

Blickpunkt öffentliche Gesundheit

Herausgeber: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

RKI und ÖGD:
Gemeinsame Wurzeln,
gemeinsame Zukunft

Seite 3

Take Five – wie aus 3 Pflegestufen
5 Pflegegrade werden

Seite 4/5

Personalstruktur
an den Gesundheitsämtern
in Deutschland

Seite 8

GMK 2016 in Warnemünde fordert neue Perspektiven für den ÖGD

Auf ihrer diesjährigen Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in Warnemünde forderten die 16 Länderminister und -senatoren, die Perspektiven für den ÖGD neu zu bestimmen und auf allen politischen Ebenen die Grundlagen für die Gewinnung qualifizierter, motivierter Fachkräfte zu verbessern.

Die Hansestadt Rostock wirbt mit dem Seebad Warnemünde als einem beliebten Ort zum Heiraten an der Ostsee. Vor maritimem Flair hat Birgit Hesse (SPD), Sozialministerin von Mecklenburg-Vorpommern und Vorsitzende der diesjährigen Fachministerkonferenz die amtierenden Gesundheitsminister und -senatoren der Bundesländer an den breiten weißen Sandstrand in das Hotel Neptun eingeladen. Auf der Agenda standen insbesondere die Perspektiven des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) zu diskutieren; aber auch andere für die Öffentliche Gesundheit wichtige Themen, wie die medizinische Versorgung von Flüchtlingen oder der „Masterplan Medizinstudium 2020“ wurden thematisiert. Wir gehen der Frage nach, ob es auf der GMK zu einer Liebeshochzeit kam oder zu Seemannsgarn?

„Der Öffentliche Gesundheitsdienst spielt in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung eine wichtige Rolle. Ob das bei den Schuluntersuchungen ist, bei der Impfung, in der Präventionsarbeit, bei der Hygienekontrolle oder der Gewässerkontrolle: Ohne den Öffentlichen Gesundheitsdienst ist unser Gesundheitssystem nicht denkbar.“

Birgit Hesse, Vorsitzende der GMK 2016

Die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten, sie kontinuierlich zu verbessern und diese vor neuen Gefahren zu schützen, sahen die Diskutanten als die Kernaufgaben des ÖGD. Aber durch Änderungen der Lebensumstände der Bevölkerung und der kommunalen Gesundheitsdienste ist die Öffentliche Gesundheit zunehmend beeinträchtigt. Anhaltende Probleme im ÖGD sind: die geringe Be-

reitstellung von Ressourcen und durch niedrige Bezahlung und unzureichende Personalkapazität demoralisierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Aber auch andere Bereiche wie beispielsweise die Forschung im Bereich der Öffentlichen Gesundheit hinken in der Ausrichtung und Unterstützung der Praxis hinterher.

ÖGD als professionelles Netzwerk

Sozialministerin Hesse betonte im Rahmen der GMK die unverzichtbare Rolle des ÖGD im Gesundheitswesen, die sich vom Gesundheitsschutz der Bevölkerung, der Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge bis zur Mitgestaltung und Mitwirkung bei der Gesundheitsversorgung erstreckt.

Insgesamt sieht die GMK den ÖGD im Gesundheitswesen als ein professionelles Netzwerk, das mit und in allen Gesundheitsbereichen von der Prävention und Gesundheitsförderung, dem Gesundheitsschutz bis zur Versorgung kooperativ und koordinierend tätig ist. Die Minister und Senatoren der Länder begrüßen die vielfältigen Maßnahmen zur Organisationsentwicklung und die Kooperationsmodelle sowie die effektive und effiziente Arbeit des ÖGD. Die GMK beauftragt daher die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), den weiteren Erfahrungsaustausch der Länder und der kommunalen Träger des ÖGD über Beispiele guter Praxis stetig zu befördern.

Der ÖGD kann und soll auch zukünftig bei der Planung und Gestaltung regionaler Versorgungskonzepte eine aktive Rolle spielen.

Dies gilt für ländliche Regionen und soziale Brennpunkte, die einerseits durch einen hohen Versorgungsbedarf und andererseits

durch Verknappung von Grundversorgungsanbietern geprägt sind.

ÖGD Leitbild und Nationale Strategie „Öffentliche Gesundheit“

Bei der Gesunderhaltung der Bevölkerung besonders gefordert ist der ÖGD heute z. B. durch Flüchtlingsbewegungen, demografischen Wandel und Globalisierung. Dazu stellt die GMK fest, dass der ÖGD ein modernes Leitbild benötigt, das alle Träger des ÖGD und die für den ÖGD engagierten Verbände und Institutionen gemeinsam diskutieren sollen. Die GMK machte deutlich, dass diese Rolle noch stärker gegenüber allen politischen Ebenen und den Akteuren der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen herauszustellen ist und sieht deshalb die Notwendigkeit, die Perspektiven für den ÖGD neu zu bestimmen und auf allen politischen Ebenen die Grundlagen für die Gewinnung qualifizierter, motivierter Fachkräfte zu verbessern.

Imageverbesserung und bessere Bezahlung

Ministerin Hesse geht es dabei auch darum, das Image der Amtsärztinnen und Amtsärzte zu verbessern, wobei sie deutlich betonte, dass dieses in erster Linie mit einer besseren Bezahlung von Amtsärzten einhergehen müsse, um die notwendige personelle Ausstattung im kommunalen ÖGD sicherstellen zu können. Die Debatte um die Bezahlung der im ÖGD tätigen Ärztinnen und Ärzte hält seit Jahren an. Es ist an der Zeit, das Thema auch auf andere Berufsgruppen im ÖGD, wie z.B. Sozialarbeiter und Hygieneinspektoren, auszudehnen.

Insgesamt ist es sicherlich notwendig, im Rahmen einer Diskussion zum Leitbild des ÖGD in Deutschland, zum Thema Öffent-



© Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern.

Ministerinnen und Minister der Gesundheitsministerkonferenz 2016

liche Gesundheit eine langfristige nationale Strategie zu entwickeln. Diese sollte auf internationalen Vereinbarungen aufbauen und

„Beim Hauptthema der Konferenz, der Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, sind wir ein gutes Stück vorangekommen.“

Birgit Hesse, Vorsitzende der GMK 2016

gemeinsam von den vielfältigen Akteuren in starker nationaler und internationaler Vernetzung umgesetzt werden. Die Etablierung konkreter politischer Routinen und Zielprogramme sollte dabei helfen, die Fortschritte in der Umsetzung kontinuierlich zu begleiten und zu bewerten. Ein wichtiges Ziel dieser Strategie sollte dabei sein, die Chancen auf eine lange Lebenszeit in guter Gesundheit für alle Menschen in Deutschland unabhängig von Region und sozialer Stellung zu verbessern.

Bildung und Forschung

Die GMK spricht sich für eine stärkere Verbindung des ÖGD mit der Wissenschaft sowohl in der Forschung als auch in der medizinischen Aus- und Weiterbildung aus. Sie schlägt vor, einen Forschungsschwerpunkt „Öffentliche Gesundheit“ strukturell an geeigneten Hochschulen zu verankern, um Forschung in diesem Themenfeld entsprechend den aktuellen nationalen und globalen Herausforderungen zu befördern. Bestehende Lehrstühle für

„Public Health“ sollten sich dabei stärker den operativen Themen des ÖGD annehmen.

Studierende der Medizin müssten bereits im Studium an die Themenfelder der Öffentlichen Gesundheit herangeführt werden. Die GMK fordert den Bund auf, in der Approbationsordnung für Ärzte das Thema „Öffentliche Gesundheit“ verpflichtend zu verankern. Medizinstudierende müssten schon im Studium durch eine bessere Zusammenarbeit von Lehre und Forschung an den ÖGD und das Berufsbild des Facharztes für Öffentliches Gesundheitswesen herangeführt werden.

Zur Heranbildung ärztlichen Nachwuchses für den ÖGD hält es die GMK für erforderlich, bei Landesämtern und Gesundheitsämtern über die regulären Stellenpläne hinaus Weiterbildungsstellen für Ärztinnen und Ärzte vorzuhalten. Sie begrüßt, dass mehrere Länder hier bereits Möglichkeiten ergriffen haben.

Die GMK sieht auch in Fakultäten von Medizinstudierenden im ÖGD eine gute Möglichkeit zur Personalgewinnung. Die Länder werden aufgefordert, dazu geeignete Instrumente zur Vermittlung zu entwickeln.

Personal- und Ressourcenmangel

Die zentralen Funktionen und die Leistungserbringung im Bereich Öffentliche Gesundheit erfordern eine multidisziplinäre und berufsübergreifende Ausbil-

Fortsetzung auf Seite 2

Die Akademie sagt Danke!

Nach 10 Jahren Redaktionsarbeit für den Blickpunkt übernimmt Ellen Steinbach nun neue Aufgaben in der Akademie. Wir möchten uns für ihr intensives Engagement bei der Gestaltung des Blickpunkts öffentliche Gesundheit herzlich bedanken. Mit ihrer Arbeit hat sie in vielfältiger Weise die Menschen im ÖGD inspiriert und in der täglichen Arbeit vor Ort unterstützt. Für die Leserschaft fand sie stets ein offenes Ohr und hat auch die externen Autorinnen und Autoren aufs Beste betreut. Darüber hinaus prägte Frau Steinbach redaktionelle Strukturen, die dazu beigetragen haben, dass Sie nun diese Ausgabe in Händen halten. In den letzten 3 Jahren wurde die Redaktion durch Miguel Tamayo tatkräftig unterstützt, auch ihm möchten wir unseren Dank aussprechen.

Ute Teichert/H. Lilly Graß

Hepatitis C – Neues Themenheft aus dem RKI

Aus dem RKI liegt ein aktuelles Themenheft zu einem Krankheitsbild vor, welches auch speziell im Aufgabenfeld der öffentlichen Gesundheitsdienste relevant ist. In bewährter Weise bietet auch diese Broschüre in kompakter Form auf 36 Seiten einen ak-

tuellen Überblick. Sie erhalten das Heft als download über die Homepage <https://www.rki.de>, oder Sie bestellen die Schrift über den Warenkorb. Wie immer ist die Homepage des RKI nicht nur zum Zwecke der Broschürenbestellung einen Besuch wert.

Nächstes Webinar am 5. Oktober 2016

Seit Januar 2015 ist diese Form des Wissens- und Erfahrungsaustausches als Kooperationsprojekt zwischen der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen und dem Robert-Koch-Institut am Start und wird sehr gut angenommen. Das nächste Webinar widmet sich dem Themenfeld **Infektionshygienische Überwachung von Altenheimen und im Rettungsdienst**. Sie können unmittelbar, sprich mit „Mikrofon-Recht“ am Seminar teilnehmen oder sich als zuhörende Teilnehmerinnen und Teilnehmer anmelden. Im ersten

Fall benötigen Sie ein Headset, im zweiten Fall schalten Sie sich zum Seminar dazu und können über eine E-Mail mit den Expertinnen und Experten sowie mit den anderen Teilnehmenden in Kontakt treten. Nutzen Sie die Chance ohne Reiseaktivitäten direkt am Arbeitsplatz in kurzer Zeit aktuelle Informationen zu erhalten und an interessanten Diskussionen teilzunehmen. Weitere Angaben – auch zur Anmeldung – finden Sie auf der Homepage der Akademie www.akademie-oegw.de.

Fortsetzung von Seite 1
dung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im ÖGD und anderer Berufsgruppen, um das enorme Potenzial dieser großen Zahl von Beschäftigten im Gesundheitssystem zu entwickeln.

Die Ableistung von Ausbildungsabschnitten im ÖGD innerhalb einer Facharztausbildung in einer anderen Fachrichtung könnte dazu beitragen, Ärztinnen und Ärzte für eine Tätigkeit im ÖGD zu interessieren und zu motivieren. Die GMK bittet die Bundesärztekammer um Prüfung, inwieweit in bestimmten Weiterbildungsordnungen in somatischen Bereichen über die bisher bestehenden Möglichkeiten hinaus Ausbildungszeiten im ÖGD verankert werden können.

Das große Potenzial des Systems Öffentliche Gesundheit liegt heute in dem synergistischen Zusammenwirken aller Akteure (wie z. B. kommunaler Gesundheitsdienste, Akteure in den Lebenswelten, ambulante und stationäre Versorgung), der Verzahnung von

Forschung und Praxis sowie dem engen Austausch zwischen den verschiedenen beteiligten Politikbereichen (Gesundheit, Raumplanung, Verkehr, Umwelt, Wohnungsbau, Soziales, Sport, Jugend etc.). Der kommunale ÖGD gilt für viele Akteure hier als „unabhängiger Mittler“, was der Konsensbildung unter den Akteuren im Gesundheitssystem mit oft divergenten Interessenlagen entgegenkommt. Um die Öffentliche Gesundheit in Deutschland im Sinne einer Daseinsversorgung weiterhin sicherzustellen, bedarf es daher weiterer integrativer Ansätze und einer intersektoralen Steuerung mit entsprechenden politischen, rechtlichen, finanziellen und wissenschaftlichen Rahmenbedingungen.

Die GMK sieht daher die Notwendigkeit, insbesondere den ÖGD adäquat mit Ressourcen auszustatten und regt an, durch angemessene Stellenpläne für die kommunalen Träger des ÖGD die erforderlichen Grundlagen zur Erfüllung der umfangreichen

und fachlich anspruchsvollen Aufgaben zu schaffen. Diese Stellenpläne sind auf der Grundlage einer gründlichen und kritischen Analyse von Art und Umfang der Aufgaben auszugestalten.

Ausblick

Die Beschlüsse der 89. GMK bekräftigen die erstmals durch die 83. GMK sowie in den Beschlüssen der 86. und 87. GMK erhobene Forderung nach arzt-spezifischen tariflichen und besoldungsrechtlichen Regelungen für angestellte und beamtete Ärztinnen und Ärzte im ÖGD in Anlehnung an die Vergütung in Krankenhäusern.

In der maritimen Seemannsprache ausgedrückt toben die Wellen des Meeres, und noch fehlt die Handbreit Wasser unter dem Kiel. Die GMK hat dem ÖGD Liebeschwüre gemacht und gibt den Kurs vor, die Anker sind gelichtet, die Segel gespannt und der Kompass gerichtet. Aber: Matrosen, spannt das Segel so auf, dass es den Wind fängt!

Peter Tinnemann

Sprachbarrieren überwinden mit Hilfe moderner Technik

Über den Link <https://nordost.aok.de/inhalt/aok-healthnavigator/> erhalten Sie Zugang zu weiteren Informationen zu diesem innovativen Unterstützungsangebot in Form einer App. Das Angebot steht für Android-Smartphones im App-Store zur Verfügung. Auch für IOS-Geräte soll in Kürze eine Version bereit stehen. Zur Zeit bietet die App folgende Sprachen: Englisch, Arabisch und Persisch. Neben häufigen gesundheitlichen Störungen und Beschwerden unterstützt die App auch die Arzt-Pa-

tienten-Kommunikation mit Blick auf Informationen zu Abläufen von Untersuchungen usw. Komplexe gesundheitliche Themen bedürfen einer ergänzenden Hinzuziehung eines Dolmetscherdienstes. Für eine orientierende, erste Kommunikation kann die App dienlich sein. Haben Sie vielleicht schon Erfahrungen mit diesem Angebot oder einem anderen Übersetzungsunterstützungssystem gemacht? – Die Blickpunkt-Reaktion freut sich über Ihre Erfahrungsberichte.

„Wer geht denn schon in den ÖGD?“

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



Foto: privat

Oliver Schneider

Alter: 41 Jahre
Familienstand: verheiratet,
1 Kind

Interessen: Familie, Literatur

Im ÖGD

seit: Juli 2013 bei(m): Gesundheitsamt Wuppertal im Bereich: Leiter Bergisches Kompetenzcenter für Öffentliche Zahngesundheit (Kooperation von drei Kommunen)

Vorher tätig

als Facharzt für MKG-Chirurgie

Zum ÖGD gewechselt, weil

eine ausschließlich kurative Tätigkeit auf Dauer weniger abwechslungsreich als gemeinhin vermutet und darüber hinaus ziemlich belastend sowie wenig familienfreundlich ist.

Zweifel gehabt, ob

finanzielle Einbußen nicht doch an der einen oder anderen Stelle die Lebensqualität negativ beeinflussen. (War bei mir nicht der Fall).

Kollegen, Familie, Freunde meinten:

Teilweise unterschiedliche Resonanz, wobei ich mit weitaus größerem Unverständnis von Seiten der Kollegenschaft gerechnet habe, was sich nur in absoluten Einzelfällen bestätigt hat. Die weit überwiegende Reaktion war anerkennend-wohlwollend und verständnisvoll.

Ungewohnt war/ist:

Am Samstagmorgen regelmäßig mit der Familie auswärts frühstücken zu gehen. Weihnachten und Silvester zu Hause bzw. im Urlaub zu verbringen.

Weiß zu schätzen, dass

die Arbeitszeiten sehr geregelt sind, der Arbeitsplatz sicher ist und man ärztlich/zahnärztlich wohl kaum familienfreundlicher arbeiten kann.

Interessant ist,

wie wenig man sich als Arzt / Zahnarzt in kurativer Tätigkeit um die Struktur des Gesundheitswesens im Allgemeinen kümmern kann und welche Aspekte sich durch Beschäftigung mit dieser Thematik ergeben.

Rückblickend

bin ich sehr froh, die Entscheidung zum Wechsel in den ÖGD getroffen zu haben, wobei ich meine vorherigen Tätigkeiten nicht missen wollte, im Sinne: „Alles hat seine Zeit“.

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

Anzeigen

Ellen Steinbach
E-Mail: steinbach@akademie-oegw.de

Druck: Griebisch & Rochol Druck, Oberhausen
Auflage: 4300, Ausgabe: September 2016
Erscheinungsweise: vierteljährlich

Blickpunkt öffentliche Gesundheit ist ein Forum der freien Meinung. Deshalb stellt nicht jeder Beitrag auch die Meinung des Herausgebers dar.

Redaktionsschluss für die Ausgabe 4/2016 ist der 25. Oktober 2016

Beiträge bitte als unformatiertes Word-Dokument per E-Mail an die Redaktion schicken. Die Redaktion behält sich vor, eingehende Beiträge zu kürzen und/oder redaktionell zu überarbeiten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur unter Angabe der Quelle.
ISSN 0177-7165

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

RKI und ÖGD: Gemeinsame Wurzeln, gemeinsame Zukunft

Eine zweitägige „Public-Health-Tagung“ am 30. Juni und 1. Juli 2016 gehörte zu den Feierlichkeiten rund um das 125-jährige Jubiläum des Robert-Koch-Instituts in Berlin. Dr. Ute Teichert, die Leiterin der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf und Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, stellte in ihrem Vortrag bei der Veranstaltung die Bedeutung des RKI für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in den Mittelpunkt und zeigte zukünftige Entwicklungen des ÖGD auf. Ihre Rede ist hier in Teilen abgedruckt:

„Gemeinsame Wurzeln von RKI und ÖGD

Neben Robert Koch gibt es weitere Persönlichkeiten, deren Wirken die Grundlagen für den modernen öffentlichen Gesundheitsdienst in Deutschland gelegt und damit das Wirken von Robert Koch beeinflusst haben. Insbesondere Johann Peter Frank, der von 1745 bis 1821 lebte, wird heute als Wegbereiter der modernen wissenschaftlichen Hygiene und Öffentlichen Gesundheit gesehen. Vor dem Hintergrund der zu Lebzeiten Franks begrenzten Mittel der kurativen Medizin hat er erstmalig die überragenden Möglichkeiten, und auch die Verpflichtung, staatlicher Interventionen für die Gesundheit beschrieben. Seine Ideen haben dazu beigetragen, den Gesundheitsschutz von Bevölkerungen entscheidend zu verbessern. Als erster Arzt hat er den für Daseinsfürsorge politisch Verantwortlichen Ratschläge zu den Ursachen, zur Verhütung von Erkrankungen und zur Gesunderhaltung der Untergebenen gegeben. Robert Koch baut etliche Jahrzehnte später auf dieser Strategie auf. Als neuer Gründungsdirektor des Instituts für Hygiene der Berliner Universität beginnt Koch 1885 seine Antrittsvorlesung mit einer Würdigung Johann Peter Franks.

Die Geschichte bringt immer wieder große Persönlichkeiten hervor, die das Tor der Erkenntnis zum Fortschritt und zum Wohle der Menschen weit aufreißen. Zu diesen Persönlichkeiten zählen zweifellos Johann Peter Frank und Robert Koch.

Robert Koch und die Öffentliche Gesundheit

Nachdem Koch die Amtsarztprüfung absolviert hatte, wurde er 1872 Kreisphysicus in Wollstein und dann 1880 Regierungsrat im kaiserlichen Gesundheitsamt in Berlin. Als erster Professor für Hygiene wird er 1885 an die Friedrich-Wilhelms-Universität berufen.

Nach einer klassischen Karriere im Dienste der Öffentlichen Gesundheit wechselte Koch erst später in den akademischen Bereich der Berliner Universität. Das ist bis heute ein richtungsweisender und moderner Schritt, und wir sollten dies berücksichtigen. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den kommunalen und Landesgesundheitsämtern liegen nicht nur die Wurzeln von Robert Koch im ÖGD, auch das RKI ist nach ihrem Verständnis ein Teil des ÖGD.

Notwendige Aufarbeitung der NS-Zeit

Schaut man in die Vergangenheit, so darf man die Augen vor dem

dunklen Kapitel der ÖGD-Geschichte in der Zeit des Nationalsozialismus nicht verschließen. Das RKI hat sich mutig seiner Vergangenheit gestellt und 2011 mit dem Erinnerungszeichen der „offenen Augen“ von Heike Ponwitz im Foyer des Hauptgebäudes am Nordufer ein wichtiges und eindrückliches Signal gegeben. Mit finanzieller Unterstützung durch das Bundesgesundheitsministerium und den Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wird seit einigen Jahren auch die Rolle des ÖGD im Nationalsozialismus erforscht. Mit der Erinnerung an die Vergangenheit will der ÖGD nicht nur ein Zeichen setzen, sondern auch davon lernen, damit Ähnliches nie wieder passieren kann.

Aktuelle Herausforderungen

Das Jahr 2015 hat erneut deutlich gezeigt, mit welchen Herausforderungen der ÖGD heute konfrontiert ist. So waren beispielsweise während des Masern-Ausbruchs in Berlin oder nach dem Germanwings-Flugzeugabsturz in Frankreich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Gesundheitsämtern mit der Betreuung von Patienten und Angehörigen befasst. Dadurch rückt die Öffentliche Gesundheit in das Blickfeld der Medien. Darüber hinaus haben wir alle die Bilder Flüchtender und Asylsuchenden in Erinnerung, bei denen die Experten des ÖGD mit der medizinischen Erstversorgung und Impfangeboten vor Ort waren. Zu oft gerät dadurch in Vergessenheit, dass der ÖGD darüber hinaus auch verantwortlich ist für den Infektionsschutz in den Krankenhäusern, die Erhöhung der Impfbereitschaft der Bevölkerung oder die Gesundheitsförderung und Prävention. Alle diese Aufgaben erfordern einen starken, qualitativ hochwertigen und personellen wie finanziell gut ausgestatteten ÖGD. Aber leider sieht die Realität an der Basis anders aus. An der schwierigen Personalsituation im ÖGD hat sich in den letzten Jahren nichts Wesentliches geändert. Während sich die Anzahl aller berufstätigen Ärzte in den letzten 15 Jahren insgesamt um mehr als 20 Prozent erhöht hat, ist im gleichen Zeitraum die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in den deutschen Gesundheitsämtern um über 20 Prozent zurückgegangen.

Hinzu kommt ein massives Rekrutierungs- und Demographieproblem. Die Zahl der nicht besetzten und auch nicht besetzbaren Stellen vor Ort ist alarmierend hoch. Und spätestens in 10 Jahren werden die meisten der heute in den Gesundheitsämtern

tätigen Ärztinnen und Ärzte im Ruhestand sein. Mit anderen Worten ausgedrückt: Wenn wir wollen, dass der ÖGD in Zukunft seine vielfältigen Beratungs- und Kontrollfunktionen sowie seine subsidiären Versorgungsaufgaben auch im Sinne eines Robert Koch oder Johann Peter Frank noch adäquat wahrnehmen kann, müssen wir jetzt handeln.

Gesundheitsministerkonferenz und Deutscher Ärztetag

In der Tat erhält das Thema Öffentliche Gesundheit zunehmend politischen Rückenwind: Ländergesundheitsministerinnen und -minister sprechen sich 2016 im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz erneut für eine Stärkung der kommunalen Dienste für Öffentliche Gesundheit aus. Der Deutsche Ärztetag befasste sich 2014 schwerpunktmäßig mit dem Thema „Herausforderungen im ÖGD“ und bekannte sich mit vielen Beschlüssen zur Wichtigkeit des Themas Öffentliche Gesundheit.

Gelungene Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit innerhalb des großen Netzwerkes der Akteure im Bereich Öffentliche Gesundheit funktioniert zwischen verschiedenen Institutionen auf unterschiedlichen Ebenen. Beispielsweise hat der Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte des ÖGD gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) in Anlehnung an die RKI-Merkblätter für die Bevölkerung Erregersteckbriefe zu 26 Infektionskrankheiten entwickelt. Diese Materialien informieren medizinische Laien in allgemeinverständlicher Sprache über Erkrankungen in sechs Sprachen. Sie werden ständig aktualisiert, fortlaufend um weitere Erreger ergänzt und können im Internet kostenfrei heruntergeladen werden. Ein Projekt von dem alle Beteiligten profitieren: Die BzgA erhält fachliche Unterstützung aus der Praxis, Gesundheitsämter vor Ort können bundesweit auf einheitliche Merkblätter zurückgreifen und müssen diese nicht mehr selbst erstellen, Bürgerinnen und Bürger erhalten fachlich kompetente Beratung. Das alles auf hohem wissenschaftlichen Niveau, sichergestellt durch das RKI.

Darüber hinaus kooperiert das RKI mit der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf bei der Durchführung von sogenannten „Webinaren“ und „Advanced Management of Biological Threats (AMBIT)“ bei den Fortbildungen. Unter dem Motto „Aus der Praxis – für die Praxis“ vernetzen sich die Verantwortli-



Neben zahlreichen hochrangigen Vertretern aus dem Bundesgesundheitsministerium war auch Dr. Ute Teichert auf der Public-Health-Tagung in Berlin am 30. 6. und 1. 7. 2016 als Rednerin zu Gast (1. Reihe, 2. von links).

chen aus den Gesundheitsämtern im Internet. Die Webinare laufen auf einer vom RKI zur Verfügung gestellten virtuellen Plattform, und der fachliche Austausch zu den verschiedenen Themen orientiert sich an den Wünschen der Teilnehmenden. Dabei wird der Bogen von Ebola über Hygiene und Desinfektion von Massenunterkünften bis zu Schuleingangsuntersuchungen weit gespannt.

Um die Vernetzung von Lernen und neuen Medien zu gestalten und aufgrund des großen Interesses an den Webinaren hat die Akademie durch zusätzliche technische Erweiterungen Teilnahmemöglichkeiten für über 100 Teilnehmende geschaffen. Zum Erfolg der gemeinsamen Webinare haben insbesondere das Engagement und die hohe Motivation der Experten der Informationsstelle des Bundes für Biologische Gefahren und Spezielle Pathogene (IBBS) im RKI beigetragen. Mit dem IBBS führt die Akademie auch in diesem Jahr gemeinsam mehrere Fortbildungen für ärztliches Personal im ÖGD zum Thema „Advanced Management of Biological Threats (AMBIT)“ durch. Die Veranstaltungen bringen RKI-Expertise in die kommunalen Gesundheitsämter und tragen zu einer besseren Vernetzung der einzelnen ÖGD-Bereiche bei.

Verzahnung von Wissenschaft und Praxis

Seit einigen Jahren hat die Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften das Thema Öffentliche Gesundheit auf ihre Agenda gesetzt. Mit der Stellungnahme „Public Health in Deutschland“ wurde 2015 dazu aufgerufen, konkrete Vorschläge zu erarbeiten, wie das Thema Öffentliche Gesundheit in Deutschland weiterentwickelt werden könnte. Die Voraussetzungen für effektive Öffentliche-Gesundheits-Systeme sind – laut Leopoldina – hervorragende Forschung und Wissenschaft, breit aufgestellte Lehre und Ausbildung sowie eine entsprechend gut ausgestattete Infrastruktur auf dem neusten Stand.

Es ist dringend notwendig, das Thema Öffentliche Gesundheit weiter zu entwickeln. Dass sich neben den kommunalen Einrich-

tungen des ÖGD auch das RKI dabei federnführend beteiligt, ist ein positives Zeichen. Dabei sind aus Sicht der Praxis im Bereich Öffentliche Gesundheit die vorrangigen Fragen weiterhin, wie eine praxisrelevante Forschung und Wissenschaft dazu beitragen kann, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, wie wissenschaftliche Einrichtungen im Bereich Öffentliche Gesundheit weiterentwickelt und die Rolle Deutschlands in Bezug auf die Öffentliche Gesundheit auf nationaler und internationaler Ebene gestärkt werden kann. Im Rückblick gibt es bereits viele Kolleginnen und Kollegen, die im RKI ausgebildet wurden und heute in landes- oder kommunalen Einrichtungen arbeiten. Das funktioniert sehr gut.

Wenn ein strukturiertes Facharztweiterbildungsprogramm innerhalb des RKI mit Schnittstelle zum kommunalen Gesundheitsdienst verankert und institutionell, zum Beispiel auch an der Akademie, angebunden wäre, um Kernkompetenzen in der Facharztausbildung zu erwerben, hätte das eine sehr innovativen Charakter.

RKI und ÖGD – zwei Seiten einer Medaille

Globale Öffentliche Gesundheit beschreibt heutige und zukünftige gesellschaftliche Herausforderungen, die mit vielfältigen neuen Aufgaben verbunden sind. Klimawandel, Digitalisierung und neue Methoden in der Biotechnologie sind dabei ebenso zu berücksichtigen wie Zuwanderung und demografischer Wandel. Das RKI und seine Vorgängerorganisationen nehmen hier seit 125 Jahren wichtige Weichenstellungen im ÖGD vor und sind Wegbereiter für viele hilfreiche Entwicklungen für die Öffentliche Gesundheit in Deutschland. Der kommunale ÖGD braucht unbedingt ein solches Institut als Motor auf Bundesebene. Nur wenn die unterschiedlichen Institutionen auf den unterschiedlichen Ebenen weiterhin gemeinsam in die gleiche Richtung rudern, werden wir gegenwärtige und zukünftige Herausforderungen bewältigen können.“

Nachgefragt

Take Five – wie aus 3 Pflegestufen 5 Pflegegrade werden

Ein neues Begutachtungsverfahren nimmt mehr Lebensfelder zur Bewertung der Pflegebedürftigkeit in den Blick

Mit dem Pflegestärkungsgesetz II wird ab dem 01.01.2017 ein völlig neues Verfahren zur Ermittlung der Pflegebedürftigkeit eingeführt, der mit einem Paradigmenwechsel verbunden ist. Kernpunkte der Begutachtung sind nunmehr 8 Lebensfelder: (1) Mobilität, (2) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, (3) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, (4) Selbstversorgung, (5) Umgang mit Krankheits-/therapiebedingten Problemlagen, (6) Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte, sowie für die bei Bedarf notwendige Pflegeplanung die Erfassung der (7) außerhäuslichen Aktivitäten und die (8) Haushaltsführung. Die erhobenen Daten und Fakten (Angaben zur Person und zur Begutachtungssituation, Anamnese, Wohn- und Lebenssituation, Versorgungssituation, Befunderhebung zu Beeinträchtigungen) werden gewichtet und in einen Rechenalgorithmus eingespeist. Dieser liefert als Ergebnis einen Punktwert zwischen 0 und 100, aus dem sich auf einer Skala der zugehörige Pflegegrad ablesen lässt. Um das neue Verfahren durchführen zu können, wurde eine ausführliche Anleitung in Form der Richtlinien erarbeitet (<https://www.mds-ev.de/richtlinienpublikationen/richtliniengrundlagen-der-begutachtung/pflegebeduerftigkeit.html>.) Diese Richtlinien sind – neben dem Berechnungsverfahren – das 267 Seite starke Herzstück der neuen Pflegebedürftigkeitsbegutachtung. Das alles klingt nicht nur ambitioniert, die Umsetzung wird es auch sein. Unserer Interviewpartnerin Frau Kissels, Leiterin des Fachbereichs Pflege beim MDK Nordrhein, war an den wissenschaftlichen Vorbereitungen und an der Umsetzung beteiligt und wird uns das neue Verfahren nun noch etwas näherbringen.

Frau Kissels, wie waren Sie persönlich in die Reform der Pflegebegutachtung eingebunden?

Mit dem neuen Begutachtungsmodell wird der Blick deutlich erweitert. Wir nehmen damit den ganzen Menschen in den Blick, in allen relevanten Lebensbereichen. Maßstab wird der Grad der Selbstständigkeit.

Es fing damit an, dass wir 2014 an den beiden Erprobungsstudien für das neue Begutachtungsverfahren teilgenommen haben. In der ersten Studie ging es auch darum zu erproben, ob das Instrument praktikabel ist. Bundesweit wurden insgesamt rund 2.000 Begutachtungen parallel nach dem alten und dem neuen Verfahren durchgeführt und wissenschaftlich begleitet. In Nordrhein-Westfalen haben die MDK-Gutachterinnen und Gutachter über 230 Pflegebedürftige besucht und be-

gutachtet. Darunter waren 30 Kinder. Die ersten Erfahrungen zeigten, dass die Gutachter mit dem neuen Verfahren gut zurechtkamen, auch wenn es natürlich viele Fragen gab. Die Unklarheiten und notwendigen Änderungen, die sich in der Praxis ergaben, wurden gesammelt und sind in die jetzigen Begutachtungsrichtlinien eingeflossen.

Es gab noch eine weitere Studie?

Ja, in der zweiten Studie erfolgte eine umfassende Bestandaufnahme der gegenwärtigen pflegerischen, gesundheitlichen und betreuenden Versorgung in stationären Einrichtungen. Begutachtet wurden nochmals rund 1.600 Pflegebedürftige aus etwa 40 Pflegeheimen in fünf verschiedenen Bundesländern. Beide Studien wurden wissenschaftlich begleitet und ausgewertet.

Warum ist die Einführung eines neuen Begutachtungsverfahrens nötig?

Das bisherige Begutachtungsverfahren hat einen eng umschriebenen Pflegebedürftigkeitsbegriff,

hier geht es vorrangig um körperbezogenen Pflegemaßnahmen wie Waschen, Ankleiden oder Hilfen beim Essen. Mit dem neuen Begutachtungsmodell wird der Blick deutlich erweitert. Wir nehmen damit den ganzen Menschen in den Blick, in allen relevanten Lebensbereichen. Maßstab wird der Grad der Selbstständigkeit. Zudem werden alle für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit relevanten Kriterien in einer einheitlichen Systematik erfasst. Die gesonderte Feststellung einer Einschränkung der Alltagskompetenz entfällt dann zukünftig.

Die Fokussierung auf den Zeitaufwand für ganz eng definierte körperliche Verrichtungen wie im jetzigen System gehört [...] der Vergangenheit an.

Was bedeutet das konkret für die Situation der Begutachtung?

Der Hausbesuch und das Gespräch der Gutachterinnen und

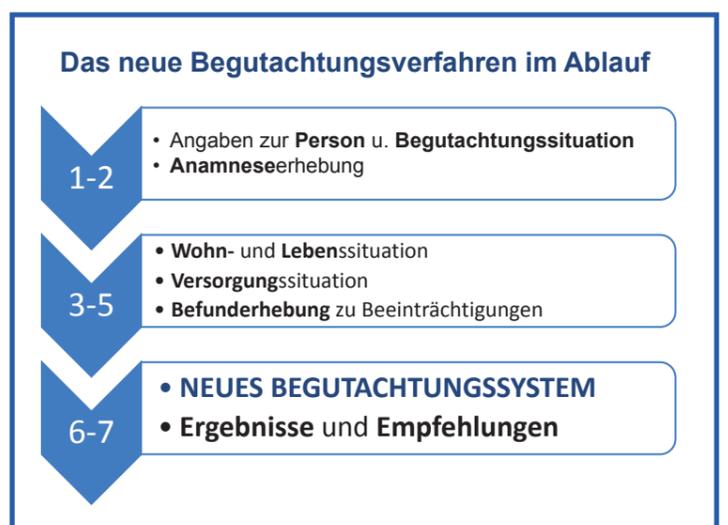


Abbildung 2: Die Arbeitsschritte im neuen Begutachtungsverfahren im Überblick

Gutachter mit dem betroffenen Menschen und seinen Angehörigen verlaufen künftig sehr ähnlich wie heute. Aber die Perspektive ist eine andere: In dem Gespräch geht es jetzt darum, einen Eindruck davon zu gewinnen, was der Pflegebedürftige in seinem Alltag selbstständig erledigen kann und wo Unterstützung nötig ist. Dieser Grad der Selbstständigkeit wird anhand von pflegewissenschaftlich begründeten Kriterien beurteilt.

Überwiegend selbstständig ist die Person, wenn sie zum Beispiel nur eine leichte Unterstützung benötigt, etwa wenn jemand die Hand reichen muss

Das neue System umfasst dazu sechs Bereiche. Neben der Mobilität, den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten oder der Selbstversorgung geht es auch um Fragen zur Gestaltung des Alltagslebens und zu sozialen Kontakten. (Grafik) Die Fokussierung auf den Zeitaufwand für ganz eng definierte körperliche Verrichtungen wie im jetzigen System gehört dann der Vergangenheit an.

Anhand einer vierstufigen Skala bewerten die Gutachter bei den einzelnen Kriterien, die Selbst-

ständigkeit des pflegebedürftigen Menschen.

Wie lässt sich zum Beispiel selbstständig oder überwiegend selbstständig genau abgrenzen?

In den Begutachtungsrichtlinien ist die Definition der Selbstständigkeit und ihrer Abstufungen beschrieben. Trotzdem können natürlich im Einzelfall Abgrenzungsprobleme auftreten. Das neue Bewertungsinstrument erfordert also weiterhin eine hohe pflegefachliche Kompetenz.

Können Sie uns ein Beispiel geben, wie ein Kriterium bewertet werden kann?

Ja, zum Beispiel das Kriterium „Positionswechsel im Bett“, das im ersten Bereich der „Mobilität“ gefragt wird: Als selbstständig gilt, wer sich alleine im Bett drehen und sich aus dem Liegen aufrichten kann. Überwiegend selbstständig ist die Person, wenn sie zum Beispiel nur eine leichte Unterstützung benötigt, etwa wenn jemand die Hand reichen muss. Als überwiegend unselbstständig wird definiert, wenn die Person beim Positionswechsel nur noch wenig mithelfen kann. Die Person kann sich zum Beispiel noch auf den Rücken rollen oder am Bettgestell festhalten. Unselbstständig ist jemand, der völlig auf fremde Hilfe angewiesen ist.

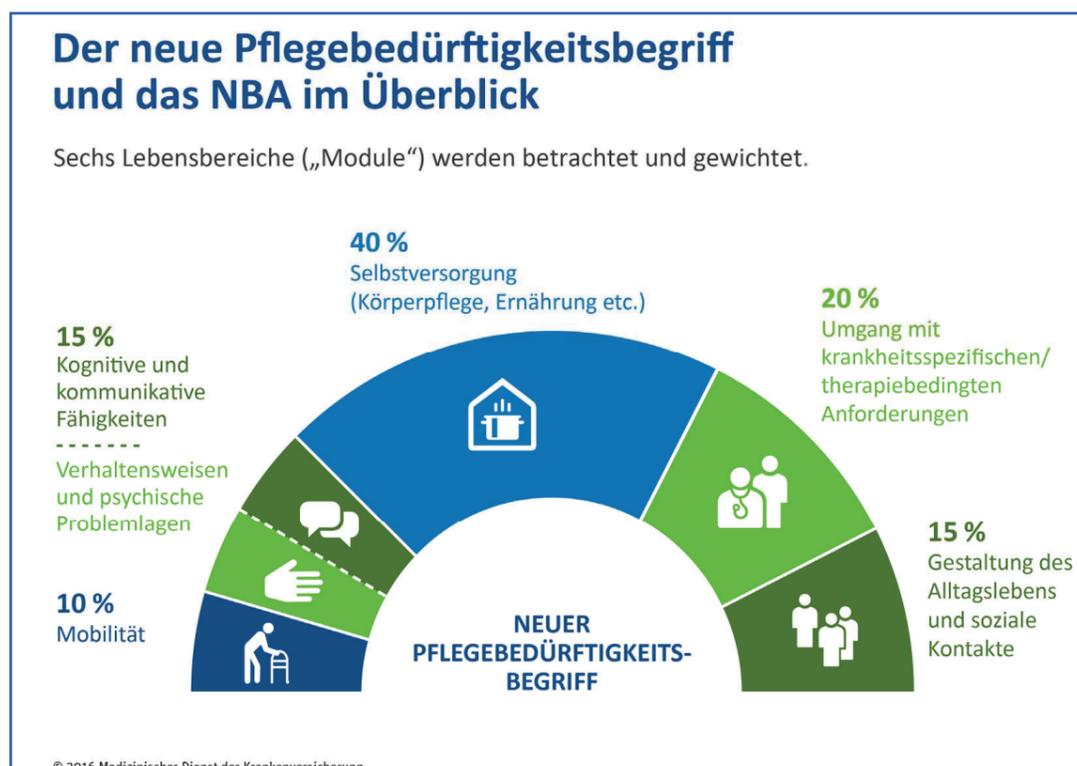


Abbildung 1: Übersicht zu den Lebensbereichen im neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

5 Grade der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade)

- PG 1** geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 2** erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 3** schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 4** schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 5** schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung



Abbildung 3: Abgrenzung der 5 Pflegegrade unter Integration der jeweiligen Punktwert-Bereiche (Skala von 0 – 100)

Wie wird nun der Pflegegrad ermittelt?

Für jeden Bereich sind einzelne Kriterien definiert. Für jedes Kriterium wird der Grad der Selbstständigkeit ermittelt und Punkte vergeben. Dabei gilt: Je höher die Beeinträchtigung, desto höher die Punktzahl.

Die meisten Kolleginnen und Kollegen sind [...] froh, dass das Minutenzählen ein Ende hat.

Für den Pflegegrad sind die Ergebnisse der ersten sechs Bereiche relevant. Die einzelnen Bereiche werden anhand von Berechnungsregeln zusammengezählt und unterschiedlich gewichtet: So geht etwa die „Mobilität“ zu 10 Prozent in die Bewertung mit ein. Die „Selbstversorgung“ hingegen wird stärker gewichtet mit 40 Prozent, der „Umgang mit krankheitsspezifischen und therapiebedingten Anforderungen“ mit 20 Prozent. Der Pflegegrad ergibt sich dann durch die Addition der gewichteten Punktwerte. Das Ergebnis ist ein Gesamtpunktwert, der auf einer Skala zwischen 0 und 100 Punkten liegen kann. Die Skala ist in Intervalle unterteilt, die einem bestimmten Pflegegrad entsprechen.

Die beiden Bereiche „Außerhäusliche Aktivitäten“ und „Haushaltsführung“ sind eine Besonderheit. Sie fließen zwar nicht in die Berechnung ein, sind aber zum Beispiel wichtig zur besseren Hilfe- und Bedarfsplanung für andere Leistungsträger.

Wie kommt das neue Modell zur Pflegebegutachtung bei den Gutachterinnen und Gutachtern an?

Das neue Verfahren wird den Blick auf die Pflege verändern und erweitern. Das ist gut für die Pflege insgesamt und entspricht auch dem beruflichen Selbstverständnis den Menschen umfassend im Blick zu haben. Die meisten Kolleginnen und Kollegen sind daher froh, dass das Minutenzählen ein Ende hat.

Aber letztlich ist das neue Begutachtungsmodell der Pflege näher, weil es den ganzen Menschen in den Blick nimmt, auch mit seinen seelischen und psychischen Belangen und dem sozialen Umfeld

Wo sehen Sie für die Gutachterin, den Gutachter die besonderen Herausforderungen im neuen Verfahren?

Zu Beginn ist die Umstellung auf das neue Verfahren sicherlich eine Herausforderung für die Gutachterinnen und Gutachter. Aber letztlich ist das neue Begutachtungsmodell der Pflege näher, weil es den ganzen Menschen in den Blick nimmt, auch mit seinen seelischen und psychischen Belangen und dem sozialen Umfeld. Jeder, der die Pflege aus der Praxis kennt, weiß, dass wir so der individuellen Situation der Pflegebedürftigen besser gerecht werden.

Und schließlich kann ich allen nur Mut machen: Nach den ersten drei Begutachtungen wird es schon leichter!

Eine Herausforderung wird sicherlich auch, das neue Verfahren für die Versicherten und alle anderen transparent und leicht verständlich zu machen.

Welche Tipps bei der Umsetzung des neuen Verfahrens können Sie geben? Das Schulungskonzept empfehlen wir, breit anzulegen. Bei Besprechungen nehmen wir das Thema schon jetzt regelmäßig mit auf die Agenda. Es lohnt sich, Fallbeispiele im Team zu besprechen. Fragen und Probleme im Selbststudium oder in der Praxisphase können gesammelt und beim nächsten Treffen gemeinsam diskutiert werden. Hilfreich ist es auch, einen Pflegefall zunächst nach dem alten und dann nach dem neuen Verfahren zu erstellen, um sich die Unterschiede zu verdeutlichen. Und schließlich kann ich allen nur Mut machen: Nach den ersten drei Begutachtungen wird es schon leichter!

Frau Kissels, herzlichen Dank für Ihre Erläuterung zum neuen Pflegebegutachtungsverfahren. Auch möchte ich mich beim Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des MDK Nordrhein, Frau Dr. Barbara Marnach, für die freundliche Unterstützung und Bereitstellung der Abbildungen bedanken.



Ulrike Kissels ist Leiterin des Fachbereichs Pflege beim MDK Nordrhein. Sie arbeitet seit 18 Jahren beim MDK und hat in dieser Zeit schon mehr als 10.000 Begutachtungen durchgeführt. Als das neue Begutachtungsverfahren 2014 einem ausführlichen Praxistext unterzogen wurde, gehörte die Pflegeexpertin zu dem Team von Gutachterinnen und Gutachtern, die das neue Instrument auf Herz und Nieren prüften.

MDK NORDRHEIN

„Grundsätze des neuen Begutachtungsverfahrens“

Gleichbehandlung aller in Betracht kommender **Einflussfaktoren** (physisch, kognitiv, psychisch) auf die Pflegebedürftigkeit.

Fokussierung auf die Fähigkeiten & Fertigkeiten und Verlassen der Defizit-Perspektive in der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit.

Ausblick

Der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit mit dem umfänglichen Blick auf die individuelle Lebenswelt einer Person darf sicher als Meilenstein in der Pflegebegutachtung gelten. Die Vorgaben für die Umsetzung sind anspruchsvoll und erfordern neben der fachgutachterlichen Kompetenz ein Berechnungsverfahren, welches wohl nur auf einer sicheren EDV-Basis praxistauglich umgesetzt werden kann. Mit spezifischen

Fortbildungen zu den wesentlichen Aspekten im Zusammenhang mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff unterstützt die Akademie die Akteurinnen und Akteure im ÖGD bei der Umsetzung der neuen Vorgaben in der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit. Als zentrale Wissensbasis sei zum Abschluss nochmals auf die Richtlinien zur Begutachtung nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verwiesen.

Hildegard Lilly Graß

„Von der Datenerhebung zum Pflegegrad“

6 Module/Lebensfelder mit insgesamt 64 Beurteilungskriterien ergeben maximal 200 Bewertungspunkte, aus denen nach Ermittlung des **Punktbereichs** und integrierter **Gewichtung** unter Nutzung eines **Rechenalgorithmus** ein **abschließender Punktwert** (Spanne 1 – 100) errechnet wird, der die Zuordnung zu einem der **5 Pflegegrade** erlaubt.

KRYSCI Wasserhygiene im „Hygiene-Inspektor“.

* Die Zeitschrift "Hygieneinspektor" erscheint zweimal im Jahr und enthält wichtige Informationen aus dem Tätigkeitsbereich mit Praxisbeispielen, rechtlichen Grundlagen und Fachinformationen zu: Trinkwasser, Badewasser, Infektionsschutz.

KRYSCI
WASSERHYGIENE

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

Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften

Vor einigen Monaten erschien die dritte Auflage des „Lehrbuches für Gesundheits- und Sozialberufe“ von David Klemperer. Hier wird, wie auch in den vorhergehenden Auflagen, eine große Themenvielfalt aus den Bereichen Sozialmedizin, Public Health und Gesundheitswissenschaften behandelt, in unterschiedlicher Ausführlichkeit, jedoch immer inhaltsreich. Das Buch wendet sich an Studierende, aber auch an Fachleute aus allen Gesundheits- und Sozialbereichen, die daran interessiert sind, „ihre berufliche Praxis weiterzuentwickeln“. Zur Lösung gesundheitlicher Probleme auf kommunaler Ebene sind nach David Klemperer „ressortübergreifende, wissenschaftlich begründete (evidenzbasierte) Strategien erforderlich“. Speziell dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) prognostiziert der Autor daher gute Zukunftsperspektiven, sofern sich dieser „mehr als bisher als anerkannte Public Health-Struktur auf der kommunalen Ebene etabliert“. Worum



es dabei im Einzelnen geht und welche Wissensbasis zum Verständnis der komplexen Public Health-Zusammenhänge notwendig ist, erfährt man eindrucksvoll in diesem didaktisch sehr gut gestalteten Lehrbuch. Nach einer facettenreichen Darstellung der Grundzüge von Public Health im ersten Kapitel, gespickt mit vielen interessanten Beispielen, folgen im zweiten Kapitel Modelle und Definitionen von Gesundheit und Krankheit. Die Themenvielfalt, die sich von historischen Krankheitsmodellen über das Modell der Risikofaktoren bis zu psychosozialen Modellen für Prävention und Gesundheitsförderung erstreckt, wird einprägsam erklärt, grafisch aufgelockert und mit einem Abschnitt über Komplementärmedizin und Alternativmedizin ergänzt. Von der Suche nach der besten Evidenz im täglichen Handeln, der kritischen Beurteilung wissenschaftlicher Literatur, von Interessenkonflikten und Shared Decision Making handelt das dritte Kapitel. Anschließend werden, leider nur einführend, Grundbegriffe der Epidemiologie erläutert. Für den praktischen Umgang mit epidemiologischen

Daten wären hier weiterführende Hinweise, z.B. auf die Lernsoftware ActivEpi (www.activepi.com), nützlich. In den folgenden Kapiteln 5 und 6 geht es dem Autor immer auch darum, Ursachen und Wirkungen sozialer Ungleichheiten auf die Bevölkerungsgesundheit herauszuarbeiten. Methoden der Prävention und Gesundheitsförderung werden vorgestellt und Handlungsstrategien erläutert. Dabei wird der Krankheitsfrüherkennung (Screening) ein angemessener Raum gegeben und zudem auf die Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung (www.knp-forschung.de) hingewiesen. Ein umfangreiches Kapitel über Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik beschließt dieses inhaltlich und didaktisch sehr gelungene Lehrbuch. Für alle Fachkräfte, die im Gesundheitswesen tätig sind, ist dieses Buch uneingeschränkt empfehlenswert. Da auch Berufstätige in der Medizin (und Zahnmedizin) zur Hauptzielgruppe zählen, sollten sie – wie bei der zweiten Auflage – auf dem Backcover durchaus erwähnt werden. Im Vergleich zur vorhergehenden Ausgabe ist das Buch stabiler gebunden und liegt nun besser in der Hand. Darüber hinaus verfügt es mit dem Geleitwort von Eckart von Hirschhausen über ein zusätzliches „Schmankerl“.

Michael Herzog
herzog-rz@t-online.de

Klemperer, David
Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften.
Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. 3., überarb. Auflage.
Göttingen: Hogrefe Verlag 2015, 384 S., 29,95 EUR
ISBN 978-3-456-85550-9

Neue Bücher

Rössler, Wulf; Keller, Holm; Moock, Jörn (Hrsg.)
Betriebliches Gesundheitsmanagement. Herausforderung und Chance.
2. Auflage.
Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2016, 128 S., 32,00 EUR
ISBN 978-3-17-031326-2

Simon, Michael
Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise.
5. Auflage.
Bern u. a.: Hans Huber Verlag 2016, 589 S., 29,95 EUR
ISBN 978-3-456-85666-7

Erdle, Helmut
Infektionsschutzgesetz. Kommentar.
5. überarb. Auflage.
Landsberg am Lech: ecomed Medizin 2016, 376 S., 49,99 EUR
ISBN 978-3-609-16498-4

Schiwy, Peter
Infektionsschutz und Seuchenrecht. Kommentar zum Infektionsschutzgesetz und Sammlung deutscher und internationaler Vorschriften.
329. Auflage
Heidelberg u. a.: Rehm Verlag 2016, Loseblattwerk, 10968 S. in 4 Ordnern, 199,99 EUR
ISBN 978-3-8073-2494-4

Lutz, Sascha
Glücksspielsucht.
Köln: Psychiatrie-Verlag 2016, 160 S., 16,95 EUR
ISBN 978-3-88414-636-1

Hensen, Peter
Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Grundlagen für Studium und Praxis.
Wiesbaden: Springer Gabler Verlag 2016, 441 S., 29,99 EUR
ISBN 978-3-658-07744-0

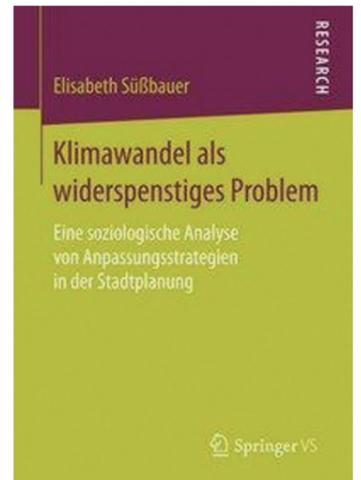
Klimawandel verändert die Stadtplanung

Mit großem Tempo wird derzeit gebaut wie schon lange nicht mehr, denn besonders in den großen Städten reicht der Wohnraum nicht mehr aus, um den derzeitigen Bedarf zu decken.

Von Januar bis Februar 2016 wurden in Deutschland 33,1 % bzw. 13.500 mehr Baugenehmigungen von Wohnungen erteilt als im Vorjahreszeitraum. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, betraf das insgesamt 54.200 Wohnungen. Nicht selten fallen Bäume, Grünflächen und andere Rückzugsorte diesem Bauboom zum Opfer, obwohl inzwischen feststeht, wie wichtig diese für die seelische und psychische Gesundheit der Großstädter sind. Die Diskussion über die möglichen Folgen eines ungebremsten Städtebaus hat erst begonnen, und die fortschreitende Klimaveränderung macht eine nachhaltige Stadtplanung in der Zukunft noch wichtiger. Das Umweltbundesamt vermerkt auf seiner Homepage: „Manchmal wird der Eindruck erweckt, dass der Klimawandel noch sehr fern ist und uns in Deutschland kaum betrifft. Dabei sind schon heute weitreichende Klimaänderungen zu beobachten – auch hierzulande.“

Der Klimawandel wird besonders in den Großstädten, die eine höhere Dichte von Bevölkerung und Bebauung aufweisen, viele Bereiche beeinflussen: Verkehr, Wohnen und Gesundheit sind nur einige Beispiele. Folgen der Klimaveränderung können sein: Überschwemmungen, thermische Belastungen durch zunehmende sommerliche Hitze, erhöhter Energiebedarf für Klimatisierung, Zunahme von Luftschadstoffen, Veränderung der Vegetation, Umweltschäden durch Wind- und Sturmereignisse.

Das Buch „Klimawandel als widerspenstiges Problem“ setzt sich



wissenschaftlich mit den Mechanismen und Strategien auseinander, die städtische Verwaltungen entwickeln, um den Herausforderungen des Klimawandels zu begegnen. Dabei stützt sich das Werk hauptsächlich auf die Auswertung von wissenschaftlichen Studien und Interviews. Als „widerspenstig“ erweist sich das Thema Klimawandel nach Einschätzung der Autorin deswegen schon, weil es sich so komplex darstellt und kulturelle Vorstellungen von Natur, Risiko und Naturwissenschaft zu unterschiedlichsten Problemdefinitionen und Schwerpunkten in der Praxis führen. Die Autorin macht deutlich, dass die schleppende Umsetzung der Anpassung an den Klimawandel bei den kommunalen Entscheidungsträgern vielfältige Gründe hat: Dazu gehören z. B. unklare organisatorische Zuständigkeiten, unterschiedliche Zeithorizonte, abweichende Zielvorgaben sowie ungleiche Zielgruppen. Stadtplanungsamt, Umweltamt und Gesundheitsamt arbeiten in der Regel in interdisziplinärer Kooperation zusammen. Doch die Probleme, vor die der Klimawandel stellt, sind so vielschichtig, dass widersprüchliche Anforderungen entstehen können und deswegen geeignete und gemeinschaftliche Lösungen oftmals misslingen oder gar nicht erst zustande kommen

Dieses Buch ist kein leichter Stoff und richtet sich primär an Spezialisten. Interessant ist die Thematik zweifelsohne für Stadtplaner, Soziologen, Umweltärzte und Umweltingenieure.

Auch wenn exakte Klimavorhersagen nie möglich sein werden und Prognosen mit Unsicherheiten behaftet sind, wird es in Zukunft notwendig sein, Aspekte des Klimawandels stärker in Planungsprozesse mit einzubeziehen und Bewertungen, Ziele, Interessen und Maßnahmen im Vorfeld genauer zu beleuchten.

Petra Münstedt

Pseudomonas aeruginosa in Trinkwassersystemen.

1. Wachstumsansprüche und Gegenmaßnahmen.
2. Belastung von Wasserzählern.
Hrsg. vom TZW: DVGW-Technologiezentrum Wasser, Karlsruhe. (Veröffentlichungen aus dem DVGW-Technologiezentrum Wasser, Band 73)
Karlsruhe: TZW 2016, 151 S., 25,00 EUR
ISSN 1434-5765
Zu bestellen: www.tzw.de

Riskanter Keim in Wasserzählern

Das Bakterium *Pseudomonas aeruginosa* ist ein oft auftretender Boden- und Wasserkeim, der besonders in feuchten Milieus vorzufinden ist. So tritt er z. B. auf in nassen Böden, Duschen, Toiletten, Waschbecken, Spülmaschinen, Dialysegeräten und Leitungssystemen. *P. aeruginosa* ist ein häufiger Erreger von Krankenhausinfektionen. In jüngster Zeit wurde in den Medien verstärkt über eine Keimbelastung in Wasserzählern berichtet. Ein Vorkommen dieser Keime in Trinkwasserinstallationen von öffentlichen Gebäuden bedeutet eine – mitunter folgenschwere – gesundheitliche Gefährdung für die Betroffenen und stellt die Gesundheitsingenieure in den Gesundheitsämtern vor ein vielschichtiges Problem.

Eine Forschungsgruppe des Deutschen Vereins des Gas- und Wasserfaches (DVGW) in Bonn hat nun eine Untersuchung vorgelegt, die sich mit der Beurteilung der Vermehrung dieses

Bakteriums im Wasser und auf unterschiedlichen Materialien beschäftigt. Ist der Keim *P. aeruginosa* bekanntlich erst einmal im Wassersystem, ist er oft nur in langwierigen und aufwändigen Schritten zu beseitigen. Deshalb liegt ein weiterer Schwerpunkt der Studie auf der Effektivität von Desinfektions- und Spülmaßnahmen sowie auf der Nachhaltigkeit von Beseitigungsmaßnahmen.

Die vorliegende Veröffentlichung legt dar, dass für die Minimierung des Risikos einer Kontamination mit *P. aeruginosa* planmäßige und zielgerichtete Abläufe erfolgen müssen. Dazu gehört grundlegend die Vermeidung von Fehlern bei der Planung, Installation, Inbetriebnahme und den Betrieb von Trinkwasserinstallationen. Die DVGW-Studie kam zu dem Ergebnis, dass insbesondere die Einhaltung hygienischer Anforderungen beim Umgang, Einbau und Austausch von Wasserzählern die

Verunreinigung mit Keimen vermeiden hilft. Das Buch richtet sich an Wasserversorgungsunternehmen, Betreiber von Trinkwasserinstallationen, z. B. in Krankenhäusern und Altenheimen, sowie an die Gesundheitsingenieure in den Gesundheitsämtern. Es gibt Handlungsempfehlungen und Arbeitsanweisungen.

Petra Münstedt

Internet-Tipp

Migration, Flüchtlinge und Gesundheit

www.infodienst.bzga.de

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) veröffentlicht monatlich aktualisierte Daten zur Entwicklung der in der Bundesrepublik gestellten Asylanträge. So wurden im ersten Halbjahr 2016 vom Bundesamt 387.675 Erstanträge entgegengenommen. Die meisten Erstanträge kamen von Flüchtlingen aus Syrien (44,0 %), aus Afghanistan (15,6 %) und dem Irak (14,5 %). Die Bundeszentrale

für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gibt einen besonderen Infodienst unter dem Titel „Migration, Flüchtlinge und Gesundheit“ heraus, der den Fokus speziell auf die Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden und Flüchtlinge richtet. Er erscheint viermal jährlich in gedruckter Form sowie ständig aktualisiert im Internet unter: www.infodienst.bzga.de. Dieser Infodienst versteht sich als eine Informationsbörse und richtet sich an alle, die auf dem Gebiet Migration und Flüchtlinge im Gesundheitswesen arbeiten. Termine von Tagungen und Fortbildungen sind ebenso zu finden wie Publikationen, Projekte, hilfreiche Broschüren sowie weiterführende Links. Eine wahre Fundgrube an Informationen! Das Portal ist grundsätzlich offen und bietet jedem Interessierten die Möglichkeit, Informationen zum Themengebiet beizutragen.

Petra Münstedt



Baden unter Palmen



Das Baden in Flüssen wird derzeit immer beliebter. Baden und Schwimmen ist eine vergnügliche Freizeitbeschäftigung. Immer mehr Städte beabsichtigen, das Schwimmen am Fluss mit „schwimmenden Freibädern“, die mobil sind, für die Bevölkerung attraktiv zu machen. Bundesministerien fördern Vorhaben, in denen es um die Verbesserung der Wasserqualität und Nachhaltigkeit geht, wie z. B. das Projekt „Sichere Ruhr“. Solche Umweltschutzprojekte machen das Flussbaden in der Ruhr zukünftig vielleicht erst möglich.

Nun liegen zwei reich illustrierte Buchveröffentlichungen vor, die diese Thematik der Flussbäder aus kulturhistorischer Sicht betrachten. Sie sind im Zusammenhang mit den Jubiläumsausstellungen „Baden unter Palmen“ entstanden. Eine Dauerausstellung ist seit Juli 2015 im Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt am Main zu besichtigen.

Das eine Buch trägt den Untertitel: „Flussbäder in Frankfurt am Main 1800-1950“ und das andere: „Vom Wasserturnen zum Aquajogging“. Beide Bücher geben einen Einblick in die Geschichte des Badens am Main und an der Nidda. Diese Flüsse waren zwischen 1800 und 1950 eine Stätte des Volksvergnügens und der Volkshygiene.

Mit vielen Abbildungen, Fotos und zitierten Dokumenten aus dem Institut für Stadtgeschichte Frankfurt am Main hat der Autor Volker Rödel ein beeindruckendes Werk zu den Flussbädern in Frankfurt a. M. zusammengestellt, das in seiner Art einmalig ist. Der Leser kann anhand von alten Bauzeichnungen nachvollziehen, wie früher Bäder geplant und gebaut wurden und bekommt einen interessanten Einblick in die Badergeschichte Frankfurts. In zahlreichen Fotos werden Bäder von heute mit denen aus der Vergangenheit verglichen. Im Jahr 1933 sorgte der Fluss Nidda für Aufsehen und brachte es sogar zu Schlagzeilen in der Presse: „Verunreinigung der Nidda-Abwässer aus Wölfersheim – die PREAG leistet Schadensersatz“, hieß damals die Überschrift. Bemerkenswert ist, dass trotz Regelungen durch die EU-Richtlinien zu den Badegewässern, diese Problematik nach wie vor aktuell ist. Mit der Vision eines Badeschiffes auf dem Main endet das Buch. Bereits realisiert ist ein solches Badeschiff in der Tradition alter Flussschwimmbäder beispielsweise schon in Berlin, Alt-Treptow.

In dem Buch „Baden unter Palmen – Vom Wasserturnen zum Aquajogging“ wird das Baden und Schwimmen geschichtlich aufgearbeitet. Das Baden diente von jeher der Hygiene, Erholung, Geselligkeit, dem Freizeitvergnügen und dem Sport. Die ästhetischen und technischen Lösungen für die Bedürfnisse der Badenden, die sich im Laufe der Jahre geändert haben, wurden immer wieder angepasst und weiterentwickelt. Wie sehr sich die Aktivitäten rund ums Baden gewandelt haben, wird leicht nachvollziehbar durch die vielen Bilder, die dem Leser beim Betrachten große Freude bereiten (z.B. Drei Grazien

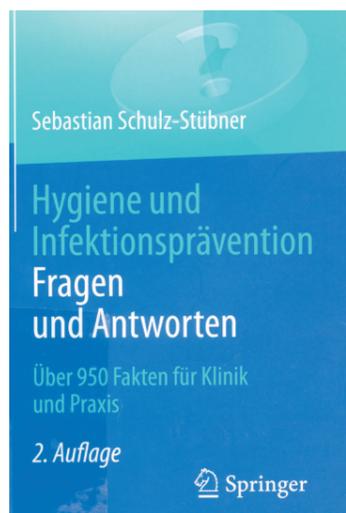
im Strandbad Eschersheim von 1927 oder „Baden verboten! Seuchengefahr!“ von 1960). Das Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und sozialem Auftrag ist Teil der kritischen Betrachtungen in diesem Buch der Autorin Jutta Zwilling.

Wer sich für das Baden und die Bäderkultur interessiert, für den ist das Werk ein Leckerbissen. Wer die Möglichkeit hat, die Dauerausstellung in Frankfurt zu besuchen, sollte die Gelegenheit nutzen.

Andrea Quenzer
quenzer@akademie-oegw.de



Hygiene in Multiple-Choice-Fragen



neben den klassischen krankenhaushygienischen Bereichen auch Aspekte der Infektiologie, der Multiresistenzen, der Desinfektion und Sterilisation sowie der Aufbereitung von Medizinprodukten berücksichtigt. Ergebnisse aus praxisrelevanten Studien und Auszüge aus Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien schließen das Buch ab.

Fragen aus diesem Buch sind zum Beispiel: Wie erstelle ich einen Hygieneplan? Wie interpretiere ich eine Resistenzstatistik richtig? Oder: Wie gehe ich vor bei Verdacht auf eine katheter-assoziierte Infektion bei zentralem Venenzugang?

Das Buch richtet sich an Hygienefachkräfte, hygienebeauftragte Ärzte und Pflegekräfte. Durch die Multiple-Choice-Fragen und deren anschließende ausführliche Beantwortung eignet es sich ebenfalls im Rahmen der Ausbildung der Hygienekontrollen. Die Auseinandersetzung mit hygienischen Themen, die Aneignung und Wiederholung von fachlichen Kenntnissen wird bei diesem Buch Freude machen. Derart ansprechende Veröffentlichungen gibt es nicht allzu häufig.

Petra Münstedt

Das Buch „Hygiene und Infektionsprävention“ ist auf reges Interesse gestoßen und liegt nun überarbeitet in einer zweiten Auflage vor. Dies nicht ohne Grund, denn es gibt eine Besonderheit: Es vermittelt das Wissen rund um die Hygiene und Infektionsprävention in einer spannenden und spielerischen Frage-Antwort-Form. Wie schon in der Erstausgabe zeichnet sich die Veröffentlichung durch eine gute Verständlichkeit und Lesefreundlichkeit aus, darüber hinaus aber auch durch hohe Sachkompetenz.

Sebastian Schulz-Stübner ist Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin sowie für Anästhesiologie und ärztlicher Leiter des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene, einer GmbH, die sich seit 1999 mit der Beratung im Bereich Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beschäftigt. In dem vorliegenden Buch werden

Schulz-Stübner, Sebastian
Hygiene und Infektionsprävention. Fragen und Antworten. Über 950 Fakten für Klinik und Praxis. 2., überarb. Auflage. Berlin: Springer Verlag 2015, 287 S., 24,99 EUR ISBN 978-3-662-46518-9

Wasser liegt uns besonders am Herzen!*

GUMAX
Die Software für Ihr Gesundheitsamt!

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

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

Personalstruktur an den Gesundheitsämtern in Deutschland

Die Personalsituation im Öffentlichen Gesundheitsdienst ist bekanntermaßen angespannt und immer wieder Gegenstand der Diskussion auch der Gesundheitsministerkonferenz. Immer wieder angesprochene Problemfelder sind mangelnde Ressourcen für steuerungsrelevante Tätigkeitsfelder wie die Gesundheitsberichterstattung oder Gesundheitskonferenzen, für Aufgaben in der psychosozialen Beratung oder in der Gesundheitsförderung, im Gesundheitsschutz sowie insbesondere auch die Nachwuchsgewinnung im ärztlichen Bereich.

Die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) hatte vor dem Hintergrund der anhaltenden Diskussion 2015 beschlossen, eine Erhebung zur Personalsituation in den Gesundheitsämtern der Länder durchzuführen. Dabei sollte lediglich ein Überblick über die Personalstruktur und das Beschäftigungsvolumen gewonnen werden, ein Leistungsvergleich zwischen Gesundheitsämtern und Ländern war nicht Gegenstand der Erhebung. Dies wäre aufgrund der sehr unterschiedlichen Aufgabenzuschnitte auch gar nicht möglich.

Für diese Personalerhebung wurde ein kurzer Fragebogen unter den Ländern abgestimmt und Ende 2015 über die Länderministerien an die Gesundheitsämter gegeben. Die Auswertung übernahmen das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit und die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf. In die Auswertung konnten die bis zum 10. Februar 2016 eingegangenen Fragebögen einbezogen werden. Zum Stichtag gab es ausweislich der Angaben auf den Internetseiten der Länder 379 Gesundheitsämtern in Deutschland. Darauf bezogen lag der Rücklauf bei 62 % (n= 236).

Tätigkeiten

Die Erhebung hat auch die regelmäßigen Tätigkeiten der Gesundheitsämter abgefragt. 235 Fragebögen konnten hier in die Auswertung einbezogen werden. Die Angaben bestätigen, dass es einen Kernbestand an Aufgaben

gibt, der bundesweit von allen Ämtern wahrgenommen wird (z.B. Aufgaben nach Infektionsschutzgesetz), und dass darüber hinaus die Arbeit der Gesundheitsämter von einer großen Breite und Heterogenität geprägt ist (Abb.1).

Die im Fragebogen vorgegebenen Tätigkeitskategorien wurden von den Gesundheitsämtern noch um weitere Tätigkeiten ergänzt, z.B. Untersuchungen von Flüchtlingen. Aus den Angaben wird einerseits die hohe Relevanz von Aufgaben im Bereich „Old Public Health“ (z.B. Infektionsschutz, Hygiene, amtsärztlicher Dienst) ersichtlich. Darüber hinaus gibt die Verteilung der Tätigkeiten andererseits Hinweise auf den zunehmend hohen Stellenwert von „New Public Health“ im ÖGD (z.B. Gesundheitsförderung: 95 % der Ämter, Gesundheitsberichterstattung: 80 %, Gesundheitsplanung: 41 %, kommunale Gesundheitskonferenz: 37 %). Diese „doppelte Kompetenz“ in beiden Public Health-Bereichen setzt qualifiziertes Personal voraus. Die große Vielfalt und Spannweite an Tätigkeiten lässt des Weiteren auf eine hohe Interdisziplinarität der Personalstruktur schließen.

Personalstruktur

Für die Personalstruktur waren 193 Fragebögen auswertbar. Die Erhebung der Personalstärke basiert auf Vollzeitäquivalenten. Teilt man die Gesundheitsämter in drei Größenklassen ein, so sind zwei Fünftel (39 %) kleine Ämter mit weniger als 20 Stellen, ein Drittel (34 %) sind mittelgroße Ämter mit 20 bis 40 Stellen und



ein gutes Viertel (26 %) sind große Ämter mit 40 und mehr Stellen. Die Größenverteilung hat sich im Vergleich zu einer Erhebung im Jahr 2007 kaum verändert¹. Erwartungsgemäß nehmen größere Ämter häufiger Steuerungsaufgaben, wie z.B. Gesundheitsberichterstattung und kommunale Gesundheitskonferenzen wahr, da hier eher die personellen Voraussetzungen dafür vorliegen.

Betrachtet man die Verteilung auf die unterschiedlichen Berufsgruppen, so zeigt sich, dass das Verwaltungspersonal, die Ärztinnen/Ärzte und Sozialpädagog/innen mit je einem Fünftel der Stellen die größten Berufsgruppen stellen. Mit je einem Zehntel folgen die Hygienekontrollleur/innen und die Medizinischen Fachangestellten (Tab. 1).

Mit Blick auf die Zukunft des ÖGD und den Bedarf an Nachwuchskräften ist die Altersstruktur der Beschäftigten von hoher Bedeutung. Bei den befragten Ge-

sundheitsämtern waren etwa 500 Ärztinnen und Ärzte älter als 55 Jahre, ein relevanter Anteil² des Personalbestands im ärztlichen Bereich und – wenn man unterstellt, dass es in den nicht erfassten Gesundheitsämtern ähnlich ist – in den nächsten 10 Jahren etwa 1.000 allein altersbedingt zu ersetzenden Ärzte eine große Herausforderung für die Nachwuchsgewinnung im ÖGD darstellen. Auch bei anderen Schlüsselqualifikationen gibt es viele Beschäftigte über 55 Jahre. Trotz der Unsicherheiten der Datenlage dieser Erhebung deutet dies darauf hin, dass der Anteil der älteren Beschäftigten in den Gesundheitsämtern möglicherweise höher ist als im Durchschnitt der deutschen Wirtschaft³.

Fazit und Ausblick

Die von der AOLG beauftragte Erhebung unterliegt zwar vom Rücklauf und der Datenqualität her einigen Einschränkungen, aber sie bestätigt noch einmal, dass die Vielfalt der Tätigkeiten den ÖGD zu einem ausgeprägt interdisziplinären Arbeitsfeld hat werden lassen und dass sich auch aktuelle Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen, z.B. der Ausbau der Prävention oder der regionalen Steuerungselemente im Gesundheitswesen, durchaus im ÖGD und seiner Personalzusammensetzung widerspiegeln. Allerdings sind solche Entwicklungen, wie aus anderen Quellen hervorgeht, personell nicht immer ausreichend abgesichert und geben Anlass, die Passung von Personal, Strukturen und Leitbild des ÖGD zu überdenken⁴. Auch die Sicherstellung einer qualifizierten Fort- und Weiterbildung für die Gesundheitsämter und die Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Einrichtungen sind in diesem Kontext zu bedenken. Die demografische Struktur der Beschäftigungsverhältnisse in

den Gesundheitsämtern scheint prekär, insbesondere im Hinblick auf die Wiederbesetzbarkeit hochqualifizierter Arztstellen. Dies gilt insbesondere auch mit Blick darauf, dass die Arztlücken im ÖGD ohnehin seit vielen Jahren rückläufig sind – seit den 1990er Jahren um ca. 40 %⁵.

Die Gesundheitsministerkonferenz hat im Juni 2016 diese Sachlage aufgegriffen und einen weitreichenden Grundsatzbeschluss zur Weiterentwicklung des ÖGD gefasst. Diesen Impuls gilt es nun aufzugreifen, die Länder sind aufgerufen, im Sinne des GMK-Beschlusses aktiv zu werden.

Franziska Poppe, Dagmar Starke, Joseph Kuhn

¹ Stockmann S et al. (2008) Kommunale Gesundheitsberichterstattung in Deutschland: eine empirische Erhebung. Gesundheitswesen 70: 679-683.

² Da die Zahl der Älteren nach Köpfen abgefragt wurde, wird kein Anteil an den Vollzeitäquivalenten ausgewiesen.

³ www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Gesamtwirtschaft/Umwelt/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/Beschaeftigungsstatistik/Altersgruppen.html

⁴ Siehe dazu auch die Ausführungen zum ÖGD in der Stellungnahme der Leopoldina „Public Health in Deutschland“, Berlin 2015:

⁵ Teichert-Barthel U (2013) Öffentlicher Gesundheitsdienst, Prävention und Gesundheitsförderung. Prävention 36: 99-102. www.leopoldina.org.

⁶ https://www.gmkonline.de/

Tab. 1: Berufe im ÖGD (Vollzeitäquivalente, n = 193)

Beruf	Vollzeitäquivalente	Anteil an allen	Anteil am Fachpersonal
Verwaltungsangestellte	1.512	20,1%	
Ärztinnen/Ärzte	1.392	18,5%	23,2%
Sozialpädagoge/-innen	1.373	18,3%	22,9%
Hygienekontrollleur/-innen	787	10,5%	13,1%
Med. Fachangestellte	739	9,8%	12,3%
Sozialmed.Assistent/-innen	349	4,7%	5,8%
Zahnmedizinische Fachangestellte	280	3,7%	4,7%
Zahnärztinnen/Zahnärzte	164	2,2%	2,7%
Gesundheitsingenieur/-innen	145	1,9%	2,4%
Psychologe/-innen	99	1,3%	1,6%
Med.-techn. Assistent/-innen	77	1,0%	1,3%
Sozialwissenschaftler/-innen	33	0,4%	0,6%
Gesundheitswissenschaftler/-innen	30	0,4%	0,5%
Heilpädagoge/-innen	16	0,2%	0,3%
Naturwissenschaftler/-innen	11	0,1%	0,2%
Sonstige (Logopäde/-innen, Apotheker/-innen etc.)	503	6,7%	8,4%

Quelle: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Ansprechpartner/innen:

Franziska Poppe, Joseph Kuhn
 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit,
 GE 4.2 – Gesundheitsberichterstattung, Sozialmedizin, Öffentlicher Gesundheitsdienst
 Veterinärstr. 2,
 85764 Oberschleißheim
 joseph.kuhn@lgl.bayern.de

Dagmar Starke
 Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf
 Kanzlerstr. 4, 40472 Düsseldorf
 starke@akademie-oegw.de