxis in Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen meist nicht. Das ist nicht nur schade, sondern verhindert auch die Wertschätzung einer hoch engagierten Kollegenschaft.

### Die Ausbildung zur SMA

Um die Ausbildung machen zu können, ist eine Grundqualifikation in der (Kinder-) Gesundheits-/Krankenpflege, als Hebamme, Entbindungshelfer, Medizinische Fachangestellte oder Ähnliches Voraussetzung. Die ausbildende Behörde ist das Gesundheitsamt. Diese meldet Interessierte zur insgesamt vier Monate dauernden theoretischen Ausbildung an der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen an. Hinzu kommen Praktika in (Kinder-) psychiatrischen Einrichtungen, Einrichtungen für Körperbehinderte, in einer Pädiatrischen oder Inneren Abteilung eines Krankenhauses sowie im Gesundheitsamt selbst. Angehende SMA sollen einen Einblick in die Vielfalt des ÖGD bekommen, mit

anderen Worten: Diese Praktikumszeit soll genutzt werden, um alle (!) Abteilungen eines Amtes zu durchlaufen. Dadurch sollen Einblicke in die Aufgabengebiete von ärztlichem Fachpersonal, therapeutischem Fachpersonal und Pflegepersonal gewonnen und keineswegs mögliche Pflegeengpässe in stationären Einrichtungen überbrückt werden. Die Auszubildenden im Praktikum unterstützen, aber ersetzen nicht andere Kräfte.

Ziel der Ausbildung ist es, die SMA umfangreich zu qualifizieren. Zwei Ausbildungsblöcke von zwei Monaten umfassen Rechts- und Verwaltungskunde, Epidemiologie und Gesundheitsplanung/-berichterstattung, Infektionsschutz, Sozialmedizin, Sozialpsychiatrie, Gesundheitshilfen, Gesundheitsförderung und Prävention. Die Ausbildung wird mit Bestehen einer schriftlichen und mündlichen Prüfung abgeschlossen.

### Erfahrungsaustausch Barcamp 2016

Um herauszufinden, in welchen unterschiedlichen Bereichen SMA eingesetzt werden und über welchen Erfahrungsschatz sie verfügen, führten die Teilnehmenden des 33. SMA-Lehrgangs der Akademie ein sogenanntes Barcamp durch. Dabei legen die Teilnehmenden Themen fest, die sie bearbeiten möchten. Je nach Bedarf können Fachleute hinzugezogen werden. Ursprünglich beinhaltete



Prüfung geschafft! Abschlussfoto des 32. SMA-Lehrgangs (2015)

Foto: Akademie

ein Barcamp tatsächlich auch das „Campieren“ am Veranstaltungsort, um Austausch nicht durch zeitliche oder räumliche Grenzen einzuschränken. Auch wenn campieren hier nicht umgesetzt worden ist, wurde zwei Tage lang intensiv gearbeitet. Dabei war neben Früherkennungsuntersuchungen in Kindertageseinrichtungen und Belehrungen nach Infektionsschutzgesetz insbesondere das Image der SMA zentrales Thema des Barcamps.

Es wurde klar, dass SMA in fast allen Bereichen des Gesundheitsamtes eingesetzt werden: KJGD, Screeninguntersuchungen, Prävention, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitshilfen, Betreuung von Flüchtlingen, Tuberkulosefürsorge, frühe Hilfen, sozialpsychiatrischer Dienst, amtsärztlicher Dienst oder im Gesundheitsschutz. Neben der Assistenz der ärztlichen Tätigkeit, etwa bei den Schuleingangsuntersuchungen, sind sie häufig selbstständig im Projektmanagement, Netzwerkarbeit, Öffentlichkeitsarbeit, Organisation/Koordination, Schulungen/Fortbildungen und Berichtswesen tätig. Dazu müssen sie über vielfältige soziale, emotionale, kommunikative, rechtliche und medizinische Kompetenzen verfügen. Sie beraten, klären auf, sind fürsorglich, kultursensibel, emphatisch, teamfähig und ausgebildet, Risiken einschätzen zu können.

Das Fazit des Barcamps ist: Sozialmedizinische Assistent/innen

oder auch einfach „sie machen alles“!

### SMA – Familienhebammen – Gemeindeschwestern: Wohin führt das?

Trotz der vielfältigen Einsatzmöglichkeiten, der Fähigkeit zu selbständigem Arbeiten und einem hohen Engagement sind SMA in manchen Bundesländern weiterhin „unbekannte Wesen“, an anderen Orten werden SMA als solche bezeichnet, ohne eine spezifische Ausbildung gemacht zu haben. Und trotz hohen Engagements, umfangreichem Wissens und einem durch Praktika erweiterten Erfahrungsschatz, ändert sich mit abgeschlossener SMA Ausbildung bisher die tarifliche Eingruppierung meist nicht.

Gleichzeitig werden „neue“ Weiterbildungen geschaffen, deren Ausbildung weniger umfangreich ist. Beispielsweise umfasst die Ausbildung zur Familienhebamme 270 Unterrichtseinheiten gegenüber 420 in der SMA-Ausbildung. Dennoch werden Familienhebammen im Rahmen der frühen Hilfen höher eingruppiert. Derzeit macht auch ein weiteres Projekt die Runde: die Schulgemeindeschwester. Über die drei Berufsbilder, deren Voraussetzungen und den jeweiligen Lehrstoffplan werden wir in einem der nächsten Blickpunktausgaben vergleichend berichten.

Dagmar Starke

## Darum gehe ich in den öffentlichen Gesundheitsdienst

Wir stellen Ärztinnen und Ärzte aus dem aktuellen Weiterbildungskurs vor, die diesen Schritt getan haben. Zum Beispiel:



Foto: privat

**Kaija Elvermann**

Alter: 48 Jahre

Interessen: meine Familie; Yoga; Bewegung in der Natur mit der Familie, Hund, Pferd

**Ich bin im ÖGD**  
seit April 2006

**Hier arbeite ich:**

im Gesundheitsamt des Oberbergischen Kreises: zunächst 9 Jahre Sachgebietsleitung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, seit 1 Jahr Amtsleitung

**Vorher war ich tätig als:**

Oberärztin in der Pädiatrie

**Ich bin zum ÖGD gewechselt,**

weil mein Lebensentwurf zum einen den schnellen Wiedereinstieg in den Beruf nach einer Familienpause vorsah und zum anderen berufliche Entwicklungschancen vor mir lagen, die ich im Rahmen meiner Kliniktaetigkeit vermutlich nie erreicht hätte.

**Ich habe Zweifel gehabt,**

ob ich den Ansprüchen der Verwaltung gerecht werden würde und ob ich diesen Job wirklich bis zu meinem Renteneintritt machen möchte. Nach 2 Jahren waren die meisten Zweifel ausgeräumt, so dass ich mich sogar verbeamtet habe.

**Meine Kollegen, Familie, Freunde meinten,**

dass ich alles richtig gemacht habe und wechselten teilweise auch in den ÖGD.

**Ungewohnt war/ist**

das enorme Spektrum der Tätigkeit. Jeder Tag bietet neue Herausforderungen. Mutige Entscheidungen zu treffen, Gespräche mit Auftraggebern und übergeordneten Stellen zu führen, sowie Verhandlungen über Finanzierungen von Stellen und Projekten gehört nun zu meinem Alltagsgeschäft. Das Spannungsfeld zwischen Öffentlichkeitsarbeit und fachlicher Tätigkeit im Verborgenen auszuloten, erfordert ein großes Verantwortungsbewusstsein, das dem in der Klinik in nichts nachsteht.

**Ich weiß zu schätzen,**

dass ich einen großen Gestaltungsspielraum habe und täglich in einer wertschätzenden und meistens motivierten Kollegenschaft arbeite.

**Rückblickend denke ich,**

was für ein Glück, dass mein ehemaliger Chef mich so hartnäckig aus der Klinik abgeworben hat.

## RKI-Symposium: Zukunftsforum Public Health in Deutschland

Vertreter unterschiedlicher Bereiche der öffentlichen Gesundheit wurden Anfang November vom Robert Koch-Institut für ein zweitägiges Symposium „Zukunftsforum Public Health in Deutschland“ nach Berlin eingeladen. Während des Symposiums diskutierten die Akteure Wirkungsbereiche, Strukturen und Aufgaben öffentlicher Gesundheit in Deutschland und legten so den Grundstein für eine zukünftige nationale Strategie. Diese Strategie soll dazu beitragen in Deutschland für alle Menschen die Chancen auf eine lange Lebenszeit in guter Gesundheit unabhängig von Region und sozialer Stellung zu verbessern.

Im Vordergrund des Symposiums stand dabei, eine dauerhafte Vernetzung der Akteure

zu gewährleisten, und dazu beizutragen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst personell besser auszustatten sowie Public-Health-Bildungs- und Forschungseinrichtungen stärker zu fördern.

Angesichts globalisierter gesellschaftlicher Herausforderungen sei es bereits heute unverzichtbar für die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung die Praxis des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu verbessern und die Gesundheitspolitik von der Wichtigkeit des Themas zu überzeugen. Eine solche Vision lässt sich nur durch ein Miteinander aller Akteure in diesem Bereich erreichen. Dazu wurde bereits der erste Entwurf einer Beschreibung, ein sogenanntes „White Paper“, erarbeitet (mehr hier: <http://tinyurl.com/jo9yjlj>).

## 10 Jahre AMBIT – Ärztliches Management bioterroristischer Ereignisse

In diesem Jahr feiert die Informationsstelle des Bundes für Biologische Gefahren und Spezielle Pathogene die erfolgreiche Etablierung der AMBIT-Kurse für den Öffentlichen Gesundheitsdienst seit 10 Jahren. Seit neuestem führt die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (AföG) auch in Düsseldorf diese Kurse gemeinsam mit dem Robert Koch-Institut durch.

Seit der Anschläge mit Milzbrandbriefen in den USA, dem sogenannten „Amerithrax“, und einer sich in den folgenden Jahren weltweit verändernden Sicherheitslage, werden auch in Deutschland außergewöhnliche biologische Gefahrenlagen als große Herausforderung für die öffentliche Gesundheit eingeschätzt. Wie Gefahrenlagen durch z.B. natürliche Ausbrüche seltener hochpathogener Infektionserreger oder bioterroristische Anschläge bewältigt werden können, muss vorbereitet und trainiert werden. Gezieltes Training von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und anderen professionellen Ersthelfern (First Responder) leistet daher einen wichtigen Beitrag zu einem erfolgreichen Management derartiger Lagen. Der Bedarf an solchen Trainings nimmt in Deutschland stetig zu.

Die Informationsstelle des Bundes für Biologische Gefahren



und Spezielle Pathogene (IBBS) startete daher 2006 das vom Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe geförderte Projekt „AMBIT – Ärztliches Management bioterroristischer Ereignisse“. Ziel dieses Projektes war die Pilotierung zweier Kurse für ärztliches Personal im ÖGD sowie für First Responder, die zu einer erfolgreichen Lagebewältigung und der Vorbereitung auf bioterroristische Ereignisse beitragen sollen. Beide AMBIT-Kurse waren sehr nachgefragt und hatten eine überaus positive Resonanz, so dass entschieden wurde, sie über die 2010 auslaufende Projektförderung hinaus aus eigenen Mitteln weiter fortzuführen.

Das Kurskonzept wird seit Beginn regelmäßig an die aktuelle Lage angepasst. Unterschiedliche Module erlauben eine Anpassung des Kursinhalts an den Bedarf der jeweiligen Teilnehmenden. „AMBIT“ zeichnet sich vor allem durch einen hohen Praxisanteil aus, der u.a. durch sogenannte „Table Top“-Übungen und Trainings mit persönlicher Schutzausrüstung (PSA) abgedeckt

wird. Komplexe Szenarien involvieren die Teilnehmenden durch anschauliche Visualisierung ins Geschehen und erfordern einen intensiven inhaltlichen Diskurs häufig kontrovers diskutierter Strategien bzw. Lösungsansätze. Hintergrundwissen und aktuelle fachliche Zusammenhänge werden von jeweils kompetenten Referentinnen und Referenten vermittelt.

Vorbehaltlich der Verstärkung des „AMBIT“ Konzeptes sollen weitere Kursvarianten z.B. für sensible Einrichtungen („AMBIT spezial“) oder für interdisziplinäre Zielgruppen („AMBIT interdisziplinär“) angeboten werden. Damit soll der stetigen Nachfrage, u.a. bedingt durch aktuelle dynamische Sicherheitslagen, entsprochen und die Entscheidungstragenden bestmöglich auf außergewöhnliche biologische Gefahrenlagen vorbereitet werden.

Seit 2016 bietet die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen die AMBIT Kurse gemeinsam mit dem Robert Koch-Institut für Mitarbeitende des ÖGD in Düsseldorf an. Ende 2016 wurde im Rahmen dieser Kooperation erstmals in Rheinland-Pfalz ein AMBIT-Kurs „regional“ angeboten um die Vernetzung entsprechender Gesundheitskräfte in einer Region zu stärken. Auch 2017 wird es weitere Angebote geben.

## Neu, kostenlos und frei zugänglich – das Journal of Health Monitoring

Wussten Sie, dass etwa drei Viertel aller unmittelbar alkoholbedingten Todesfälle auf Männer entfallen? Oder dass Frauen mit einem hohen sozioökonomischen Status häufiger einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen als ihre Geschlechtsgenossinnen wohingegen es bei Männern keine Rolle spielt, welchen sozioökonomischen Status sie haben?

Das alles können Sie jetzt nachlesen: Im September diesen Jahres hat das Robert Koch-Institut (RKI) seine Publikationsformate um eine Online-Zeitschrift erweitert. Sie dient dazu, wissenschaftliche Informationen zur Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu veröffentlichen. Das vom Robert Koch-Institut herausgegebene Journal of Health Monitoring



greift wichtige Themen rund um die öffentliche Gesundheit auf – so dreht sich in der ersten Ausgabe alles um das Thema „Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland“. Die Zeitschrift, die in deutscher und englischer Sprache verfügbar ist, wird vier Mal im Jahr erscheinen. Sämtliche Artikel werden in einem externen Review-Verfahren vor der Veröffentlichung begutachtet.

Damit hat das RKI sein Portfolio in Sachen Publikationen noch einmal deutlich geschärft. Der freie Zugang – in der Welt wissenschaftlicher Journals leider immer noch selten – ist zwar nicht neu was die Veröffentlichungen des RKI angeht, wohl aber die Verfügbarkeit in englischer Sprache und die Verwendung interaktiver Features. So wird die Gesundheitsberichterstattung auch international sichtbar und die Verknüpfung von ausführlichen Fokusartikeln, Faktenblättern und interaktiven Angeboten hält für jede/n Nutzer/in etwas bereit.

Um über Neuerscheinungen auf dem Laufenden zu bleiben, ist die Anmeldung für den Newsletter über [www.rki.de/gbe-newsletter](http://www.rki.de/gbe-newsletter) zu empfehlen.

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) berichtet regelmäßig über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in Deutschland. Für die inhaltliche Gestaltung ist das RKI zuständig.

**Der direkte Weg zum Journal**  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring)

**Infoservice bei neuen Ausgaben**  
[www.rki.de/gbe-newsletter](http://www.rki.de/gbe-newsletter)

**Kontakt**  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
FG 24 Gesundheitsberichterstattung  
General-Pape-Straße 62–66  
12101 Berlin  
[healthmonitoring@rki.de](mailto:healthmonitoring@rki.de)

## Transkulturelle Kompetenz stärken – Zehnter DTPPP-Kongress in Bielefeld

Transkulturelle Kompetenz für medizinisches Personal ist gefragter denn je – doch während der Versorgungsbedarf angesichts weltweiter Migration und Flüchtlingsströme wächst, hat die Vermittlung dafür benötigter Kompetenzen noch nicht hinreichend Eingang in die medizinische Ausbildung gefunden, findet der Dachverband der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (DTPPP). Grund genug, beim zehnten Kongress des Verbands, der im September in Bielefeld stattfand, drei Tage lang die vielfältigen Aspekte einer kultursensiblen Patientenversorgung im Zusammenspiel der Gesundheits-Professionen zu beleuchten.



Transkulturelle Kompetenz zu vermitteln ist zentrales Anliegen eines geplanten neuen Fortbildungsangebots, das die Akademie für medizinische Fortbildung der ÄKWL und der KVWL beim Kongress in Bielefeld vorstellte. Elisabeth Borg, Leiterin des Ressorts Fortbildung der ÄKWL, erläuterte, dass die Interaktion von Ärztinnen und Ärzten und ihren Patienten unter anderem durch unterschiedliche kulturelle Vorbedingungen und unterschiedliche Erwartungen geprägt sei. „Kulturelle und sprachliche Barrieren können die zielorientierte Behandlung erschweren.“ Das Curriculum zum Erwerb des Zertifikats Transkulturelle Medizin, das auch bundesweit wegweisend sei, könne künftig fachübergreifend die Expertise verschiedener Berufsgruppen verknüpfen. Es biete damit Ansatzpunkte zur Optimierung der Versorgung. Ärzte unter transkulturellem Aspekt fit zu machen für die Diagnostik und Therapie somatischer und psychiatrischer Erkrankungen und so das Management der Versorgung von Migranten zu verbessern, bedeute einen hohen Anspruch. Das Curriculum sieht dazu 50 Unterrichtseinheiten vor, von denen 13 als eLearning-Maßnahme gestaltet sind. Die Pilotveranstaltung soll während der Fort- und Weiterbildungswoche auf Borkum im kommenden Jahr stattfinden.

### Resilienz entwickeln

Doch zunächst richtete der Kongress den Blick ins Ausland: Kees Laban vom Zentrum für transkulturelle Psychiatrie De Evenaar (Niederlande) legte anhand von Studien dar, dass die Prävalenz für posttraumatische Belastungsstörungen und Depressionen bei Flüchtlingen höher ist als in der Wohnbevölkerung – und sogar höher als im Herkunftsland der Flüchtlinge. Nach traumatischen

Erfahrungen, aber auch nach der Flucht seien die Ressourcen geschwächt, Resilienz zur Bewältigung der Situation zu nutzen oder zu entwickeln. Physische Fitness, soziale Unterstützung, Vorbilder und das Erkennen eines Sinns auch in Widrigkeiten – all dies könne beitragen, die psychische Widerstandsfähigkeit von Flüchtlingen nach der Flucht zu stärken.

Marianne Kastrup, Leiterin des Centre for Transcultural Psychiatry in Kopenhagen, legte die Bedeutung transkultureller Kompetenz für Angehörige von Gesundheitsberufen dar. Die europäische Arztausbildung bereite auf eine Arzt-Patient-Beziehung „auf Augenhöhe“ vor – Patienten aus anderen Kulturen könnten jedoch ganz andere Erwartungen an diese Beziehung haben. Kultursensibilität zu erhöhen erfordere deshalb neben kulturellem Basiswissen vor allem die Fähigkeit zur Empathie. „Das alles lässt sich jedoch nicht technisch in einem Kurs lernen, es braucht viel mehr.“ Kastrup empfahl die Guidance Papers der European Psychiatric Association, die einen Überblick über Trainings zur Kulturkompetenz geben. Lohn transkulturellen Engagements sei nicht nur eine größere Zufriedenheit mit Situationen interkultureller Interaktion, sondern auch ein Lerngewinn über andere Kulturen, realistischere Erwartungen an Patienten und eine verbesserte Fähigkeit, Missverständnisse aufzulösen.

Eine andere, aus dem jüdischen Glauben erwachsene Sicht auf die Arbeit mit Patienten legte Rabbiner Nils Jakob Ederberg dar. „Pastoral Care“ im jüdischen Kontext unterscheide sich in vielem von der christlich geprägten Krankenseelsorge. In der Praxis würden Patienten aus dem Kreis der rund 100.000 Mitglieder jüdischer Gemeinden in Deutschland ihre religiös motivierten Wünsche eher selten äußern. Oft sei es schwierig, diese Wünsche zu erfüllen – „ein ausbaubedürftiges Feld“.

Dr. Hamid Peseschkian, Leiter der Wiesbadener Akademie für Psychotherapie, sah Psychiater und Psychotherapeuten nicht nur in der Verantwortung für die Versorgung ihrer Patienten, sondern auch als Aufklärer und Brückenbauer im europäischen und globalen Kontext. „Wir sind die Beziehungsexperten“, machte Peseschkian deutlich – wichtig in einer Zeit, in der Beziehungen schwierig oder gleich ganz zerstört, die Frustrationstoleranz niedrig und die Reizbarkeit groß seien. Psychiater und Psychotherapeuten seien die Geeigneten, die Bevölkerung über die Chancen einer (nicht nur wirtschaftlichen) Globalisierung als Bereicherung aufzuklären. „Auch Europa ist derzeit ein spannender Kontinent. Hier findet Geschichte statt.“

Klaus Dercks, ÄKWL

(Dieser Text erschien erstmals im Westfälischen Ärzteblatt 10/2016 und wird hier mit freundlicher Erlaubnis wiedergegeben.)

## Gesundheit der Flüchtlinge: Hamburg findet Lösungen

Aus einer Taskforce wird eine Abteilung: Als im vergangenen Jahr von jetzt auf gleich in Hamburg die medizinische Versorgung für Tausende von Flüchtlingen organisiert werden musste, betraute die Innenbehörde der Stadt Hamburg damit Dr. Johannes Nießen, Leiter des Gesundheitsamts Altona, und stellte ihn dafür von seinen Aufgaben frei. Inzwischen ist er in seine Position als Amtsleiter zurückgekehrt und hat die Nachfolge geregelt: Dr. Susanne Pruskil leitet die neue Abteilung „Medizinische Versorgung Flüchtlinge“.

Die Allgemeinmedizinerin Pruskil stammt aus Tübingen und hat 16 Jahre in Berlin gelebt, bevor sie aus privaten Gründen nach Hamburg kam. In London hatte sie zuvor noch ihren Master of Public Health absolviert, sie interessierte sich für Strukturen im Gesundheitswesen, besonders für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. In Hamburg kam sie zum Gesundheitsamt Altona und kümmerte sich zunächst um die Erstuntersuchungen von minderjährigen unbegleiteten Flüchtlingen – eine Aufgabe, die im vergangenen Jahr mit der steigenden Zahl an Flüchtlingen zur Herausforderung wurde. Es ging um Kooperationen, Strukturen, schnelles Handeln – und so wurde sie eigentlich folgerichtig Mitglied der Projektgruppe, die für ganz Hamburg die medizinische Versorgung der Flüchtlinge organisieren sollte.

### Versorgung in Folgeunterkünften regeln

Inzwischen ist aus der Projektgruppe eine Abteilung geworden, die sie leitet. Neben der täglichen Routine – „Wir haben immer noch 200 medizinische Honorarkräfte an 38 Standorten zu koordinieren.“ – geht es vor allem darum, langfristig Strukturen zu schaffen: Besonders herausfordernd ist die medizinische Versorgung für die Menschen, die nicht mehr in Erstunterkünften leben. Denn in den Folgeunterkünften gibt es keine allgemein- und kinderärztliche Versorgung, die zur Not auch an das Regelsystem vermittelt. Flüchtlinge in Folgeunterkünften

müssen weitgehend allein durch das deutsche Gesundheitswesen finden und brauchen entsprechende Hilfen. Einfach gestaltete Informationsblätter beispielsweise. Auch für Dolmetscher gibt es im ambulanten Bereich keinen zusätzlichen Etat mehr – für viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte durchaus problematisch: „Da müssen wir Lösungen finden“, sagt Pruskil. Sie sei außerdem dankbar für Hinweise, wenn es irgendwo in der Stadt Kapazitätsprobleme gebe. „Wir müssen uns jetzt auch um die besonders vulnerablen Patientengruppen kümmern, beispielsweise um Schwangere, Behinderte und Kinder.“ Aber man müsse auch das Thema „Flüchtlingsmedizin“ insgesamt anpacken, es gebe da bislang keine Leitlinien. So bräuchten andere Kulturen Herausforderungen mit sich, die ein Arzt kennen und mitdenken sollte. Ein Beispiel: „Was bedeutet es in Bezug auf den Ramadan für einen Patienten, wenn ich einen Diabetes diagnostiziere?“ Auch dazu dienten die Fortbildungen, die regelmäßig in der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg zu unterschiedlichen Themen stattfinden.

Dr. Mustafa Fahimi muss sich in derartige Fragen nicht erst eindenken, sie sind Teil seiner Identität: Als er acht Jahre alt war, floh die Familie aus Afghanistan nach Deutschland. Fahimis Vater war in Afghanistan ein bekannter Herzchirurg. Für den Sohn war immer klar, dass er Arzt werden wollte. Inzwischen ist er Facharzt für Urologie. Den Bezug zu seiner alten Heimat hat er nie verloren: Wie sein Vater ist auch er oft in Mazar-e Sharif und behandelt dort Patienten: „Als einer der Ihren und doch mit der westlichen Medizin vertraut, genieße ich großes Vertrauen.“ So war es auch im vergangenen Jahr, als er sich eine Pause nach der Facharztprüfung gönnte und die Flüchtlingskrise ausbrach: „Da war mir klar, mein Platz ist jetzt in Hamburg.“ Plötzlich konnte er alles einbringen, was seine Biografie ausmacht: Nach dem Aufruf im Hamburger Ärzteblatt, sich an der medizinischen Versorgung



Dr. Susanne Pruskil leitet die neue Abteilung „Medizinische Versorgung Flüchtlinge“ im Gesundheitsamt Altona.

der Flüchtlinge zu beteiligen, und einem Kontakt zu Dr. Sibylle Quellhorst, die als eine der Ersten Sprechstunden in einer Zentralen Erstaufnahme durchführte und zusammen mit Nießen maßgeblich am Aufbau des heutigen Systems beteiligt war, stieg Fahimi in die Sprechstunde ein und wurde schnell auch Teil der Projektgruppe, die Strukturen für die Praxis erarbeitet hat. Heute bietet er dreimal die Woche in verschiedenen Unterkünften Sprechstunden an. „Ich genieße dabei das Vertrauen der Menschen. Wenn ich direkt und ohne Dolmetscher mit ihnen kommunizieren kann, dann kommen auch sehr persönliche Themen wie häusliche Gewalt und psychisches Leid hinter den somatischen Beschwerden viel schneller ans Tageslicht.“

### Begleitung in die Selbstständigkeit

In der Dratelnstraße begleitet er fachlich den syrischen Arzt Dr. Tawfeek Haddad, den er als enorme Bereicherung empfindet. Es sei großartig, dass Haddad schon jetzt seine medizinische Kompetenz einbringen könne: „Bei meinem Vater hat es zehn Jahre gedauert, bis er in Deutschland als Arzt arbeiten durfte. In diesem Fall geht es viel schneller.“ Für seine Arbeit sieht Fahimi momentan folgenden Schwerpunkt: „Wir müssen die Übergänge von der geschützten Unterbringung in die Selbstständigkeit der Flüchtlinge gut schaffen, ohne die Menschen dabei zu überfordern.“

Sandra Wilsdorf

(Dieser Text erschien erstmals im Hamburger Ärzteblatt 07/08/2016 und wird hier mit freundlicher Erlaubnis überarbeitet wiedergegeben.)

**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

# Gemeinsam reden, gemeinsam planen, gemeinsam handeln!

Im Bereich der Frühen Hilfen sind Fachkräfte aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern, Professionen und Disziplinen tätig. Dadurch kommt es oftmals zu begrifflichen und konzeptuellen Verwirrungen, die sich in der Praxis immer wieder als Fallstricke erweisen. Deshalb haben die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, die Fachhochschule Münster und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren einen interdisziplinär ausgerichteten Fachtag zur Bündelung wichtiger Diskussionen und Kontroversen gemeinsam geplant und durchgeführt. Im Folgenden werden wichtige Ergebnisse der Veranstaltung mit dem Ziel präsentiert, Klarheit zu alltäglich benutzten Fachbegriffen zu schaffen und den Weg zu interdisziplinärer Kompetenz in den Frühen Hilfen zu ebnen.

Das Bundeskinderschutzgesetz ruft Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe gleichermaßen auf, sich im Kontext Früher Hilfen für ein gutes und gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen einzubringen und einzusetzen. Im Kern geht es bei Frühen Hilfen um den Auf- und Ausbau von Handlungskonzepten, die sich auf zwei Grundüberlegungen stützen: Es sollen zum einen für Familien mit Kindern unter drei Jahren niedrigschwellige Zugänge zu Unterstützungsangeboten geschaffen werden, zum anderen sollen frühzeitig schwierige Lebenslagen und/oder riskante Entwicklungen erkannt und bearbeitet werden, um einer Verfestigung dieser Problemlagen entgegenzuwirken.

*„Die „Augenhöhe“ zwischen Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem muss ernsthaft gewollt sein, die gesetzliche Grundlage ist und bleibt einseitig. Das Bundesministerium für Gesundheit hält sich raus! Das Gesundheitssystem ist nicht „Handlanger“ der Kinder- und Jugendhilfe, aber auch nicht der „Besserwisser.“*

*Gabriele Trost-Brinkhues, ehem. Leitung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, Städteregion Aachen*

Einerseits bezieht sich das „frühzeitig“ demnach auf eine biografische Perspektive, also auf die Entwicklungsphasen von Kindern; andererseits gilt dieses „frühzeitig“ dem Entstehungsprozess von Krisen, indem schon zu einem möglichst frühen Zeitpunkt einer Problemstehung/-entwicklung angemessene und wirksame Hilfsangebote formuliert werden. Diese doppelte Dimensionierung des Begriffs „frühzeitig“ im Kontext Früher Hilfen ist immer

wieder Ursache für Verständigungsschwierigkeiten.

## Frühe Hilfen – ein innovatives und interdisziplinäres Arbeitsfeld

Die Frühen Hilfen als modernes Leistungsnetz haben sich aus einer kontroversen Kinderschutzdebatte heraus entwickelt und im Laufe der letzten Jahre von ihr emanzipiert. Heute sind neben originären Vertretern und Vertreterinnen der Kinder- und Jugendhilfe auch unterschiedliche Akteure des Gesundheitswesens wie Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen, Familienhebammen, Kinderkrankenpflegekräfte, Fachkräfte der Frühförderung u.a. in diesem Bereich tätig und erbringen passgenaue und niedrigschwellige Leistungen. Sie werden insbesondere dann aktiv, wenn es sich um schwierige Konstellationen des Aufwachsens handelt. Speziell die Kinder- und Jugendhilfe und das Gesundheitswesen sind hier gefordert.

Den Auftrag zur Gestaltung Früher Hilfen gab es bereits in anderen Gesetzen, wie beispielsweise dem Sozialgesetzbuch V und in Gesetzen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Frühe Hilfen sind allerdings nur dann wirksam, wenn auch andere Instanzen gesellschaftlicher Daseinsvorsorge mit integriert werden, wie z.B. die materielle Sicherung von Eltern und Kindern. Deshalb wird überall in Deutschland an und in Netzwerken Früher Hilfen gearbeitet, die mit dem Bundeskinderschutzgesetz seit 2012 auch rechtlich bindend sind und inzwischen einen hohen Abdeckungsgrad haben.

Moderne Hilfesysteme setzen auf Interdisziplinarität. Sowohl im Bereich der Prävention (Frühe Hilfen) als auch im Bereich des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung sind die Fachkräfte des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe aufge-

fordert, eng zusammenzuarbeiten und ihre Arbeitsansätze zu verzahnen. Auf Bundesebene wird dieses Anliegen über die gemeinsame Trägerschaft des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) durch das Deutsche Jugendinstitut (DJI) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) transportiert. Hier arbeiten Wissenschaft und Praxis gemeinsam daran, Disziplinen und Professionen zu verzahnen.

*„Eingeleitete Unterstützungsmaßnahmen dürfen keinen Einbahnstraßencharakter haben. Für eine Verbesserung des Systems sind laufende Rückmeldungen über die vereinbarten Maßnahmen auch von den Partnern im Kontext der Frühen Hilfen zur Fehlervermeidung und Ressourcenschonung wichtig.“*

*„Die Kommunikation der Partner muss auf Augenhöhe stattfinden. Aufgaben- und Beratungsschwerpunkte der unterschiedlichen Professionen sollten den Akteuren bekannt sein. Koordinatoren oder Sprachmittler sind hier manchmal wünschenswert.“*

*Dr. Michael Böswald, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, St. Franziskus Hospital Münster*

## Aktuelle Probleme und Herausforderungen – Kooperation ist nicht voraussetzungslos!

Im Zuge solcher Verzahnungen stellt sich aber zunehmend heraus, dass den vielfältigen Akteuren die prägenden Denk- und Handlungsmuster der jeweils anderen Disziplin nicht hinreichend vertraut sind. Fachliche, rechtliche, organisatorische und ökonomische Besonderheiten innerhalb der einzelnen Handlungsfelder sind oft nur schemenhaft bekannt, obwohl sie den Hintergrund jeglicher Kooperation darstellen. Hinzu kommen unterschiedliche Fachsprachen und Terminologien, die von Vertretungen der einzelnen Disziplinen durchaus auch unterschiedlich belegt sind. Diskussionen in lokalen Netzwerken, auf überregionalen Fachveranstaltungen oder in interdisziplinär zusammengesetzten Gremien zeigen, dass die Begriffe „Frühe Hilfen“, „Kindeswohlgefährdung“, „Prävention“ oder „Qualitätsmanagement“ in den Disziplinen sehr unterschiedliche Konnotationen haben können.

Die berufliche Verankerung der Fachkräfte in ihren jeweiligen Referenzsystemen, z.B. Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitswesen, Sozialhilfe, Schule, Frühförderung, Arbeitsverwaltung etc., stellt durch die unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen des Handelns eine in der Diskussion zumeist unterschätzte Barriere der Kooperation und Vernetzung dar. Weitere Schwierigkeiten gehen mit den damit jeweilig verbundenen spezifischen Finanzierungsquellen und -modalitäten, ihrer fachhistorisch und professionell begründeten eigenen Fachsprache und mit den gewachsenen gesellschaftlichen Erwartungen und Aufträgen an die einzelnen Systeme einher. Daher kommt es zu typischen Problemen und Fallstricken in der interdisziplinären Kooperation, wie:

- unklare Übergänge und Schnittstellen,
- mangelnde fallunspezifische Vernetzung,
- unproduktive Verweisungs- und Delegationsketten,
- Unkenntnis über und fachliche Vorurteile gegenüber anderen Institutionen,
- Angst und Überforderung der Fachleute,
- Prestige- und Machtkonflikten und
- ungeklärte Zuständigkeiten.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie es unter dem Anspruch interdisziplinärer Kooperation gelingen kann, Fähigkeiten zu stärken, Theorien, Methoden, Menschenbilder und Kompetenzen verschiedener Fachgebiete zu verbinden. Vor allem das Gesundheitswesen und die Kinder- und Jugendhilfe, aber auch die materielle Sicherung und weitere psychosoziale Versorgungssysteme benötigen Lösungen für die immer komplexeren Anforderungen im Kontext präventiver Unterstützungsangebote. Dazu ist es vor allem notwendig, zunächst ein gemeinsames Verständnis grundlegender Begriffe zu entwickeln.

## Interdisziplinäre Kompetenz – Was heißt das?

Der Begriff der interdisziplinären Kompetenz nimmt diese Herausforderung auf. Es geht hierbei darum, ein Verständnis für die Besonderheiten der anderen Handlungsbereiche zu entwickeln und die Denkvoraussetzungen der anderen Disziplinen zu kennen. Es geht auch darum, die Handlungsrationalitäten der anderen Disziplinen nachzuvollziehen und zu verstehen, die „Sprache“ und „Sprachspiele“ der anderen Disziplinen zu kennen und ggf. dechiffrieren zu lernen und damit Anknüpfungspunkte für Kooperationen auszuloten.

Es geht also im Kern um Neugierde, Offenheit und Interesse an den Handlungsabläufen innerhalb der anderen Disziplin und um die Schaffung von wechselseitigen Erfahrungsräumen. Gelingende Frühe Hilfen sind auf eine situative Ausgewogenheit zwischen Kenntnis und Deutung der anderen Handlungsweisen und selbstbewusster Kenntnis der Stärken und Schwächen der eigenen Disziplin angewiesen.

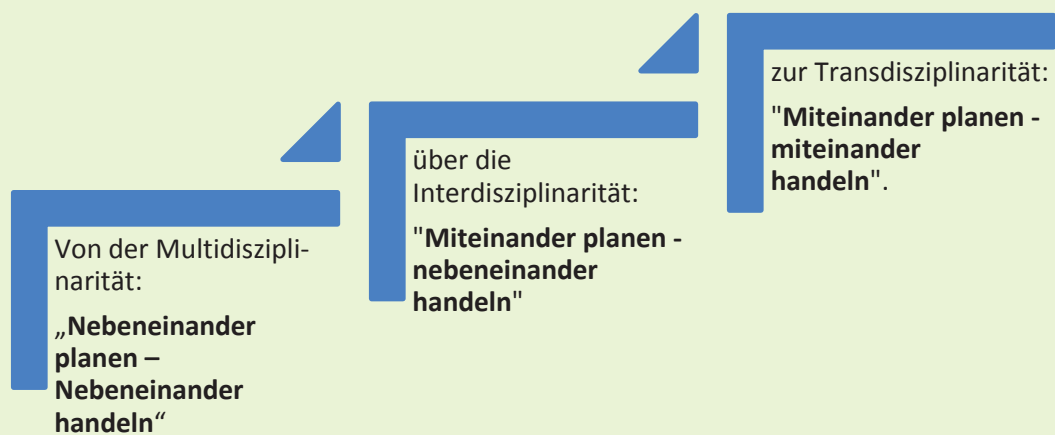
Als Grundvoraussetzungen interdisziplinärer Kompetenz gilt in Anlehnung an den hier nicht so fernen Begriff der interkulturellen Kompetenz, das Bestreben, das Verständnis für andere Handlungsweisen und Denkmuster zu vertiefen und die Fähigkeit, den eigenen Standpunkt transparent zu vermitteln. Es gilt, Flexibilität zu zeigen sowie klar oder deutlich zu sein, wo es notwendig ist. Wichtig ist bei alledem ein kritischer Umgang mit und die Reflexion von eigenen Vorurteilen gegenüber anderen Professionen und Disziplinen.

*„Um im Einzelfall handlungsfähig sein zu können, braucht es kontinuierliche, fallunabhängige Kooperationen zwischen den Akteuren. Meine Erfahrung zeigt mir: Ohne Fall keine oder kaum Kooperation. Eine Herausforderung besteht darin, fallunabhängige Kooperationen und Netzwerke nicht nur aufzubauen, sondern am „Leben“ zu halten.“*

*Beate Tenhaken, Fachbereichsleiterin Soziales, Jugend, Bildung, Jugendamtsleiterin, Greven*

Zusammenfassend geht es um die Schaffung von Gelegenheitsstrukturen für interprofessionelles Handeln, deren unterschiedliche Grade sich folgendermaßen veranschaulichen lassen:

Schaubild 1: Wege disziplinärer Zusammenarbeit



**Grundbegriffe und Praxis Früher Hilfen**

Damit Frühe Hilfen gelingen, sind Fachkräfte des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe aufgefordert, eng zusammenzuarbeiten, ihre Arbeitsansätze zu verzahnen und belastbare Strukturen der Zusammenarbeit in Netzwerken herzustellen. Interdisziplinäre Kompetenz basiert zunächst auf einem gemeinsamen Begriffsverständnis von handlungsfeldbezogenen Schlüsselbegriffen. Gelingt es nicht, hierüber eine Verständigung zu erreichen, kommt es meist zu Irritationen und somit zu erheblichen Stolpersteinen in der Zusammenarbeit.

*„Die Erwartungshaltung an das Jugendamt ist im Rahmen der Frühen Hilfen häufig sehr hoch. Über die Frage: „Was wird erwartet?“ und „Kann das Jugendamt die Erwartung vom Selbstverständnis her überhaupt erfüllen?“ findet selten Kommunikation statt. Das wiederum führt zu Enttäuschungen in der Zusammenarbeit“.*

*Beate Tenhaken, Fachbereichsleiterin Soziales, Jugend, Bildung, Jugendamtsleiterin, Greven*

Im Folgenden sollen einige der wichtigsten Begriffe erläutert und eingeordnet werden:

**I. Kinderschutz – Schutzauftrag – Frühe Hilfen**

Durch die unterschiedlichen Assoziationen zum Begriff des Kinderschutzes, die u.a. durch die teils hitzig geführten fachöffentlichen Debatten entstanden sind, kommt es in Bezug auf den konzeptionellen Kern der Frühen Hilfen oftmals zu Irritationen. Kinderschutz wird einerseits als Rahmen für gesellschaftliche Aktivitäten verstanden, die Kindern und Jugendlichen ein geschütztes Aufwachsen ermöglichen. Andererseits impliziert der Begriff aber auch ein enges Verständnis der Hilfe zur Abwendung unmittelbarer Gefahren für Kinder und Jugendliche bei Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung (Schutzauftrag). Dadurch entsteht allerdings eine begriffliche Mehrdeutigkeit, die den Begriff Kinderschutz als Grundlage einer gemeinsamen Verständigung über das, was man tut, verblasen lässt. Deshalb sollen in der folgenden Übersicht zentrale Ebenen zur Differenzierung der Handlungsweisen dargestellt und damit das Verständnis von Frühen Hilfen geschärft werden. Die Frühen Hilfen stellen darin ein modernes Hilfeleistungsnetz dar, das auf dem Grundprinzip der Freiwilligkeit aufbaut und hierfür das Vertrauen der Adressaten und Adressatinnen benötigt.

**II. Prävention – Intervention**

Bezeichnet der Begriff der Intervention allgemein ein Eingreifen in eine Situation oder einen Geschehensablauf, so beschreibt der Begriff der Prävention einen Eingriff, der einer antizipierten

unerwünschten Entwicklung in der weiteren Zukunft zuvorkommen soll. Insofern charakterisiert der Begriff der Prävention lediglich die zeitliche Vorverlagerung einer Intervention auf der Grundlage statistischer Risikozuschreibungen. Im Bereich der Frühen Hilfen wird beispielsweise interveniert aufgrund statistischer Wahrscheinlichkeiten, dass Fehlentwicklungen eintreten könnten, z.B. bei Krankheit oder Sucht von Eltern oder Armut der Familien. Im Bereich des Schutzauftrages wird interveniert aufgrund konkreter Ereignisse bzw. gewichtiger Anhaltspunkte einer Gefährdung, also einer absehbaren konkreten Schädigung eines Kindes/Jugendlichen. Der Begriff Prävention kennzeichnet also nur einen spezifischen Zeitpunkt und die Gründe für eine Intervention. Ebenso breit angelegt wie der Begriff der Intervention ist aber auch der Begriff der Prävention, da er sowohl universal als primäre Prävention auftritt, als auch sehr speziell als tertiäre Prävention unmittelbare Eingriffe zur Verhütung absehbarer zukünftiger Schädigung beschreibt. Der § 1666 BGB z.B. hat allein aufgrund seiner Diktion (Abwendung einer Gefährdung; Verhinderung drohender Schädigung) eine eindeutig präventive Funktion: Tätig zu werden, bevor Schädigung eintritt!

Zur Identifizierung spezifischer Strategien im Kontext Früher Hilfen und des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung und zur analytischen Abgrenzung dieser Strategien sind beide Begriffe also nur begrenzt geeignet, da sie – wie schon der Begriff des Kinderschutzes – mit (fast) beliebigen Inhalten assoziierbar sind.

**III. Kooperation – Vernetzung**

Mit Kooperation und Vernetzung ist in der öffentlichen Diskussion per se ein positiver Handlungsmodus verbunden, der darauf abzielt, vielfältige Kräfte zu bündeln und Synergieeffekte zu fördern. Dabei haben beide Begriffe unterschiedliche Ebenen der Zusammenarbeit zum Gegenstand.

*„Beim Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen ist es grundlegend, eine gemeinsame Perspektive und Zielorientierung zu entwickeln (Hilfeplan/ Gesamtplan/ Förder- und Behandlungsplan). Dabei geht es nicht darum die Pole „Schwierigkeiten/ Beeinträchtigungen“ und „Stärken/ Ressourcen“ gegeneinander auszuspielen, sondern eine gemeinsame Sprache zu finden.“*

*Eva Klein, Arbeitsstelle Frühförderung Hessen, Offenbach*

Vernetzung erfolgt gemeinhin fallunabhängig. Sie bezieht sich auf gemeinsame Interessen oder Tätigkeitsfelder von Institutionen oder Personen. Sie zielt auf den Austausch von Informationen und gegenseitige Unterstützung und erleichtert bzw. ermöglicht damit den Aufbau von Kooperationen für ein bestimmtes Ziel. Kooperation hingegen bezieht sich

Schaubild 2: Zur Notwendigkeit einer fachlichen und begrifflichen Differenzierung in der Kinderschutzdebatte

	Auftrag zur Gewährleistung von Frühen Hilfen	Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung
<b>Zielsetzung</b>	→ Erhalt bzw. Eröffnung positiver Entwicklungsmöglichkeiten und Teilhabechancen von Kindern → Verhinderung negativer Entwicklungen	→ Schutz von Minderjährigen vor Gefahren für ihr Wohl (erheblichen Schädigungen) → Abwehr konkret identifizierbarer Gefährdungen
<b>Adressat*innen</b>	→ Alle Familien mit Kindern, insbesondere aber Familien mit Säuglingen und Kleinkindern, (besonders Familien in belasteten Lebenssituationen)	→ Kinder und Jugendliche, deren Schutz vor Gefahr durch die Eltern nicht sichergestellt ist
<b>Risikobegriff</b>	→ Belastende Lebenslagen (z.B. Krankheit, Sucht, Armut) als → theoriebasierte Risikozuschreibung für mögliche defizitäre Entwicklungen von Kindern (Screening)	→ Gewichtige Anhaltspunkte für die Gefahr einer konkreten, erheblichen Schädigung des Kindes, → Grundlage: Ereignisbasierte Risiko- und Gefahrenabschätzung
<b>Handlungs-auslöser</b>	→ Geburt eines Kindes → Beratungsbedarf von Eltern → erste Signale für misslingende Erziehungsprozesse	→ „gewichtige Anhaltspunkte“ (§ 8a SGB VIII) für eine Kindeswohlgefährdung
<b>Handlungs-zeitpunkt</b>	→ Während der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren → Als Einstieg in Hilfeprozesse	→ Bei Überschreitung der Gefährdungsschwelle → bei Verweigerung von Hilfen
<b>Fachlicher Ansatzpunkt</b>	→ Gewährleistung einer niedrigschwelligen Hilfe-Infrastruktur → Angebot von alltagsorientierten Hilfen	→ Sicherung von geeigneten Interventionsstrukturen (Inobhutnahme, Vormundschaften) im Gefährdungsfall

*„Die Akteure der Frühen Hilfen müssen verbindliche Beziehungen eingehen, in denen Aufgaben und Grenzen der jeweiligen Profession kommuniziert und verhandelt werden.“*

*„Bestehende Strukturen aus dem Arbeitsfeld der Frühen Hilfen mit unterschiedlichsten Rahmenbedingungen und Fragestellungen, die teilweise in Konkurrenz zueinander stehen, brauchen einen gemeinsamen Nenner, es müssen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.“*

*Elsbeth Hoeck, Netzwerkkoordinatorin Frühe Hilfen, Kinderschutz-Zentrum Lübeck,*

gemeinhin auf einen Fall oder auf die Lösung eines Problems. Sie ist daher zeitlich begrenzt. Sie basiert auf vorher zwischen den Beteiligten vereinbarten Zielen und läuft nach vorher zwischen den Beteiligten ausgehandelten Regeln. Sie erfordert eine klare Aufgaben- und Rollenteilung und muss – wenn sie funktionieren soll – verbindlich und zuverlässig sein. Beide Handlungsmodalitäten sollten nicht durcheinander geworfen werden. In Diskussionen sollte man immer wissen, auf welcher Ebene man sich gerade befindet.

Kooperation und Vernetzung sind nicht voraussetzungslos. Sie erfordern, dass die daran beteiligten jeweils ein Mandat ihrer Organisationen haben, sich in ihrem Namen hier verbindlich einbringen können bzw. dürfen, und die entsprechenden Rahmenbedingungen für Vernetzung sichergestellt sind.

**Auf dem Weg zu interdisziplinärer Kompetenz – wie Frühe Hilfen gelingen!**

Damit Frühe Hilfen gelingen, sind Fachkräfte des Gesund-

heitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe aufgefordert, eng zusammenzuarbeiten und ihre Arbeitsansätze zu verzahnen. Vollerorts haben sich Kooperationen zwischen Einrichtungen, Diensten und Angeboten der Kinder – und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens entwickelt und sind Netzwerke entstanden, die diese Zusammenarbeit auf den Weg bringen sollen.

Alle Akteure in den Frühen Hilfen müssen sich ihrer jeweiligen Rolle im Kontext der Frühen Hilfen bewusst sein. Das Bundeskinderschutzgesetz und einige Landesgesetze zum Kinderschutz stellen hier hohe Ansprüche an das Verfahren und an Fachkräfte außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe. Die alles umfassende Chiffre „Kinderschutz“, eine damit oftmals einhergehende Orientierung am „worst case“ und die mit diesem Begriff verbundenen, sehr unterschiedlichen Bedeutungszuschreibungen verhindern

oft eine klare Orientierung und Verständigung der handelnden Akteure im Sinne früher Hilfe und Förderung. Die größte Herausforderung besteht darin, inhaltlich fachliche (Brücken-)Konzepte „zwischen den Disziplinen“ stetig kreativ (weiter) zu entwickeln, um gelingendes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen. Auch über inhaltlich nicht immer kongruente Vorstellungen zu dem, was zu einem gelingenden Aufwachsen trotz widriger Umstände beitragen kann, gilt es sich zu verständigen und aufeinander zuzubewegen. Interdisziplinäre Kompetenzen sind die Voraussetzung dafür, dass die Idee der Frühen Hilfen in der jeweiligen örtlichen Praxis einen fruchtbaren Boden vorfindet und stellen die künftige Herausforderung zur Professionalisierung des Arbeitsfeldes dar.

*Renate Geuecke, Stefan Heinitz, Reinhold Schone, Erika Sievers*

**TRINKWASSER-INSTALLATION**

Beispiel unserer Leistungen: Die erste **Gefährdungsanalyse** überhaupt! Im Jahr 1987 von uns gemeinsam mit dem Aachener Klinikum erfolgreich durchgeführt!



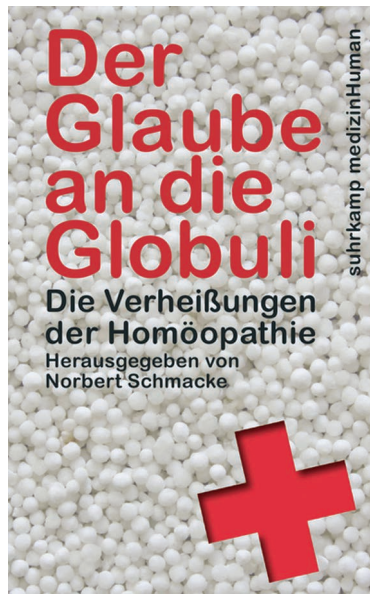
**KRYSCHI**  
WASSERHYGIENE

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

## Das Mysterium der weißen Kügelchen

Der Gesundheitswissenschaftler Norbert Schmacke, Professor am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen, hat ein Buch herausgegeben, das sich differenziert mit verschiedenen Behandlungsverfahren der sogenannten Alternativmedizin auseinandersetzt. Mit solchen Verfahren sind auch die Gesundheitsämter immer wieder befasst. Vielen Lesern wird Norbert Schmacke ebenfalls bekannt sein als ehemaliger Leiter der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf.

Der Band versammelt fünf Aufsätze, die weniger durch Homöopathie-Kritik als durch die Frage nach einer guten Medizin zusammengehalten werden. Der erste Beitrag ist ein medizinhistorischer Rückblick von Uwe Heyl auf den Magnetismus Mesmers Ende des 18. Jahrhunderts – der Zeit übrigens, in der auch die Homöopathie ihre Wurzeln hat. Heyl arbeitet die besondere Relevanz des Vertrauens in die Alternativmedizin für den subjektiv wahrgenommenen Behandlungserfolg heraus. Für Heyl ist die Alternativmedizin vor allem „Bedeutungsmedizin“, erst daraus erschließe sich der Stellenwert der therapeutischen Rituale, über die sich dann Patienten wie Therapeuten gleichermaßen täuschen,



wenn sie Wirkungen zum Beispiel an den Globuli festmachen.

Im zweiten Aufsatz diskutiert Norbert Schmacke am Beispiel der Homöopathie die rechtliche Sonderstellung der „besonderen Therapierichtungen“. Während in der Medizin wissenschaftlich anerkannte Wirksamkeitsnachweise gefordert werden, gilt für die besonderen Therapierichtungen der „Binnenkonsens“, im Prinzip reicht Einigkeit unter den Anhängern der jeweiligen Therapierichtung. Therapien können aber nicht als bewährt gelten, nur weil sie in bestimmten Kreisen seit langer Zeit oder häufig angewandt werden. Der dritte Beitrag, von Edzard Ernst und Norbert Schmacke, ergänzt diese Kritik am Beispiel der Anthroposophischen Medizin und ihrer Misteltherapie zur Behandlung von Krebs.

Daran anschließend gehen Martin Härter, Jörg Dirmaier und Norbert Schmacke auf das Thema Patientenorientierung ein, zum Beispiel was Patientenaufklärung

und partizipative Entscheidungsfindung angeht. Die Autoren sehen gerade hier gravierende Defizite in der Alternativmedizin und ein Verharren in paternalistischen Arzt-Patientenbeziehungen: So kritisch die Patienten der „Schulmedizin“ gegenüber sind, so unkritisch sind sie gegenüber der Alternativmedizin.

Der letzte Beitrag, von Trisha Greenhalgh, Jeremy Howick und Neal Maskrey, reflektiert Vereinseitigungen der evidenzbasierten Medizin und plädiert für eine Rückbesinnung auf deren Grundlagen: Orientierung am individuellen Patienten, Suche nach der bestmöglichen Entscheidung statt schematische Regeln und die Einbeziehung der Patienten.

Die Autoren führen erfreulicherweise keinen polemischen Kreuzzug gegen die Alternativmedizin, sondern argumentieren sachlich gegen die rechtliche Sonderstellung der besonderen Therapierichtung und für eine patientenorientierte Weiterentwicklung der Medizin, mit einer klaren Kernbotschaft: Wer eine Medizin will, die möglichst frei von systematischen Irrtümern, überholten Traditionen und wirtschaftlichen Interessen ist, muss mit der doppelten Messlatte bei der Bewertung von Therapien aufhören.

Joseph Kuhn

Joseph.Kuhn@lgl.bayern.de

Leicht veränderter Erstabdruck u.d.T.:  
Alternativmedizin: Sachliche Argumentation.  
In: Dt. Ärztebl. 112 (2015) 49, S. A 2100

Schmacke, Norbert (Hrsg.)  
**Der Glaube an die Globuli.** Die Verheißungen der Homöopathie.  
Berlin: Suhrkamp Verlag 2015,  
244 S., 14,00 EUR  
(medizinHuman, Bd. 16)  
ISBN 978-3-518-46639-1

## Zwischen Kommen und Bleiben



nicht den Anspruch einer kompletten Bearbeitung des Themas. Es will mit den vorliegenden Beiträgen berühren, zum Nachdenken anregen, zum Überdenken des eigenen Standpunktes beitragen und mitunter auch zu neuen Betrachtungsweisen führen.

Biakowski, André; Halotta, Martin; Schöne, Thilo (Hrsg.)  
**Zwischen Kommen und Bleiben:**  
Ein gesellschaftlicher Querschnitt zur Flüchtlingspolitik. Friedrich-Ebert-Stiftung, FES, (Hrsg.)  
Berlin: FES 2016, 323 S.  
ISBN 978-3-95861-552-6  
Als Buch bestellen:  
forum.aj@fes.de  
Zum Download unter:  
<https://www.fes.de>

## Neue Bücher

Rebscher, Herbert; Kaufmann, Stefan (Hrsg.)  
**Präventionsmanagement in Gesundheitssystemen.**  
Heidelberg: medhochzwei Verlag 2016, 450 S., 69,99 EUR  
(Gesundheitsmarkt in der Praxis)  
ISBN 978-3-86216-295-6

Pohlmann, Stefan (Hrsg.)  
**Alter und Prävention.**  
Heidelberg, Berlin: Springer Verlag 2016, 308 S., 39,99 EUR  
ISBN 978-3-658-11990-4

Jacobs, Klaus; Kuhlmeier, Adelheid; Greß, Stefan et al. (Hrsg.)  
**Pflege-Report 2016.** Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus.  
Stuttgart: Schattauer Verlag 2016, 364 S., 54,99 EUR  
ISBN 978-3-7945-3175-2

Tagay, Sefik; Schlottbohm, Ellen; Lindner, Marion  
**Posttraumatische Belastungsstörung.** Diagnostik, Therapie und Prävention  
Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2016, 209 S., 39,00 EUR  
ISBN 978-3-17-026068-9

Ludwig Bilz, Ludwig u.a. (Hrsg.)  
**Schule und Gesundheit.**  
Frankfurt/M.: Beltz Juventa Verlag 2016, 316 S., 39,95 EUR  
(Gesundheitsforschung)  
ISBN 978-3-7799-1991-9

Clements, Bruce W.; Casani, Julie  
**Disasters and Public Health.** Planning and Response.  
2. ed.  
Oxford: Elsevier Publishing 2016,  
538 S., 79,99 EUR  
ISBN 978-0-12-801980-1

## Bessere Gesundheit durch Bäume pflanzen?

Wirkt sich die Teilnahme an Aktivitäten zum Schutz und zur Verbesserung der Umwelt nicht nur auf die natürliche und gebaute Umwelt, sondern auch positiv auf unsere Gesundheit aus? Dieser Frage geht eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit der Cochrane Collaboration nach.

Jan Stratil vom Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie der Ludwig-Maximilians-Universität München hat die Ergebnisse für den „Blickpunkt“ zusammengefasst:

Der Gedankenansatz hinter dieser Frage ist, dass das ehrenamtliche Engagement im Umweltschutz (z. B. das Anlegen von Grünanlagen, die Waldpflege oder Strandreinigung sowie weitere ähnliche Aktivitäten) sich über eine Reihe von Wirkmechanismen möglicherweise positiv auf die Gesundheit auswirken kann. Diskutiert werden u. a. die körperliche Aktivität selbst, Stressabbau, das Entstehen sozialer Kontakte und eine intensivere Naturerfahrung. Eine methodische Besonderheit dieser Übersichtsarbeit ist, dass nicht ausschließlich „starke“

Studiendesigns (u. a. randomisiert kontrollierte Studien), sondern auch „schwächere“ Studiendesigns (z. B. unkontrollierte Vorher-Nachher-Studien) sowie qualitative Studien berücksichtigt worden sind.

Um passende Literatur zu identifizieren, führte das Autorenteam eine Suche in 25 Datenbanken durch und kontaktierte 250 in diesem Bereich engagierte Organisationen. In einer ersten Phase wurden über 21.500 Publikationen gefunden, von denen auf Basis von vorher definierten Ein- und Ausschlusskriterien 19 Studien mit insgesamt etwa 3.600 Teilnehmenden in die Übersichtsarbeit eingeschlossen wurden: Sieben rein quantitative Studien, neun qualitative Studien und drei Studien mit qualitativen und quantitativen Anteilen.

Bei der gefundenen Literatur zeigten sich große Unterschiede, unter anderem in Art und Qualität der Studien, den durchgeführten Aktivitäten, aber auch der Anzahl der Teilnehmenden und deren Hintergrund. Auch wurde oft nicht ausreichend detailliert berichtet, da viele Studien primär

## Internet-Tipp

[www.initiative-mikroplastik.de](http://www.initiative-mikroplastik.de)

Die sogenannte Mikroplastik, Plastikpartikel, deren Durchmesser kleiner als 5 mm ist, gelangt über das Abwasser in die Gewässer und verteilt sich dort. Selbst im Trinkwasser wurden kleinste Kunststoffpartikel nachgewiesen. Dies stellt somit auch die Kläranlagen vor eine besondere Herausforderung. Mehr über die Problematik der Mikroplastik unter: [www.initiative-mikroplastik.de](http://www.initiative-mikroplastik.de)

als Projektevaluationen für Geldgeber und nicht als wissenschaftliche Arbeit angelegt waren.

Während sich in der Mehrheit der quantitativen Studien keine positiven gesundheitlichen Auswirkungen durch die Teilnahme nachweisen ließen, beschrieben sechs quantitative Studien diese für zumindest einzelne untersuchte Aspekte, u.a. bezüglich seelischer und emotionaler Gesundheit sowie einer Verbesserung der Lebensqualität.

In zwei quantitativen Studien traten allerdings auch unerwünschte Wirkungen auf: So wurde eine Zunahme von Angstsymptomen und psychischem Stress bei Teilnehmenden, die an psychischen Erkrankungen litten, berichtet. Die Synthese der qualitativen Ergebnisse ergab dagegen eine Reihe positiver Erfahrungen bei den Befragten, u. a. in Bezug auf das seelische Wohlbefinden, die sozialen Kontakte, das eigene Wissen oder die eigene Spiritualität. Negative Erfahrungen wurden in den qualitativen Studien keine beschrieben.

Die Autorinnen und Autoren schlussfolgerten, dass trotz der

positiven Einsichten aus qualitativen Studien, sich aus der Gesamtevidenz bisher keine gesicherten Erkenntnisse ableiten lassen. Unter anderem auf Basis der qualitativen Ergebnisse entwarf das Expertenteam ein Konzept, das beschreibt, wie Menschen, die aktiv zum Schutz und zur Verbesserung der Umwelt beitragen, profitieren könnten. Dieses Konzept kann als Grundlage für zukünftige Forschungsarbeiten zu diesem Thema dienen.

Jan Stratil

[jan.stratil@gmx.net](mailto:jan.stratil@gmx.net)

Husk, Kerry; Lovell, Rebecca; Cooper, Chris et al.  
**Participation in environmental enhancement and conservation activities for health and well-being in adults: a review of quantitative and qualitative evidence.**

Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 5, No.: CD010351, 255 p.

Download unter:  
[www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)

## Gesundheit – ein vielschichtiger Begriff

„In der Ethik wird (...) analytisch die Frage nach dem richtigen und guten Handeln sowie nach gerechten sozialen Strukturen erörtert“, heißt es in der Einleitung. In dem vorliegenden Sammelband „Ethik in den Gesundheitswissenschaften“ setzen sich mehrere Autoren und Autorinnen aus unterschiedlichen fachlichen Perspektiven mit der Thematik auseinander.

Der erste Teil des Buches beschäftigt sich mit den Grundlagen zur Ethik. Themen sind z. B.: Die Historie des Ethischen Denkens in Public Health; Moral, Ethik und Recht; Gerechte Gesundheit; Ethik staatlichen Handelns; Gesundheitsökonomie und Ethik. Im zweiten anwendungsbezogenen Teil geht es um zahlreiche Beispiele aus Forschung und Praxis. Hier sind zu nennen: Impfprogramme, Adipositasprävention, Nichtrauchererschutz, Gesundes Altern, Gesundheitsberichterstattung, Interessenkonflikte u.a.

Die Spannweite der Themen macht eindrücklich deutlich, wie mannigfaltig die ethischen Ansätze, Konzepte und Herangehensweisen innerhalb der Gesundheitswissenschaften sind.

Sehr lesenswert ist der Beitrag von Manfred Wildner und Herbert Zöllner „Ethik staatlichen Handelns im Dienst der Bevölkerungsgesundheit“. Die Auto-



ren stellen die ärztliche Ethik im Bereich der Individualmedizin der medizinischen Ethik in der Bevölkerungsgesundheit/Bevölkerungsmedizin gegenüber und kommen zu dem Schluss, dass die Reichweite und Folgeschwere staatlichen Handelns eine besondere Begründungspflicht und Sorgfalt bedingt. „Staatliches Handeln im Dienst der Bevölkerungsgesundheit“, so schreiben die Autoren, „bedarf einer eigenen Ethik“. Diese reiche über die individualmedizinischen ethischen Prinzipien entscheidend hinaus.

Aus der jüngsten deutschen Geschichte wissen wir, dass es auch zu einem Verlust an ethischen Maßstäben in der Medizin kommen kann. In den letzten Jahren hat der ÖGD verstärkt eine geschichtliche Aufarbeitung seiner Rolle in der NS-Zeit angestrebt. Im Jahr 2012 gründete der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD) eine Arbeitsgruppe unter dem Titel „Der Öffentliche Gesundheitsdienst in der Zeit des Nationalsozialismus“, die seit 2015 als Forschungsprojekt gemeinsam mit dem Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin der Charité in Berlin weitergeführt wird und mit finanziellen Mitteln des Bundesgesundheitsministeriums und des Landes Baden-Württemberg gefördert wird.

Die Fortschritte in der modernen Medizin, die Komplexität des Gesundheitssystems, Bereiche wie die Palliativmedizin, die Organtransplantation, die Pränataldiagnostik, die Reproduktionsmedizin, aber auch die Versorgung illegaler Migranten, die Impfdebatte oder Fragen der Begutachtung z. B., stellen auch die Beschäftigten im Öffentlichen Gesundheitsdienst immer wieder vor ethische Herausforderungen.

Die vorliegende Neuerscheinung zeigt anhand zahlreicher Beispiele, wo sich ethische Konflikte und Entscheidungsschwierigkeiten ergeben können. Gesundheit ist ein vielschichtiger Begriff, in dem ein moralischer Kern steckt, heißt es in dem vorliegenden lesenswerten Buch, das deutlich macht, wie komplex die ethischen Fragen und Probleme innerhalb der gesamten Gesundheitswissenschaften sind und wie notwendig die Beschäftigung damit ist.

Petra Münstedt

Schröder-Bäck, Peter und Kuhn, Joseph (Hrsg.)  
**Ethik in den Gesundheitswissenschaften.** Eine Einführung. Weinheim: Beltz Juventa 2016, 432 S., 39,95 EUR (Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften) ISBN 978-3-7799-1577-5

## Internet-Tipp

### Arbeiten mit Flüchtlingsfamilien

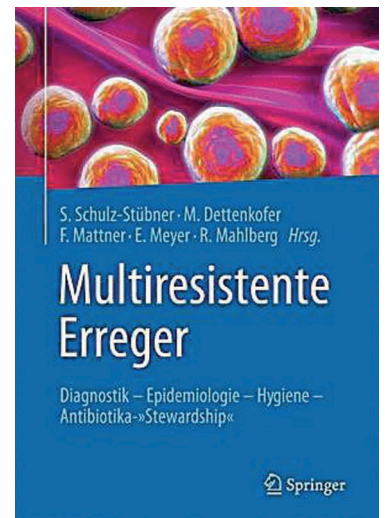
Auf den Seiten [www.kindergesundheit-info.de](http://www.kindergesundheit-info.de) stehen eine Vielzahl von Informationen zur Gesundheit von Flüchtlingsfamilien zur Verfügung. Sie sind übersichtlich nach Themen sortiert und wenden sich an Ärzte und Ärztinnen, medizinische Fachkräfte, Kita-Fachkräfte, Familien-/Hebammen, und ehrenamtliche Helfer. Bei der gesundheitlichen Versorgung der Kinder von Flüchtlingen helfen leicht verständliche Infoblätter und Broschüren mit Bildern, jeweils in mehreren Sprachen – auch zur Weitergabe an die Eltern. Zu den Themen gehören z. B. Krankes Kind, Ernährung, Zahngesundheit, Impfen, Entwicklung des Kindes, Kindertagesstätten u.a. Alle Hefte, Info-Blätter und Broschüren stehen kostenlos zum Download bereit. Die Auswahl der Materialien wird laufend erweitert und aktuell überarbeitet.

## Problem: Antibiotika Resistenz

Multiresistente Bakterien (MRE) sind in besonderem Maße resistent gegen eine Vielzahl von Antibiotika und fordern die Krankenhäuser in der Patientenversorgung und in der Infektionsbekämpfung durch ein funktionierendes Hygienemanagement heraus. Aber nicht nur die Kliniken, sondern sämtliche Einrichtungen des Gesundheitswesens (z. B. Alten- und Pflegeheime, ambulante Pflegedienste, Praxen, Transportdienste) und Beschäftigte verschiedener Gesundheitsberufe werden mit dem Problem MRE konfrontiert.

Das Auftreten von MRE-Erregern steht immer wieder im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses. Inzwischen sind zahlreiche MRE-Netzwerke entstanden, die durch eine wichtige Zusammenarbeit der beteiligten Stellen zu einer verbesserten Versorgung der betroffenen Patienten führen und durch gezielte Präventionsmaßnahmen eine Verringerung der Weiterverbreitung erreichen. Die regionalen MRE-Netzwerke werden in der Regel durch den öffentlichen Gesundheitsdienst koordiniert und organisiert.

Die vorliegende Neuerscheinung „Multiresistente Erreger“ aus dem Springer Verlag gibt einen Überblick über die wesentlichen, wissenschaftlichen Fakten zu diesem Thema und die krankenhaushygienischen Maßnahmen. Die Kapitel im Einzelnen sind: Geschichtliche Entwicklung und Public Health Aspekte; MRSA-Infektionen, Vancomycinresistente Enterokokken; Mul-



ti-resistente gramnegative Erreger; Tuberkulose; Prävention der Resistenzentwicklung in Krankenhaus, Arztpraxen und in der Veterinärmedizin. Auch auf die psychologischen Aspekte im Umgang mit Patienten, Angehörigen, medizinischem Personal und der Öffentlichkeit bei Infektionen durch MRE wird eingegangen. Für Beschäftigte in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens, die an der Versorgung von Patienten mit MRE verantwortlich beteiligt sind, ist dieses Buch lesenswert.

Petra Münstedt

Schulz-Stübner, Sebastian u.a. (Hrsg.)  
**Multiresistente Erreger.** Diagnostik – Epidemiologie – Hygiene – Antibiotika – „Stewardship“. Heidelberg, Berlin: Springer Verlag 2016, 104 S., 39,99 EUR ISBN 978-3-662-48068-7

## Flüchtlingsrecht

„Politisch Verfolgte genießen Asylrecht“, heißt es in Artikel 16a Absatz 1 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland. Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. hat soeben eine Gesetzessammlung zum Thema „Flüchtlingsrecht“ herausgegeben, die auf 679 Seiten alle relevanten Rechtsgrundlagen für die Einreise und den Aufenthalt von Flüchtlingen aus Kriegs- und Armutsgebieten enthält. Daneben sind auch Auszüge aus dem Grundgesetz und aus einzelnen Sozialgesetzbüchern aufgeführt, die im Zusammenhang mit dem Asyl- und Aufenthaltsrecht stehen. Die rechtliche Situation von Flüchtlingen in Deutschland stellt sich komplex dar. Im Jahr 2015 ist eine Vielzahl von neuen Gesetzen in Kraft getreten, die z. B. das gesamte Aufenthaltsrecht, den Zugang zum Asylverfahren und zu Schule und Ausbildung, sowie das Aufnahmesystem und die Ausweisung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen betreffen. Weitere Gesetze und Gesetzesänderung sind von der Bundesregierung geplant. Die Vorschriften in dem vorliegenden Buch sind auf dem Stand des sogenannten Asylpaketes II, das am 17. März 2016 in Kraft getreten ist. Zum besseren Verständnis der Flüchtlingspolitik und des Flüchtlingsrechts wurde den Rechtsgrundlagen eine informative und gut lesbare Einführung vorangestellt, die von Elke Tief-



ler-Marenda vom Deutschen Caritasverband verfasst wurde. In die vorliegende handliche Textsammlung wurden alle erforderlichen Gesetzestexte im Bereich des Ausländer-, Migrations- und Flüchtlingsrecht aufgenommen. Alles in allem ein empfehlenswertes, hilfreiches Taschenbuch, das einen schnellen Überblick über das Flüchtlingsrecht verschafft.

Petra Münstedt

**Flüchtlingsrecht.** Herausgegeben vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. Freiburg: Lambertus Verlag 2016, 676 S., 15,90 EUR (Textausgaben zum Sozialrecht, 11) ISBN 978-3-7841-2783-5

# Lust auf Meer?\*

**Die Software für Ihr Gesundheitsamt!**

\*Dann buchen Sie eine kostenlose und unverbindliche Präsentation bei uns in Kiel an der Ostsee.

Unser Tipp: Pflegegutachten mit GUMAX erstellen!

**software.house informationstechnik AG**  
 Niemannsweg 18 · 24105 Kiel  
 Telefon 0431/57027-0 · Fax 57027-50  
 e-Mail [GUMAX@software-house.de](mailto:GUMAX@software-house.de)  
 Internet [www.software-house.de](http://www.software-house.de)

## Früher war nicht alles besser, aber einfacher – Aktuelles aus der Lebensmittelüberwachung

Wenn Menschen vor einem halben Jahrhundert in Kantinen, Krankenhausküchen oder Schulküchen gegessen haben, dann war das fast immer lecker und niemand ist dadurch erkrankt. Eine ganze Zunft hat über Generationen ihr Wissen über die Zubereitung und Sauberkeit, die Anforderungen des Kochens, weitergeben. Die Technik und die Ausstattung waren einfach. Heute können ausgefeilte technische Lösungen für die Lagerung, die Zubereitung und den Transport von Essen jederzeit von jedermann genutzt werden. Angespornt durch Fernsehshows, Internet Kurse oder das schnelle Geschäft mit dem Foodtruck glauben viele aus dem Stand zum Gastronomen werden zu können. Aber die Kompetenz Speisen so herzustellen, dass niemand krank wird, schwindet während die gesetzlichen Anforderungen an Gastronomen immer anspruchsvoller werden. Was heißt das für die traditionell überlieferten Produktionsweisen von Speisen und wie sieht es in der Praxis der Lebensmittelunternehmen aus?

In Deutschland sind Döner, Pizza, Pommes und Ente süß-sauer aus der gastronomischen Vielfalt nicht mehr wegzudenken. Ein ähnlich vielfältiges Bild flimmert den Zuschauern der vorabendlichen Kochsendungen der Privatsender entgegen. Sterneköche beraten ehemalige Kosmetikerinnen, Manager oder Versicherungsverkäufer, wie sie ihr schlecht gehendes Restaurant vor dem Bankrott bewahren können. Dem Zuschauer wird suggeriert, dass mit einer Änderung der Gerichte und der Inneneinrichtung jeder ein Starkoch werden kann.

Aber es reicht nicht nur, dass es schmeckt oder dass Lebensmittel natürlich, gesund, nachhaltig,

„aus der Region“, vegetarisch oder sogar vegan sind. Sicherer Umgang mit Bedarfsgegenständen wie Schüsseln, Töpfen und Verpackungen, die alle lebensmiteltauglich sein müssen, wird vorausgesetzt. Und darüber hinaus sind Lebensmittelunternehmer auf allen Produktions-, Verarbeitungs- und Vertriebsstufen für die Sicherheit ihrer Produkte verantwortlich. Dazu gehören nicht nur die Unbedenklichkeit der hergestellten Produkte, sondern auch Kennzeichnungspflichten, wie beispielsweise Zusatzstoff- und Allergen Kennzeichnung.

Um unbedenkliche Lebensmittel zu gewährleisten, wird erwartet, dass Lebensmittelunternehmer

heute Risikoanalysen nach dem sogenannten Null-Fehler-Konzept (Hazard Analysis Critical Control Point, HACCP-Grundsätze) durchführen.

Und schlussendlich sollen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Kontakt mit Kunden lächeln, denn Lebensmittelverarbeitung und Gastronomie soll Freude machen.

Die Praxis sieht anders aus. Oftmals sind vorab gelernte Berufe von „selbstberufenen Lebensmittelunternehmern“ nicht ausreichend geeignet, um sicherzustellen, dass diese in gastronomischen Betrieben notwendiges lebensmittelsicheres Handeln umsetzen können, erforderliche Verantwortung verinnerlicht haben oder Mindestanforderungen zur Gesundheitsgefahrenabwehr erfüllen.

Anders gesagt, oft sind die Anforderungen durch verwendete Lebensmittel und Produktionsprozesse zu komplex, und die Lebensmittelunternehmer haben sich häufig nicht ausreichend damit auseinandergesetzt.

Was sich häufig in einem politischen Wunsch nach mehr Ernährungskompetenz in unserer Gesellschaft widerspiegelt, ist heute ohne eine fundierte Ausbildung, oder zumindest durch regelmäßige sachdienliche Schulungen von Lebensmittelunternehmern, nicht mehr zu erreichen.

In §4 der Lebensmittelhygiene-Verordnung (LMHV) ist gesetzlich geregelt, dass im Lebensmittelbereich „ausgebildete Personen“ von einer Schulungsverpflichtung ausgenommen sind. Für alle anderen, die leicht verderbliche Lebensmittel herstellen, behandeln oder in den Verkehr bringen, sind Schulungen zu den 10 Themenkomplexen der LMHV Anlage 1 verpflichtend (mehr hier: <https://goo.gl/v4wjQt>).

Die 10 Themenkomplexe beschreiben Inhalte, die Unterricht über Tage füllen könnten und müssten, um fundiertes Wissen und Handlungskompetenz zu vermitteln. Teilweise werden dazu Schulungen von Industrie- und Handelskammern und einigen privaten Lehrinstituten angeboten. Folge-Schulungen oder Auffrischungen des Wissens sind im Lebensmittelrecht nicht vorgesehen.

Allerdings sind diese Lehrgänge weder inhaltlich noch vom zeitlichen Umfang vergleichbar. Angebote reichen von 1,5 Stunden



Foto: Frank Döblitz

Lebensmittelunternehmen im Sinne der Rechtsprechung sind in Deutschland sämtliche Unternehmen, die eine mit der Produktion, der Verarbeitung und dem Vertrieb von Lebensmitteln zusammenhängende Tätigkeit ausführen. Diese Zuordnung ist davon unabhängig, ob sie auf Gewinnerzielung ausgerichtet sind oder nicht, und ob sie öffentliche oder private Unternehmen sind.

Zusätzlich zu relevantem Basiswissen für ein lebensmittelsicheres Handeln müssen sie über ihren Betrieb wissen, wie er funktioniert und was konkret im Betrieb zu tun ist. Aufgrund Ihrer Tätigkeiten sollten sie Experten in ihrem Bereich sein.

Diese Lebensmittelunternehmer haben die volle Verantwortung für die Sicherheit ihrer Produkte und die Verpflichtung, die lebensmittelrechtlichen Anforderungen in ihren Betrieben zu erfüllen.

bis zu 2 Tagen, werden nicht bundesweit flächendeckend angeboten und Überprüfungen des Wissens sind nicht gesetzlich geregelt. Auffallend ist, dass sich bundesweit die Entwicklung der Teilnehmerzahlen an den §4 LMHV-Schulungen in keiner Weise mit der Zahl der neu registrierten Lebensmittelunternehmen deckt. Das ist die eine Seite.

Die andere Seite betrifft die schwierige Situation der Behörden, die in ihrem Anmeldeverfahren oder in Beratungsgesprächen die gesetzlich vorgeschriebenen Schulungen nicht gleich mit einfordern.

Die Inhalte und Qualität der Schulungen von Lebensmittelunternehmern und Lebensmittelunternehmerinnen muss dringend verbessert werden. Um Sicherheit bei der Lebensmittelproduktion, -verarbeitung und dem -vertrieb zu verwirklichen, müssen Schulungsinhalte einfach und verständlich, qualitätsgesichert sowie nachhaltig und handlungsorientiert vermittelt werden. Die Aufgabe der Überwachung ist, dass die vermittelten Inhalte in der Praxis ankommen und die vorgeschriebenen Schulungsverpflichtungen auch wahrgenommen werden.

Gemeinsam mit den Verantwortlichen für die Ausbildungsinhalte trägt die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen zu einer Harmonisierung der Ausbildung von Lebensmittelkontrollleurinnen und -kontrolleure in den unterschiedlichen Bundesländern bei.

Auch zukünftig sollte eine Reise durch die Vielfalt der Küchen der Welt in Deutschland nicht nur ein schöner Gedanke sein, son-

dern lebensmittelhygienisch ein Genuss. Die Qualität und Sicherheit in der Lebensmittelhygiene ist dabei essentiell. Eine bundesweite Vereinheitlichung der vielfältigen Tätigkeiten in der Lebensmittelüberwachung kann diese nur verbessern. Es darf nicht sein, dass sich Verbraucherinnen und Verbraucher auf einer kulinarischen Reise durch die Republik allein auf ihre Sinneseindrücke verlassen müssen. Das Wissen rund um die Lebensmittelhygiene und -produktion muss gefördert werden, bundesweit.

Frank Döblitz

### OctoWare® TN Gesundheit

#### Modulares Softwaresystem für den öffentlichen Gesundheitsdienst



Asylbewerber-Erstaufnahme **NEU**  
 Amts- und Vertrauensärztlicher Dienst  
 Betriebsmedizinischer Dienst



Trinkwasser  
 Beckenbäder und Badegewässer  
 Kommunalhygiene  
 Infektionsschutz  
 Tuberkulosebetreuung

Sozialpsychiatrischer Dienst  
 Psychosoziale Tumorberatung  
 STD-Beratung



Behörden und Gesundheitszeugnisse  
 Medizinalaufsicht  
 Mortalitätsstatistik mit XPersonenstand-Schnittstelle **NEU**



Kinder- und Jugendgesundheitsdienst  
 Zahnärztlicher Dienst  
 Schutzimpfungen



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

es easy-soft  
 SOFTWARE AUS DRESDEN

### 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:**  
 Dr. Ute Teichert (v. i. S. d. P.),  
 E-Mail: teichert@akademie-oegw.de  
 Dr. Peter Tinnemann  
 E-Mail: tinnemann@akademie-oegw.de  
 Petra Münstedt  
 E-Mail: muenstedt@akademie-oegw.de

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

**Anzeigen**  
 Franziska Müller

**Druck:** Griebisch & Rochol Druck, Hamm  
 Auflage: 4300, Ausgabe: Dezember 2016  
 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 nächste Ausgabe ist der 31. Januar 2017**  
 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**