

Blickpunkt öffentliche Gesundheit

Herausgeber: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

Nachgefragt: Unbegleitete
minderjährige Flüchtlinge

Seite 3

Warum „Seiteneinsteiger-
untersuchungen“ wichtig sind

Seite 4/5

PSNV: „Wenn das Erlebte zu
schrecklich ist...“

Seite 8

Globale und nationale Gesundheitsdaten: die aktuellen Trends

Bevölkerungsbezogene Daten zu Krankheit und Gesundheit sind zahlreicher vorhanden und besser zugänglich als je zuvor. Entsprechend gut aufbereitet können diese Daten wertvolle Impulse für die Gesundheitspolitik auf globaler, nationaler und regionaler Ebene liefern. Ende 2015 erschienen zwei umfangreiche Publikationen, die diesen Anspruch, Impulsgeber für die Politik zu sein, offensiv vertreten: Eine systematische Übersichtsarbeit der „Global Burden of Disease“-Gruppe in der Zeitschrift „The Lancet“ und der Bericht des Robert-Koch-Instituts „Gesundheit in Deutschland“.

Die Datensammler WHO und RKI: Unter dem Dach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) arbeiten zahlreiche Wissenschaftler der „Global Burden of Disease“-Gruppe an einer Standardisierung von Gesundheits- bzw. Krankheitsindikatoren. Für die aktuelle Analyse werteten sie 35.620 epidemiologische Quellen aus 188 Ländern aus – eine beeindruckende Leistung, die nicht zuletzt durch eine Förderung der Bill und Melinda Gates-Stiftung ermöglicht wurde. Im Fokus standen neben Grunddaten zu Krankheitszahlen Angaben zur Kennzahl „Lebensjahre mit gesundheitlicher Beeinträchtigung“ (Years of Life lived with disability: YLD). Es geht daher weniger um solche Erkrankungen, die zu einer starken Reduktion der Lebenserwartung führen, sondern um solche, die nicht direkt zum Tod führen.

Das 500-seitige Werk „Gesundheit in Deutschland“ des Robert Koch-Instituts versteht sich als nationales „Public-Health“-Monitoring und verfolgt daher einen breiteren Ansatz. Die Autoren referieren Krankheitsdaten aus vielerlei Quellen und fassen Erkenntnisse zu Risikofaktoren zusammen. Weitere Kapitel gehen auf Prävention, Versorgungs-

strukturen, Gesundheitsausgaben sowie auf die Querschnittsthemen ältere Menschen und demografischer Wandel ein.

Das lokale Handeln scheint im RKI-Bericht merkwürdig unterbelichtet zu sein. Möglicherweise liegt es an der unzureichenden Literaturlage bzw. am mangelnden Interesse der Wissenschaft.

Globale Trends: Die in der „Global Burden of Disease“-Studie verwendete YLD-Kennzahl ist eine politische Größe: Sie weist auf Entwicklungen bzw. die Verlagerung von Erkrankungshäufigkeiten hin, die möglicherweise im Zusammenhang mit Präventions- oder Behandlungsmaßnahmen in den einzelnen Ländern stehen können. Die „Lebensjahre mit gesundheitlicher Beeinträchtigung“ werden berechnet, indem die Summe der Prävalenz mit der Bedeutung der Schwere des Gesundheitsverlustes in der Bevölkerung multipliziert wird. Das Ergebnis enthält also immer eine normative Komponente. Sie soll nach dem Willen der Autoren für gesundheitspolitische Entschei-

dungen sowie für Finanzierungsentscheidungen im Gesundheitswesen genutzt werden.

Während die Lebenserwartung steigt, hat auch die Anzahl der Jahre, in welchen die Menschen mit einer Behinderung bzw. Erkrankung leben, in den meisten der 188 Länder zugenommen. In den Industrienationen Europas und Nordamerikas sowie in Australien ist der Anteil der YLD besonders hoch. Psychische Erkrankungen, insbesondere Depression, verursachen dort eine hohe Anzahl von YLD, auch in Deutschland. Die Autoren weisen darauf hin, dass die Belastung gerade bei diesen Erkrankungen durch Behandlungsmaßnahmen deutlich gesenkt werden kann.

In den anderen Kontinenten und (sub-) tropischen Regionen spielen Infektionen eine größere Rolle. Eine erfreuliche Nachricht: Verletzungen sind global rückläufig. Beachtlich ist der Rückgang von verkehrsbedingten YLD um 30 Prozent seit 1990 im Durchschnitt der 188 Länder. Insgesamt hatten jedoch nur 4,3 Prozent der Bevölkerung keine Einschränkung im Jahr 2013.

Die Datengrundlage eignet sich noch lange nicht perfekt für eine globale Gesundheitsberichterstattung. Aber je mehr Daten vorhanden sind und je besser die Erfassung ist, umso besser werden Vergleichbarkeit und Validität der Informationen. So ist die Basis der Studie im Vergleich zu 2010 um Daten aus Krankheitsregistern, Surveys sowie Routinedaten aus der Versorgung gewachsen. Hinzu kommt eine ständige Erweiterung der Computer-Kapazität, die konsistente Schätzungen mit aufwändigen Rechenmodellen ermöglicht.



Foto © FPWing - fotolia.com

Wie ist es um die Gesundheit der Bevölkerung bestellt – weltweit und in Deutschland?

Nationale Trends: In Übereinstimmung mit der Global Burden of Disease-Studie zeigt der Trend in Deutschland einen leichten, aber stetigen Anstieg der Lebenserwartung. Typisch für Industrieländer sind die Haupt-Todesursachen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind für fast 40 Prozent der Todesfälle verantwortlich (obwohl der Anteil an der Gesamtsterblichkeit langfristig zurückgegangen ist). Krebserkrankungen stehen mit 25 Prozent an zweiter Stelle in der Todesursachenstatistik. Für beide Diagnosen gibt es positive Trends

Letztlich sind es aber die Akteure vor Ort – nicht selten mit dem Gesundheitsamt als Initiator oder in moderierender Funktion – welche die hehren Gesundheitsziele in konkrete Maßnahmen übersetzen.

zu vermeiden: Die Neuerkrankungsraten von Herzinfarkt und Schlaganfall sind in den letzten zwanzig Jahren gesunken, vermutlich durch bessere Prävention, Therapiemöglichkeiten und Versorgung. Beim Krebs steigen zwar die Neuerkrankungen, aber in einigen Krebsarten gingen die Sterblichkeitsraten zurück.

Sorge bereitet dagegen die Ausbreitung der „Volkskrankheit“ Diabetes. Diese Diagnose soll nach dem Willen des Gesundheitsministers wegen der volkswirtschaftlichen Bedeutung der Krankheitskosten unter verstärkter Beobachtung des RKI gestellt

werden: Das Berliner Institut hat den Auftrag bekommen, eine „nationale Diabetes-Surveillance“ zu installieren.

Im Kapitel Risikofaktoren legt der Gesundheitsbericht besonderes Augenmerk auf den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit. Wenn in den vorherigen Kapiteln berichtet wird, dass sich viele Gesundheitsindikatoren verbessert haben, heißt das noch lange nicht, dass dies für alle Bevölkerungsschichten gilt. Der durch den sozioökonomischen Status bedingte Unterschied in der mittleren Lebenserwartung beträgt bei Frauen 8,4 und bei Männern 10,8 Jahre.

Interessant ist auch der Vergleich der Risikofaktoren auf europäischer Ebene: Während Deutschland beim Rauchen leicht unter dem EU-Durchschnitt liegt, schneiden die Deutschen beim Alkoholkonsum und beim Übergewicht schlechter ab als Europas Durchschnitt.

Lokales Handeln: Die wichtigste Frage nach der Lektüre der umfangreichen Studien ist: Was folgt aus den Daten? Trotz teilweise unzureichender Datenlage oder eingeschränkter Vergleichbarkeit (insbesondere bei internationalen Rankings) kommen keine grundsätzlichen Zweifel an den oben beschriebenen großen Trends auf.

Die Autoren des RKI-Berichts fügten jedem Kapitel einige Sätze zu „Handlungsfeldern und Herausforderungen“ an. Darin referieren sie diverse WHO- und UN-Strategien gegen nicht über-

Fortsetzung auf Seite 2

Lebensjahre mit gesundheitlicher Beeinträchtigung: Was sind die Ursachen?

Top 5 in Deutschland

- 1 Rückenschmerz
- 2 Schwerhörigkeit
- 3 Nackenschmerz
- 4 Stürze
- 5 Diabetes

Quelle: Gesundheit in Deutschland (2015)

Top 5 global

- 1 Rückenschmerz
- 2 Depression
- 3 Eisenmangel-Anämie
- 4 Nackenschmerz
- 5 Schwerhörigkeit

Quelle: Global Burden of Disease Study (1990-2013)

„Wer geht denn schon in den ÖGD?“

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



Daniel Foltys (Dr. med)

Alter: 38 Jahre
Familienstand: verheiratet, 2 Kinder
Interessen: Familie und Sport (Laufen, Kanu fahren, Fitness)

Im ÖGD...

seit April 2015, beim Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung (LSJV), Rheinland-Pfalz, im Bereich Infektionsschutz.

Vorher tätig...

als Chirurg in der Transplantationschirurgie.

Zum ÖGD gewechselt, weil...

zu hohe „Dienst- und Arbeitsbelastung“, Enttäuschung und Ernüchterung im Klinikalltag, zu wenig Zeit für Familie, Freunde und eigene Interessen.

Zweifel gehabt, ob...

die Arbeit auf dem Amt das „Richtige“ für mich ist.

Kollegen, Familie, Freunde meinten...

ich wäre nach kürzester Zeit unzufrieden und unterfordert.

Ungewohnt waren...

die Wochenenden ohne Dienste.

Weiß zu schätzen, dass ...

man geregelte und flexible Arbeitszeiten hat. Erlebe neue Wertschätzung und eine ungewohnte Work-Life-Balance!

Interessant ist...

der vollkommen andere Blickwinkel, spannende Fragestellungen zu Infektionsschutz, rechtlichen Aspekten und völlig neue Gesichtspunkte.

Rückblickend...

habe ich meine Entscheidung nicht eine Sekunde bereut. Ein ganz neues Lebensgefühl mit zurückgewonnenen Freiheiten.

Fortsetzung von Seite 1

tragbare Krankheiten, für aktives Altern, gegen gesundheitliche Ungleichheit usw. Auch den nationalen Gesundheitszielen ist ein eigenes Kapitel gewidmet – aber dann ist auch schon Schluss. Das lokale Handeln scheint im RKI-Bericht merkwürdig unterbelichtet zu sein. Möglicherweise liegt es an der unzureichenden Literaturlage bzw. am mangelnden Interesse der Wissenschaft. Auf der halben Seite, die den Gesundheitszielen in den Kommunen gewidmet ist, bedauern die Autoren: „Eine Gesamtschau der Aktivitäten der Kommunen liegt leider nicht vor.“ Letztlich sind es aber die Akteure vor Ort – nicht selten mit dem

Gesundheitsamt als Initiator oder in moderierender Funktion – welche die hehren Gesundheitsziele in konkrete Maßnahmen übersetzen. Epidemiologische Daten liefern wertvolles Hintergrundwissen. Auf kommunaler Ebene müssen sie jedoch noch durch regionale Informationen ergänzt werden, um die richtigen gesundheitspolitischen Entscheidungen treffen zu können.

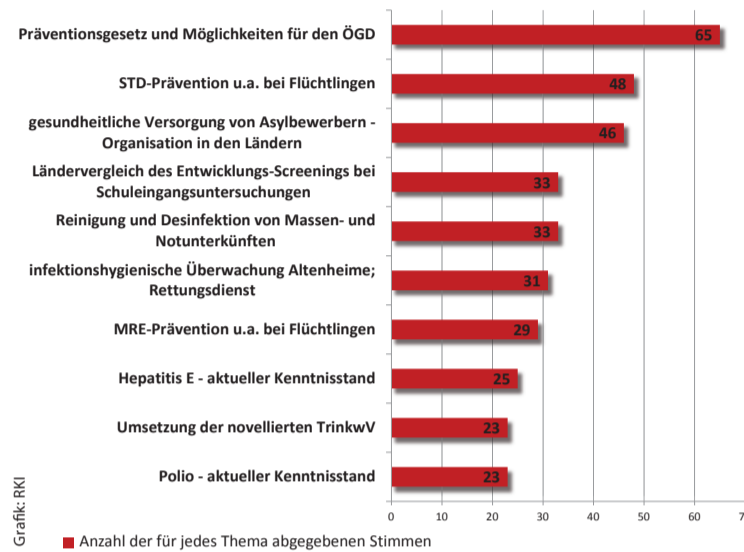
Miguel Tamayo

Quellen
 Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators (2015): Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013. In: The Lancet, 386 (10010): 2287–323.
 Robert Koch-Institut (Hg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Berlin.

Webinare 2016

Auch 2016 bietet die Akademie mit Unterstützung des Robert-Koch-Instituts wieder Webinare an. Weiterhin ist der erste Mittwoch in jedem geraden Monat „Webi-Day“. Das erste Webinar in diesem Jahr fand am 3. Februar zum Thema „Präventionsgesetz und Möglichkeiten für den ÖGD“ statt. Das nächste Webinar „STD-Prävention u. a. bei Flüchtlingen“ ist am 6. April vorgesehen. Wie die Grafik zeigt, standen diese beiden Themen auf der Wunschliste der Teilnehmer ganz oben. Die anderen Themen werden der Reihenfolge nach zum Zuge kommen, wobei, natürlich, aufgrund aktueller Ereignisse kurzfristige Änderungen möglich sind. Derzeit wird zudem an einer technischen „Aufrüstung“ gearbeitet, um noch mehr Interessierten die Teilnahme zu ermöglichen: entweder als aktive Teilnehmer oder als Zuhörer. Wir werden Sie informieren!

Teilnehmerbefragung zu den Themenwünschen für die ÖGD-Webinare 2016
 (n = 97; die Teilnehmenden konnten jeweils bis zu 5 Stimmen abgeben)



Neuer Ausbildungsleiter

Stabwechsel an der Akademie: Am 1. Februar 2016 hat Frank Döblitz den Bereich Lebensmittelsicherheit/Lebensmittelüberwachung von seinem Vorgänger Holger Kretschmar übernommen. Dieser verabschiedete sich Ende 2015 nach mehr als 36 Jahren bei der Akademie in den Ruhestand. Frank Döblitz, 45 Jahre alt, ist gelernter Koch und kommt aus Hamburg. Er hat viel im Ausland gearbeitet: jeweils ein Jahr in Indien, Frankreich, Japan und im Königreich Tonga im Südpazifik. Die langjährigen beruflichen Erfahrungen im In- und Ausland mündeten 2000 in eine Küchenmeisterausbildung. Ein Jahr später wechselte er dann in die Lebensmittelkontrolle, durchlief die Ausbildung zum Lebensmittelkontrolleur und wurde selbst Ausbilder für diesen Beruf im Verbraucherschutzamt Hamburg-



Foto: privat

Nord. Nach 12 Jahren in der Lebensmittelkontrolle kam überraschend, wie er berichtet, das Angebot der Beiersdorf AG in Hamburg, als Qualitätsmanager im Beiersdorf Catering tätig zu werden. Er nahm es an. Von Beiersdorf, wo er zuletzt der Küchendirektion angehörte, wechselte er nun zur Akademie in Düsseldorf. Warum? Was macht diese Stelle für ihn interessant? Vor allem die Unterrichtstätigkeit, meint er, der Umgang mit jüngeren Menschen aus unterschiedlichen Bundesländern, die man für die verantwortungsvolle Aufgabe der Lebensmittelüberwachung auch theoretisch fit machen müsse. Eine entsprechende Ausbildung für Berufsanfänger zu konzipieren sowie Fortbildungen anzubieten, die den Wissensstand aktuell halten – das sei eine kreative Tätigkeit, die ihm Spaß mache. Vorrangig sei dabei sicherlich die Vermittlung der relevanten (EU-) Rechtsvorschriften. Frank Döblitz hat sich während seiner langjährigen Berufstätigkeit kontinuierlich fortgebildet. Bereits seit 16 Jahren ist er für die Akademie immer wieder als Dozent im Einsatz gewesen. Was bisher Nebentätigkeit war, wird nun seine Hauptbeschäftigung. Wir wünschen ihm einen guten Start und viel Erfolg!

Bitte vormerken!

ÖGD-Kongress in Reutlingen

Unter dem Motto „Öffentliche Gesundheit im Spiegel der Zeit“ findet vom 28. bis 30. April der 66. Wissenschaftliche Kongress des Öffentlichen Gesundheitsdienstes statt. Treffpunkt ist in diesem Jahr Reutlingen in Baden-Württemberg. Als Themen der Plenarveranstaltungen sind gesetzt:



Stadthalle Reutlingen © Stadthalle Reutlingen

- Neue und bekannte Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Kommune, auf Bundesebene und International
- Erste Ergebnisse des mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit geförderten Projekts „Der ÖGD in der Zeit des Nationalsozialismus“
- Die Flüchtlingsproblematik und die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes unter dem Aspekt der Bekämpfung impfpräventabler Erkrankungen sowie des Infektionsschutzes.

Wie in jedem Jahr werden die Plenarveranstaltungen durch das inhaltlich weit gefächerte Programm der einzelnen Ausschüsse ergänzt. Mehr hierzu und zu den Anmeldeformalitäten unter: www.bvoegd.de

Impressum

Herausgeber und Vertrieb:
 Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Kanzlerstraße 4, 40472 Düsseldorf
 Tel. (0211)31096-0, Fax (0211)31096-69
 Internet: www.akademie-oegw.de
 Die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen ist eine öffentlich-rechtliche Anstalt der Länder Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein.

Redaktion:
 Ellen Steinbach (v. i. S. d. P.),
 E-Mail: steinbach@akademie-oegw.de
 Petra Münstedt
 E-Mail: muenstedt@akademie-oegw.de
 Miguel Tamayo
 E-Mail: gesundheit@tamayo.de

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

Anzeigen
 Ellen Steinbach
Druck: Griebsch & Rochol Druck, Oberhausen
 Auflage: 4300, Ausgabe: Februar 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 Ausgabe 2/2016 ist der 4. April 2016
 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

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

Nachgefragt

Am 1. November 2015 trat das „Gesetz zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer Kinder und Jugendlicher“ in Kraft. Dieses neue Gesetz wird – so die Erwartung der für die Jugendhilfe Verantwortlichen in Dortmund – die Situation auch in ihrer Stadt hoffentlich etwas entspannen. Dortmund ist Standort einer großen Erstaufnahmeeinrichtung des Landes und einer der Zuwanderungsschwerpunkte innerhalb von NRW. Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, die in Dortmund ankommen, werden vom Jugendamt in „Obhut genommen“. So schreibt es das Sozialgesetzbuch VIII vor. Die Verpflichtung zur (vorläufigen) Inobhutnahme besteht für das erstaufnehmende Jugendamt auch weiterhin, allerdings ist nach dem neuen Gesetz jetzt die Möglichkeit einer Weiterverteilung auf andere Kommunen im selben Bundesland oder in andere Bundesländer gegeben. Diese Regelung lässt Jugendamtsleiter Klaus Burkholz hoffen, Hilfemaßnahmen zukünftig besser planen und organisieren zu können. Auf circa 400 Kinder und Jugendliche, wie der Landeszuweisungsschlüssel vorsieht, kann die Stadt sich vorbereiten. Aber die Zahlen, die sich 2015 abzeichneten, waren ganz andere.

Herr Burkholz, wie viele unbegleitete minderjährige Flüchtlinge hat Dortmund im Laufe des Jahres 2015 aufgenommen? Gibt es genaue Zahlen?
Das Jugendamt der Stadt Dortmund hat im Januar 2015 insgesamt 315 unbegleitete jugendliche Flüchtlinge betreut. Bis Juni 2015 ist der Zustrom der Flüchtlinge kontinuierlich, aber ziemlich linear auf 518 Jugendliche angestiegen. Die Entwicklung der Sommermonate bis Oktober hat dann einen dramatischen Verlauf genommen. Zum Stichtag 1. November 2015 haben wir in Dortmund 1.128 Jugendliche in Obhut

Zum Stichtag 1. November 2015 haben wir in Dortmund 1.128 Jugendliche in Obhut genommen und durch die Träger der freien Jugendhilfe betreuen lassen.

genommen und durch die Träger der freien Jugendhilfe betreuen lassen. Von diesen Jugendlichen kam der Großteil aus Syrien, weitere Jugendliche mit einigem Abstand aus Albanien und Afghanistan. Über 30 Nationalitäten werden insgesamt betreut. Circa 40 Prozent der Jugendlichen sind im Alter von 17 Jahren, ein Großteil der weiteren Jugendlichen ist zwischen 13 und 16 Jahren alt. Bis zum 1.11.2015 waren an diese Inobhutnahmen 3.434 Alterseinschätzungen geknüpft.

Was passiert mit diesen Kinder und Jugendlichen nach der Ankunft? Für sie gilt ja nicht nur das Aufenthalts- und Asylrecht sondern auch das Kinder- und Jugendhilferecht. Was heißt das konkret?

Kinder und Jugendliche werden in der Erstaufnahmeeinrichtung des Landes NRW in Dortmund Hacheney registriert und erstversorgt. Zweier-Teams von Sozialarbeitern und zusätzlichen Dolmetschern stellen den Kontakt her und nehmen je nach Notwendigkeit eine erste Alterseinschätzung vor. Nach der Alterseinschätzung werden die Jugendlichen in Obhut genommen oder verbleiben als Volljährige in der Erstaufnahmeeinrichtung. Jugendliche, die wir in Obhut nehmen, werden in enger Abstimmung mit den Trägern versorgt. Bis zum Sommer 2015 konnten hierzu überwiegend Regelplätze der stationären Jugendhilfe genutzt werden. Mit dem hohen Zustrom von unbegleiteten Jugendlichen ab Sommer 2015 mussten Notunterkünfte

eingerrichtet werden, um eine drohende Obdachlosigkeit zu verhindern. Seit dem 1. November 2015 werden die Jugendlichen vorläufig in Obhut genommen und nach einem landesweiten Verteilfahren durch die Landesverteilstelle Köln des LVR an andere Kommunen in NRW weitergeleitet.

...an diese Inobhutnahmen waren 3.434 Alterseinschätzungen geknüpft.

Kinder und Jugendliche genießen einen hohen individuellen Schutz. Deshalb ist es für die Jugendhilfe insbesondere wichtig, während der Betreuung Bildungs- und Integrationsangebote zu machen, die den Jugendlichen eine schnelle und gelingende Integration in die deutsche Gesellschaft ermöglichen. Dies tun wir in Dortmund in enger Kooperation mit dem Fachbereich Schule, der wiederum dafür Sorge trägt, Schulplätze zur Verfügung zu stellen. Durch die Zusammenarbeit von Schule, Jugendhilfe, freien Trägern und dem bürgerschaftlichen Engagement entwickeln und setzen wir Maßnahmen um, die in der Tagesstruktur für die jugendlichen Flüchtlinge die Integration fördern sollen.

Was hat sich als besonders schwierig herausgestellt?

Mit dem hohen Zustrom von Flüchtlingen ab Sommer 2015 ist die Erstversorgung bedeutend schwieriger geworden. Auch in einer Großstadt wie Dortmund ist es schwierig, ausreichend Unterbringungsplätze zu finden, die den Standards der Jugendhilfe entsprechen. Daher musste ein Teil der Jugendlichen in Unterkünften einquartiert werden, die entweder sukzessiv den Stan-

Über 30 Nationalitäten werden insgesamt betreut.

dards der Jugendhilfe angepasst oder auch wieder aufgegeben werden. Plätze in Notunterkünften, die den Kriterien von sauberer Unterbringung, guter Verpflegung und sicherer Betreuung entsprechen, müssen kurzfristig in reguläre Plätze der Jugendhilfe umgewandelt werden.

Wie lange braucht es bzw. wird es brauchen, um Strukturen und Abläufe aufzubauen, die eine angemessene Betreuung und Versorgung sicherstellen?

Dortmund bereitet sich darauf vor, entsprechend des Landeszuweisungsschlüssels, für circa 400 Jugendliche eine Unterbringung, Versorgung und Bildung zu etablieren. Die zum Stichtag 1.11.2015 in Dortmund in Obhut genommenen 1.128 Jugendliche werden aber erst sukzessive durch Hineinwachsen in den Erwachsenenstatus aus der Jugendhilfe entlassen. Da mit der Zuwanderung ab Sommer 2015 eine große Anzahl an jüngeren Jugendlichen im Alter von 14 und 15 Jahren nach Dortmund geflüchtet ist, wird es länger dauern, bis in Dortmund der Status von Normalität wieder erreicht wird. Wir werden aber nicht warten, bis sich die Situati-

Mit dem hohen Zustrom von unbegleiteten Jugendlichen ab Sommer 2015 mussten Notunterkünfte eingerichtet werden, um eine drohende Obdachlosigkeit zu verhindern.

on durch das zunehmende Alter der Flüchtlinge normalisiert hat, sondern gemeinsam mit allen betroffenen Institutionen den zur Zeit deutlichen Mangel an angemessenen Bildungs- und Betreuungsstandards abbauen. Eine exakte Zeitbestimmung ist nicht möglich.

Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt?

Das Gesundheitsamt ist in Dortmund im Rahmen der Krisenstäbe zur Flüchtlingsproblematik eingebunden und unterstützt hilfreich die Bewältigung der Krise. Wir nutzen und schätzen die Zusammenarbeit mit dem gesamten Gesundheitssystem, insbesondere bei der Feststellung psychischer

...es wird länger dauern, bis in Dortmund der Status von Normalität wieder erreicht wird.

Belastungen und Störungen bei jugendlichen Flüchtlingen. Bei Feststellungen manifester Störungen kann somit eine adäquate Versorgung eingeleitet werden, die den Jugendlichen langfristig ein Leben in der Gemeinschaft ermöglicht.

Welche Erwartungen verbinden Sie mit dem neuen „Gesetz zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer Kinder und Jugendlicher“?

Wir begrüßen ausdrücklich den Umstand, dass das Gesetz zum 1.11.2015 in Kraft getreten ist und Dortmund mit einigen anderen Jugendämtern nicht mehr die Hauptlast der Zuwanderung zu tragen hat. Damit verknüpfen wir die Hoffnung, dass nach den anfänglichen Startschwierigkeiten eine zügige Umverteilung der Jugendlichen durch die Landesverteilstelle in alle Jugendamtsbezirke dieser Republik vollzogen

werden kann. Eine erfolgreiche Integration kann nur durch den Schulterschluss aller beteiligten Länder und Kommunen gelingen.

Und noch eine letzte Frage zur Alterseinschätzung – ein hochstrittiges Thema. Welche Position vertreten Sie hier?

Um dieser Situation, die gesellschaftlich kontrovers betrachtet wird, aus der Position der Jugendhilfe gerecht zu werden, setzen wir vor Ort zwei erfahrene Sozialarbeiter mit einem Dolmetscher gemeinsam zur Klärung der Situation ein. Die Alterseinschätzung wird mit Hilfe eines strukturierten Leitfadens durchgeführt, in schwierigen Einzelfällen wird

Eine erfolgreiche Integration kann nur durch den Schulterschluss aller beteiligten Länder und Kommunen gelingen.

eine gutachterliche Beurteilung eingeholt. Eine Alterseinschätzung ist besonders in den Fällen notwendig und gerechtfertigt, in denen Altersangaben gemacht werden, die offenkundig nicht der Realität entsprechen. Das Zusammenleben von weit über 20 Jahre alten Flüchtlingen mit Jugendlichen führt definitiv zu Verwerfungen in der Alltagssituation. Für Jugendliche ist es notwendig und sinnvoll, in altershomogenen Gruppen zusammenzuleben.

Interview: Ellen Steinbach

Klaus Burkholz, Dipl.-Sozialarbeiter, ist seit 1979 am Jugendamt der Stadt Dortmund tätig. 2013 wurde er zum Amtsleiter bestellt.



Foto: privat

Täglich frische Stellenangebote zum Frühstück!

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

<https://jobs.kliniken.de>

Warum „Seiteneinsteigeruntersuchungen“ wichtig sind

Die Zahl der neu zuwandernden Kinder und Jugendlichen wächst. 31,1 Prozent der Asyl-Erstanträge (d.h. 137 479) wurden 2015 von Kindern und Jugendlichen gestellt. 2013 entsprach dies noch der Gesamtzahl aller ausländischen Kinder und Jugendlichen, die nach Deutschland kamen. In den regionalen bzw. kommunalen Zuwanderungsschwerpunkten fällt der Anstieg noch deutlicher aus. Beispiel: Dortmund. 2014 verzeichnete Dortmund 1.072 seiteneinsteigende Kinder- und Jugendliche in den Schulen, ein Jahr später meldete das Schulamt bereits insgesamt 2.816 neu zugewanderte Kinder und Jugendliche beim Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. Unbegleitete Minderjährige stehen dabei besonders im Fokus des öffentlichen Interesses. Die Anzahl der vorläufigen Inobhutnahmen von ausländischen Kindern und Jugendlichen nach unbegleiteter Einreise stieg in Deutschland von unter 2.000 im Jahr 2009 auf über 11.600 in 2014 - allerdings mit großen regionalen Unterschieden. So verteilten sich 2013 in NRW 90 Prozent der Inobhutnahmen auf sieben von 187 Jugendämtern (siehe auch Seite 3: Nachgefragt).

Die Vielfalt bei den neu zuwandernden Kindern und Jugendlichen ist groß. Sie kommen aus ganz unterschiedlichen Herkunftsländern und auch die Gründe für die Migration sind so verschieden wie ihre bisherige Lebenssituation. Nach ihrer Ankunft in Deutschland und in der Kommune sollen all diese Kinder gemeinsam mit den hier lebenden Kindern und Jugendlichen die Schule besuchen. Städte mit vielen neu zuwandernden Kindern bilden Auffang- bzw. Vorbereitungsklassen oder internationale Förderklassen. In anderen erfolgt die Beschulung in Regelklassen mit zusätzlicher Deutschförderung in kleinen Fördergruppen für Deutsch als Zweitsprache (DaZ). So gibt es in der Städteregion Aachen allein 68 internationale Förderklassen mit 17 bis 18 Schülern.

Klar zeichnet sich ab: Die Entwicklung fordert nicht nur Jugendhilfe, Schulsystem und die mit der Zuwanderung befassten Behörden heraus, sondern in besonderer Weise auch die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

In Deutschland ist die schulärztliche Untersuchung aller „Schulneulinge“ als wichtiger Bestandteil der Schulgesundheitspflege anzusehen. Das Problem: Neu aus dem Ausland

zuwandernde Minderjährige unterschiedlicher Altersstufen kommen nicht in einem bestimmten Einschulungsalter und auch nicht zu lange vorher feststehenden Terminen als Seiteneinsteigende in das Schulsystem. Gerade für sie wäre die Chance einer schulärztlichen Untersuchung zu Beginn ihrer Schulzeit in Deutschland aber bedeutsam, denn nur wenn schulrelevante sozialpädiatrische Befunde und Förderbedarfe erkannt werden, kann auf dieser Basis eine Beratung von Eltern und Schule und die Einleitung schulärztlicher Maßnahmen erfolgen.

Die Untersuchung von Seiteneinsteigenden ist deshalb teilweise, beispielsweise in NRW und Hessen, als verpflichtend verankert. Dem hohen Untersuchungs- und Beratungsbedarf wird dabei durchaus auch durch zusätzliche Stellen Rechnung getragen, so z. B. in Aachen mit je 2,2 Arzt- und Assistenzstellen. In anderen Bundesländern gibt es keine verpflichtenden Seiteneinsteigeruntersuchungen. Gleichwohl gelingt es auch dort manchen Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten, dies als zusätzliches Angebot aufzubauen.

Die Meldewege, auf denen die KJGDs über die Seiteneinsteigenden informiert werden, können auch innerhalb eines Bundeslandes wie NRW unterschiedlich

sein, z.B. über die Schulen bzw. Schulämter, aber auch über Integrationszentren oder vergleichbare Behörden. Individuelle schulärztliche Untersuchungen werden ebenfalls, bei Bedarf, durch Schulen veranlasst.

Ein wichtiger Aspekt für den KJGD: Die Untersuchungen der Seiteneinsteigenden sollten mit anderen Untersuchungsergebnissen z.B. nach § 62 Asylgesetz oder § 36 Absatz 4 Infektionsschutzgesetz so abgestimmt werden, dass ggf. Ergebnisse genutzt werden oder noch nachzulegende Untersuchungen und Impfungen durchgeführt oder veranlasst werden können.

Der KJGD kann durch die Untersuchung der Seiteneinsteigenden früh eine Lotsenfunktion im komplexen deutschen Gesundheits- und Hilfesystem übernehmen, wobei - hinsichtlich der Möglichkeiten - der Versichererstatus eine entscheidende Rolle spielt. Bei nicht versicherten Kindern ergibt sich die Frage der subsidiären Versorgung. Die Dokumentation der Seiteneinsteigeruntersuchungen bietet zudem eine Basis für die kommunale Gesundheitsberichterstattung und damit für die Ausrichtung der Strukturen für die gesundheitliche Versorgung zuwandernder Kinder- und Jugendlicher.

Erika Sievers,
Gabriele Trost Brinkhuus



Foto © Monkey Business - fotolia.com

Beispiel Wiesbaden, Hessen

Rechtsgrundlage: In Hessen ist die Seiteneinsteigeruntersuchung seit dem 15.07.2015 eine Pflichtuntersuchung, die durch die Verordnung über die „Zulassung und Ausgestaltung von Untersuchungen und Maßnahmen der Schulgesundheitspflege“ vom 19.06.2015 geregelt wird.

In Wiesbaden werden Seiteneinsteiger (SE)- und Erstaufnahmeuntersuchung nach Asylgesetz § 62 (3) kombiniert. Zu unterscheiden sind Seiteneinsteigeruntersuchungen *ohne* Erstuntersuchung (bei begleiteten Kindern und Jugendlichen von Zuwanderern, Kontingentflüchtlingen sowie bei bereits erstuntersuchten Asylbewerbern) von Seiteneinsteigeruntersuchungen *mit* Erstuntersuchung (bei unbegleiteten minderjährigen Ausländerinnen und Ausländern und bei bisher nicht erstuntersuchten Asylbewerbern).

Zahlen: Insgesamt 560 Seiteneinsteiger wurden im Jahr 2015 bis zum 15. Dezember in Wiesbaden gemeldet, hiervon waren 188 unbegleitete minderjährige Ausländer (Hauptherkunftsländer: Somalia, Afghanistan und Syrien). Die meisten begleiteten Seiteneinsteigenden stammten aus Syrien, dem Kosovo bzw. Albanien sowie aus Bulgarien, Rumänien und Polen.

Diagnosen: Bei 19,2 Prozent der untersuchten Kinder fanden sich Hinweise auf Sehstörungen. 59,5 Prozent der unbegleiteten minderjährigen Ausländer wiesen erhebliche Narbenbildungen am Körper auf, 5,9 Prozent Skabies. Diagnosen, die bei den unbegleiteten Kindern und Jugendlichen ein- bzw. zweimal gestellt wurden, waren Hepatitis C, offene Lungentuberkulose, Thrombose sowie deutliche Funktionseinschränkungen der Hand nach Messerstichverletzung, die hand-

chirurgisch versorgt wurden. Serologische HIV- und TPHA-Testungen waren alle negativ.

Ein Fallbeispiel: Der 15jährige, afghanische Mehala* (*Name geändert) ist einer der Jugendlichen, die, begleitet von einem Betreuer des Jugendamts und einem Sprachmittler, zur Untersuchung ins Gesundheitsamt kamen. Sein Schicksal steht beispielhaft für viele andere erschreckende Schilderungen gerade der unbegleiteten Flüchtlingskinder. Aus den Vorinformationen geht hervor, dass Mehala vor 15 Monaten mit seiner Mutter und jüngeren Geschwistern zunächst in den Norden Afghanistans, dann in den Iran geflohen ist, nachdem sein Vater vor seinen Augen ermordet wurde. Dort lebte die Familie fast ein Jahr lang. Als Mehala als Kämpfer rekrutiert werden sollte, floh er alleine in die Türkei, wo er einige Monate inhaftiert wurde, bis er über Griechenland und die westliche Balkanroute nach Deutschland fliehen konnte. Ein Kontakt zur Familie besteht aktuell nicht.

Zu Beginn der Anamneseerhebung hält Mehala gut Blickkontakt. Er berichtet, dass er in den letzten zwei Jahren keine Schule mehr besucht habe und fragt nach, wann er nun endlich Deutsch lernen dürfe. An konkreten Beschwerden gibt er neben Zeichen eines Infektes der oberen Luftwege Schmerzen im Bereich der rechten Hand an. Er rauche ein bis zwei Päckchen Zigaretten am Tag. Auf die Frage nach dem Schlaf wird Mehala unruhig, beginnt seine Hände zu kneten und schaut zu Boden: Er schlafe sechs Stunden mit Unterbrechungen: Neben den für ihn unerträglichen Gerüchen im Schlafsaal schrecke er durch Albträume auf. Er habe Angst vor Übergriffen durch Mitbewohner, die ihn aufgrund

25 Jahre Mikroprojekt & mehr ... 1988 – 2016

mikropro health

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

mikropro hades

- Mortalitätsstatistik und Todesbescheinigungen
- Elektronische Meldung an das Land

mikropro hygiene-wasser

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

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

Entwickelt in Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern

mikropro Software

Software für das Gesundheitsamt und den Öffentlichen Dienst

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

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

Beispiel Kiel, Schleswig-Holstein

Rechtsgrundlage: In Schleswig-Holstein sind schulärztliche Untersuchungen von Seiteneinsteigenden zu Schulbeginn keine ausdrückliche Pflichtaufgabe des KJGD. Die Lehrkräfte machten jedoch auf mögliche gesundheitliche Beeinträchtigungen bei den Schülern aufmerksam und dokumentierten damit den Bedarf einer schulärztlichen Untersuchung aller Kinder in den Sprachförderklassen „Deutsch als Zweitsprache“ (DaZ).

Zahlen: Ab Mai 2015 wurde eine solche Untersuchung ermöglicht,

da eine Kinder- und Jugendärztin mit muttersprachlichen türkischen und kurdischen Sprachkenntnissen in Teilzeit zunächst für sechs Monate zusammen mit weiteren Mitarbeiterinnen eingesetzt werden konnte. Von Mai bis September 2015 wurden 170 Kinder, überwiegend im Alter von 6 bis 11 Jahren, untersucht. Sie kamen aus über 20 unterschiedlichen Herkunftsländern, vor allem aus Syrien, Bulgarien, angrenzenden osteuropäischen Staaten und Afrika. Die meisten syrischen Familien haben monate- oder jahrelange Fluchtwege hinter sich.

Inzwischen hat sich die Zahl der zu untersuchenden Kinder auf annähernd 500 erhöht. Mehrheitlich waren diese Kinder entweder über das Asylverfahren oder als EU Bürger bereits mit einer Krankenversicherungskarte ausgestattet. Die Vorbereitung der Untersuchungen – die von allen Familien erfreulicherweise gut angenommen wird – ist logistisch aufwändig. Neben Eltern und Schulen sind Hilfsorganisationen und Dolmetscher einzubeziehen. Auch der Untersuchungsablauf bindet mehr Kapazitäten als die standardisierten Schuleingangsuntersuchungen vor Schulbeginn.

Ein Fallbeispiel: Auf Bitte seiner Lehrerin wird ein 13½-jähriger syrischer Junge (L.) schulärztlich untersucht. Aufgefallen waren mehrere inzwischen verheilte große Narben an Armen und Beinen, ein auffälliges Gangbild und eine eingeschränkte Mobilität im Sportunterricht. Mögliche knöchernen Verletzungen werden vermutet. In Syrien wurde das Haus der Familie durch Bomben zerstört, der Junge durch Bombensplitter verletzt und vor Ort medizinisch versorgt. 2014 flüchtete L. gemeinsam mit dem 24-jährigen Onkel nach Deutschland. Seit 6 Monaten leben beide gemeinsam in einer Sammelunterkunft, der Junge besucht seither eine DaZ-Klasse. Weitere Verletzungen oder andere Grunderkrankungen werden verneint.

Bei der körperlichen Untersuchung und der motorischen Testung fallen neben der Diagnose einer Adipositas die Ungeschicklichkeit des adipösen Jungen und das unkoordinierte Gangbild auf. Entdeckt wird eine ausgeprägte rechtskonvexe Skoliose mit deutlichem Rippenbuckel und Beugeeinschränkung nach vorn. Da sich L. in der Pubertät und damit im Wachstumsschub befindet, ist davon auszugehen, dass der Befund ohne Intervention noch deutlich zunehmen wird. Aus diesem Grund wird eine orthopädische Untersuchung veranlasst, die die Diagnose bestätigt. L. erhält neben einer Physiotherapie regelmäßige fachärztliche Kontrolluntersuchungen, um ggf. eine Korsettbehandlung einleiten zu können.

Im Fall von L. wird die Vielschichtigkeit der Untersuchung von Seiteneinsteigenden deutlich: Neben der Adipositas wurde eine der Familie unbekannt ausgeprägte Skoliose festgestellt und die Therapie eingeleitet. Die Vermutung, es gebe „nicht behandelte Knochenverletzungen“, konnte fachärztlich ausgeräumt werden. Gleichzeitig waren traumatisierende Ereignisse und die besondere Familiensituation des Jungen in den Blick zu nehmen.

Angelika Hergeröder

NRW: Qualitätsstandards weiterentwickeln

In NRW sind schulärztliche Untersuchungen für „Seiteneinsteigende“ verpflichtend. Wie das nordrhein-westfälische Gesundheitsministerium den ÖGD bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe unterstützt, erläutert die zuständige Referatsleiterin, Heike Reinecke.

Frau Reinecke, welche Erwartungen verbindet man in NRW mit den sogenannten Seiteneinsteigeruntersuchungen?

Durch die schulärztlichen Untersuchungen kann festgestellt werden, ob ein Kind einen besonderen Förder- oder Unterstützungsbedarf hat, um erfolgreich lernen zu können. Vor allem bei Kindern und Jugendlichen, die in schwierigen Lebenszusammenhängen aufwachsen, die vielleicht bisher keinen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung hatten oder in ihrem Herkunftsland überhaupt noch keine Schule besucht haben, kommt den schulärztlichen Empfehlungen und Maßnahmen eine besondere Bedeutung zu.

Wie kann man die notwendige Qualität und Qualifikation zur Durchführung dieser Untersuchungen erreichen?

Mit dem „Bielefelder Modell“ steht in NRW ein etabliertes System zur Qualitätssicherung der schulärztlichen Untersuchungen zur Verfügung. Die besonderen Aspekte bei der Untersuchung von seiteneinsteigenden Kindern und Jugendlichen waren aber bisher noch nicht ausreichend definiert. Deshalb ist die Idee für eine Handreichung „Schulpflicht und Einschulungsuntersuchungen von neu zuwandernden Kindern und Jugendlichen“ entstanden. Sie soll der fachlich-medizinischen, landesweiten Harmonisierung dienen. Erarbeitet haben diese Handreichung die Bezirkssprecherinnen und -sprecher der Kinder- und Jugendmedizinischen Diensten zusammen mit dem Landeszentrum Gesundheit NRW. Zur Begleitung des praktischen Einsatzes und zum fachlichen Austausch hat die Akademie ein spezielles Fortbildungsangebot entwickelt.

Wann sollten die Untersuchungen stattfinden?

Perspektivisch wäre es wünschenswert, wenn auch die schulärztlichen Untersuchungen von seiten-

einsteigenden Kindern vor dem Schulstart erfolgen, dies kann aber bei dem aktuell hohen Aufkommen derzeit kaum sichergestellt werden. Die Untersuchungen sollten aber in jedem Fall zeitnah zum Schulbeginn nachgeholt werden. Eine Schulleitung darf aus Rechtsgründen einem noch nicht eingangsuntersuchten Kind die Aufnahme in die Schule nicht verweigern. So sind zum Beispiel Flüchtlingskinder oder Kinder und Jugendliche aus südosteuropäischen EU-Mitgliedsstaaten auch ohne schulärztliche Untersuchung in einer Schule aufzunehmen. Das hat das Schulministerium in einem Erlass klargestellt.

Wie sieht es vor dem Hintergrund der begrenzten Ressourcen im ÖGD mit einer möglichen finanziellen Unterstützung aus?

Durch die aktuelle Flüchtlingszuwanderung, aber auch durch die EU-Binnenwanderung hat sich die Zahl der schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen deutlich erhöht. Dies stellt auch die Gesundheitsämter vor Herausforderungen, denen sie sich mit großem Engagement stellen. Das Gesundheitsministerium unterstützt den ÖGD bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe übergangsweise auch finanziell, damit die schulärztliche Untersuchung und Versorgung von schulpflichtigen, einwandernden Kindern und Jugendlichen sowohl quantitativ als auch qualitativ gesichert werden kann. Die Kommunen können hierzu Fördermittel beantragen, die unter anderem zur Anschaffung von notwendigen Materialien für die Untersuchung von Kindern ohne deutsche Sprachkenntnisse, zum Aufbau der erforderlichen Sprachmittlung oder auch anteilig für die Finanzierung von externem ärztlichen Personal eingesetzt werden können. Darüber hinaus finanziert das Ministerium das begleitende Fortbildungsangebot der Akademie.

est



seiner Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit massiv bedrohen würden. Schon im Wartezimmer war die Distanzierung von den anderen wartenden Jugendlichen deutlich. Bei der körperlichen Untersuchung finden sich neben einem auffälligen Seh- und Hörtest viele narbige Veränderungen, insbesondere im Bereich des rechten Handgelenkes, Kontrakturen und Bewegungseinschränkung der rechten Hand, multiple kleine Narben im Gesicht und an den Armen, striemige Veränderungen am Rücken, eine großflächige, im Abheilen befindliche Verbrennung am rechten äußeren Unterschenkel. Diese werden u.a. erklärt durch Messerstichverletzungen, Verletzungen durch Granatsplitter, Stacheldrahtzäune, Schläge vor bzw. auf der Flucht und durch massive Hitzeentwicklung während des extrem beengten Transports im Laderaum des Schlepperwagens.

Die Brisanz der aktuellen Wohnsituation und die Notwendigkeit einer Intervention wurden erst in diesem Gespräch mit dem Dolmetscher deutlich. Der Betreuer bemühte sich um eine Änderung der Unterbringungssituation. Medizinisch wurden augenärztliche und HNO-ärztliche Untersuchungen veranlasst, um die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Beschulung zu gewährleisten. Darüber hinaus erfolgte die Weiterleitung zur handchirurgischen Untersuchung mit der Fragestellung, ob die Funktionsfähigkeit der Schreibhand wieder hergestellt werden kann. Aufgrund der Zeichen einer psychovegetativen Dysregulation wurde empfohlen, die psychische Entwicklung Mehalas besonders gut zu beobachten, um ggf. frühzeitig eine psychologische Mitbetreuung einzuleiten.

Renate Lang,
Sabine Totsche

DAS BESTE KOMMT ZUM SCHLUSS:

KRYSCHI 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.

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.kryschide.de • info@kryschide.de

Siegen die Bakterien?

Das Buch „Das Ende der Antibiotika – Sieg der Bakterien über ein Allheilmittel“ von Rinke van den Brink ist 2013 in den Niederlanden veröffentlicht worden und seit 2015 auch in einer erweiterten deutschen Fassung erhältlich. Das Vorwort schrieb der Mikrobiologe und Virologe Alexander W. Friedrich, der es umfangreich mit aktuellem Wissen ergänzt hat. Mit einem Umfang von über 600 Seiten ist das – 4,5 cm dicke – Werk in 12 Kapitel gegliedert, die das Multiresistenzproblem aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchten. Graphiken wird man nicht finden, dafür aber vielfältige Anmerkungen und nützliche Internetlinks bzw. Quellenangaben.

Van den Brink hat zusammen mit Alexander W. Friedrich ein vielschichtiges Bild der derzeitigen Lage gezeichnet und zeigt neben den Ursachen auch konkrete Ausbruchsbeispiele und deren Management. Die Botschaft ist wirklich beunruhigend und soll es auch sein.



Als die erste Penicillintherapie 1944 mit unglaublichem Erfolg großflächig zum Einsatz kam und nach und nach weitere Substanzgruppen entwickelt wurden, glaubte man noch an ein Wundermittel und wählte die pathogenen Mikroben bereits endgültig besiegt. Dauerhafte Heilung schien am Horizont sichtbar. Dabei hatte Alexander Fleming bereits in seiner Dankesrede anlässlich des Nobelpreises vor der Entstehung von Resistenzen gegen sein Wundermittel dringlich gewarnt. „Es ist nicht schwierig, Bakterien im Labor gegen Penicillin resistent zu machen, indem man sie Dosierungen aussetzt, die zu niedrig sind, um sie abzutöten. Es mag eine Zeit kommen, in der jeder Penicillin im Laden um die Ecke kaufen kann. Dann besteht

die Gefahr, dass Menschen durch Unwissenheit eine zu niedrige Dosierung einnehmen und dadurch die Bakterien, an denen Sie leiden, resistent machen, weil die zu niedrige Dosierung sie nicht abtötet.“

Was würde Fleming wohl angesichts der aktuell vorliegenden Zustände sagen? Heute gibt es in manchen bevölkerungsreichen Entwicklungsländern genau diese Läden statt Ärzte. Hier kann man sich im Krankheitsfall selbst mit wenigen Tabletten eines Antibiotikums versorgen, ohne Rezept und ärztliche Diagnose, während zeitgleich nicht einmal der Zugang zu Toiletten für Jedermann besteht, geschweige denn ausreichend vorhandene Kläranlagen. Durch Flugverkehr und Medizintourismus werden die entstandenen Keime weltweit übertragen. Darüber hinaus hat die Gier nach billigem Fleisch dazu geführt, die wirtschaftlichen Vorteile beim prophylaktischen Einsatz der Wunderwaffe nun gar als Wachstumsförderer (mittlerweile verboten) und Unterstützer der Massentierhaltung zu nutzen. Leider wurden hierzu auch Antibiotika, die in der Humanmedizin benötigt werden, eingesetzt.

Sorglos und unverantwortlich wurden Antibiotika bei Mensch und Tier oft sogar nur aus wirtschaftlichen Gründen mit falscher Indikation angewendet. Das führte durch Gülle und Abwässer zu einem Eintrag in die Umwelt und einer daraus folgenden niedrig-dosierten Kontamination von Trinkwasser und Nahrungsmitteln. Leider fungieren auch Kläranlagen als eine Art Bioreaktoren, in denen der Transfer von Resistenzgenen möglich ist. Deshalb muss heute darüber nachgedacht werden, ob zur Besiedelung mit multiresistenten Erregern allein ein Krankenhausaufenthalt genügt oder ob der Verzehr von „Hühnerburgern“, Döner mit Fleisch aus aller Welt oder gar der Genuss von Gemüse oder Salat aus Freiland-Kultur diesen potenziell bedrohlichen Zustand herbeiführt haben. Gleichzeitig hat die Gewöhnung an die Wirksamkeit der „Wunderwaffe“ auch zu einem Verzicht auf Basishygiene geführt, z.B. durch Sorglosigkeit bei gleichzeitigem Personalmangel, Stellenreduzierung der Mikrobiologen und Hygieniker und durch eine allgemeine Unwissenheit zu hygienischem Verhalten. Darüber hinaus fehlt auch noch die Entwicklung neuer Antibiotikaklassen. Weil Antibiotika nur kurz eingesetzt werden, idealer-

weise zur Heilung führen und restriktiv verwendet werden sollen, ist die Neuentwicklung für die Industrie und die Aktionäre wirtschaftlich nicht mehr interessant.

Schon wird die Vereinfachung klinischer Studien, Lockerung der Zulassungsvorschriften, Harmonisierung europäischer und amerikanischer Vorschriften und sogar die Finanzierung durch die Europäische Kommission gefordert.

Rinke van den Brink, einer der bekanntesten Medizinjournalisten in den Niederlanden, hat für sein Buch „Das Ende der Antibiotika“ einen aufrüttelnden, Angst machenden Titel gewählt. Das Buch richtet sich mit seiner beunruhigenden Botschaft an die Allgemeinheit. „Die unverantwortliche Anwendung von Antibiotika – und deshalb auch die Antibiotikaresistenz – ist ein vielköpfiges Monster“ so schreibt er. „Und alle diese Köpfe müssen anders bekämpft werden.“ Daher sind Mediziner, Patienten, Bürger, Journalisten, Ökonomen, Manager, Geschäftsführer, Interessierte und Träger von Verantwortung angesprochen. Das Buch ist notwendig, um ein flächendeckendes Problembewusstsein für eine, mittels unserer Sinnesorgane, nicht fassbare Gefahr zu wecken. Es zeigt auf der anderen Seite Lösungsstrategien und Maßnahmen auf, die angesichts der Komplexität des biologischen Systems durch konzentrierte gemeinsame Anstrengungen zum Erfolg führen können bzw. auch eine Verbesserung erzeugen konnten. Die Zeit drängt.

Als Beispiel sei die Arbeit des EurSafety Health-net genannt, deren Finanzierung leider 2015 auslief. Das Projekt wird jetzt als Stiftung fortgeführt und erhält acht Euro vom Erlös des Buches. Der Entstehung dieses grenzüberschreitenden Projektes mit dem daraus resultierenden besonderen Benefit wird ein ganzes Kapitel gewidmet. Die langjährigen Erfahrungen aus dieser länderübergreifenden Zusammenarbeit können auch den Ärzten im Öffentlichen Gesundheitsdienst, welche mit Hygiene, Infektionsschutz und dem Aufbau und Betreiben von MRE-Netzwerken befasst sind, wertvolle Hinweise geben. Das Werk ist aktuell und bietet außerdem viele Links zum Vertiefen und Nachvollziehen der Aussagen. Das tröstet über den Umfang, die manchmal sperrigen Formulierungen und die teilweise Zahlenlastigkeit hinweg. Fazit: Lesenswert!

Anette Georgens
a.georgens@Kreis-Germersheim.de

van den Brink, Rinke
Das Ende der Antibiotika. Sieg der Bakterien über ein Allheilmittel.
Mit einem Vorwort von Alex W. Friedrich. Aus d. Niederl. übers. von Siegfried Armbruster. Norderstedt: Verlag BoD – Books on Demand 2015, 648 S., 29,90 EUR (auch als E-Book erhältlich) ISBN 978-3-7386-0807-6

Sichere Lebensmittel



Im Jahr 2015 hat die WHO den Weltgesundheitstag unter das Motto „Lebensmittelsicherheit“ gestellt. Nicht nur die Globalisierung der Märkte und die wachsende Nachfrage nach weltweiten Nahrungsmitteln hat Einfluss auf die Sicherheit von Lebensmitteln, auch die Landwirtschaft und die Produktion, die Zulieferung, Lagerung, Verarbeitung und der Handel tragen eine große Verantwortung dafür, dass von Lebensmitteln keine Gesundheitsgefährdungen ausgehen.

Die amtliche Lebensmittelüberwachung der Länder wiederum leistet durch ihre Kontrollmaßnahmen einen wichtigen Beitrag zur Lebensmittelsicherheit und zum vorbeugenden Verbraucherschutz. Sie trägt entscheidend dazu bei, die Risiken, die von Lebensmitteln ausgehen können, zu minimieren. Lebensmittelkontrollen überwachen neben anderen Schwerpunktaufgaben die Einhaltung der hygienischen Anforderungen an das gewerbsmäßige Herstellen, Behandeln und Inverkehrbringen von Lebensmitteln. Dies erfolgt auf der Grundlage der europäischen Verordnungen und des nationalen Lebensmittel- und Futtermittelgesetzes sowie den abgeleiteten weiteren Verordnungen.

Auf dem Gebiet der „Hygieneanforderungen“ haben Experten des Deutschen Instituts für Normung e.V. eine Vielzahl von DIN-Normen erarbeitet, die das Ziel haben, Anforderungen im Bereich der Lebensmittelsicherheit konkret darzulegen und eine gute „Hygienepraxis“ sicherzustellen. Die DIN-Normen basieren auf den aktuellen Ergebnissen von Wissenschaft, Technik und Erfahrung und stehen jedem zur Anwendung frei. DIN-Normen sind Empfehlungen und können angewendet werden. Verbindlichkeit erhalten die Normen erst, wenn auf sie Bezug genommen wird, etwa in Gesetzen, Verordnungen oder Verträgen.

Die erst gerade veröffentlichte 5. Auflage des umfangreichen DIN-Taschenbuchs 280/1 „Lebensmittelsicherheit, Hygieneanforderungen“ bietet einen einfachen Zugang zu sämtlichen relevanten DIN-Normen aus diesem Fach- bzw. Anwendungsgebiet. Aus dem Inhalt: Allgemeine Hygieneanforderungen an Nahrungsmittelmaschinen, Bedingungen für die Rückverfolgbarkeit in der Futter- und Lebensmittelkette, Aspekte zur Hygieneschulung des

Personals sowie zur Reinigung und Desinfektion. Weitere Gebiete sind: Schädlingsbekämpfung, Arbeitsbekleidung, geeignete Temperaturen für Lebensmittel, automatische Melkverfahren, Außer-Haus-Verpflegung u.a. Die DIN-Normen sind in den Originalfassungen abgedruckt und auf das Format A5 verkleinert. Am Ende des Werkes befinden sich ein DIN-Nummernverzeichnis und ein Stichwortverzeichnis, das dem Suchenden ein schnelles Auffinden einer Norm ermöglicht. Die Normensammlung ist eine praktische Hilfestellung für die Verantwortlichen in der Lebensmittelwirtschaft, sie bietet aber auch den Fachleuten in den Kontrollbehörden eine wichtige Informationsquelle über aktuelle wissenschaftlich fundierte Standards. Der stolze Preis von 212 Euro wird möglicherweise vom Kauf des Werkes abschrecken. Das Buch ist sein Geld aber definitiv wert.

Petra Münstedt

DIN-Taschenbuch 280/1:
Lebensmittelsicherheit. Hygieneanforderungen.
5. Auflage. Stand der abgedruckten Normen: November 2014. Hrsg. DIN Deutsches Institut für Normung e. V.
Berlin u.a.: Beuth Verlag 2015, 863 S., 212,00 EUR (als E-Book 212,00 EUR, Kombi 275,60 EUR) ISBN 978-3-410-24180-5

Migration und Behinderung

Neu auf dem Buchmarkt ist eine Veröffentlichung aus dem Schweizer Seismo Verlag, die sich mit dem Thema „Migration und Behinderung“ beschäftigt. Sie bekommt aufgrund der angestrebten Integration von Flüchtlingen in Deutschland derzeit eine besondere Bedeutung. Die Veröffentlichung setzt sich wissenschaftlich auseinander mit den „Merkmale des Andersseins“ und der möglichen Diskriminierung und beleuchtet aus einem interdisziplinären Blickwinkel die Arbeit mit Behinderten, die zudem einen Migrationshintergrund haben.

Einblicke in die Lebenswelt von drei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung und Migrationserfahrung gibt der zugehörige Film „Dort ist hier“, der als CD dem Buch beiliegt. Das Buch leistet einen Beitrag zur praktischen Arbeit mit diesen Behinderten im Gesundheits- und Sozialbereich. Es ist nicht ganz einfach zu lesen, enthält aber interessante Aspekte zu einem bisher kaum beachteten Thema.

Dagmar Domenig, Dagmar; Cattacin, Sandro; Radu, Irina (Hrsg.)
Viefältig anders sein – Migration und Behinderung. (Zuzügl. DVD mit dem Film „Dort ist hier“).
Zürich: Seismo Verlag 2015, 172 S., 29,00 EUR (Reihe „Teilhabe und Verschiedenheit“) ISBN 978-3-03777-144-0

Internet-Tipp

Thema: Flüchtlinge und Asylsuchende

Das Deutsche Institut für Urbanistik hat einen hilfreichen Online-Wegweiser für Kommunen erstellt, der auf 34 Seiten Links zum Thema „Flüchtlinge und Asylsuchende“ gibt. Die Veröffentlichung ist als Online-Publikation konzipiert, damit eine fortlaufende Aktualisierung schnell möglich ist und umgehend auf Veränderungen reagiert werden kann. Die Links sind interessant für die Arbeit der Fachämter in den Kommunen, aber auch für Bürger, die sich über die Aktivitäten der Kommunen unterrichten wollen. Daneben gibt es Links zu Informationen, die die Kommunen für Flüchtlinge und Asylsuchende bereitstellen. Die jeweils aktuelle Version ist unter folgender Internet-Adresse abrufbar: www.difu.de/fluechtlinge/online-wegweiser

VDI 6022: Luftqualität in Innenräumen

Die VDI 6022 ist seit 1998 ein bewährtes technisches Regelwerk, das zur Qualitätssicherung und Verbesserung der Innenraumluft beiträgt. In regelmäßigen Abständen bietet die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf zweitägige Schulungen zur Richtlinienreihe VDI 6022 „Raumlufttechnik, Raumluftqualität“ an, die sich an die verantwortlichen Beschäftigten in den Gesundheitsämtern richten und die die zentralen Inhalte dieser VDI-Richtlinie vermitteln.

Man weiß inzwischen, dass der Mensch sich zu rund 80 Prozent seiner Zeit in Innenräumen aufhält. Um die menschliche Gesundheit und die Leistungsfähigkeit zu erhalten, ist es deshalb von besonderer Bedeutung, dass die Luft in Gebäuden frei von Schadstoffen und mikrobiologischen Belastungen ist und das Klima behaglich ist.

Der Kommentar stellt neben den rechtlichen und normativen Anforderungen auch die notwendigen Kenntnisse aus Medizin



und Mikrobiologie übersichtlich dar. Fehler, die bei der Planung einer RLT-Anlage gemacht werden, sind im Betrieb kaum mehr korrigierbar. Deshalb ist der Teil, der die Grundsätze in der hygienegerechten Planung, Herstellung, Erstellung und Betrieb von Gebäuden, RLT-Anlagen und RLT-Geräten darstellt, besonders wichtig. Nach der Erstellung werden die Anlagen messtechnisch validiert, um festzustellen, ob die thermische Behaglichkeit und die Raumluftqualität der Planung entsprechen. Die dafür benötigten Messgeräte und -verfahren

sind ausführlich beschrieben und mit Abbildungen versehen. Die Gesundheitsämter werden oft erst hinzugezogen, wenn die Luftqualität schlecht ist und die Menschen Beschwerden äußern, die sie mit der Raumluftqualität in Verbindung bringen. Im Kapitel „Erkennen von hygienischen Belastungen in RLT-Anlagen, RLT-Geräten und Aufenthaltsräumen“ werden Hilfestellungen zur Ursachenfindung gegeben und hygienische Schwachstellen aufgezeigt. Insgesamt ist der Kommentar ein sehr empfehlenswertes, fachlich hochwertiges und übersichtliches Arbeitsbuch mit vielen Abbildungen und Fotos für das Fachpersonal der Gesundheitsämter, für Architekten, Planer, Hersteller, Anlagenbauer und Gebäudemanager und -betreiber.

Andrea Quenzer
quenzer@akademie-oegv.de

Keune, Achim u.a.
Innenraumluftqualität und Hygieneanforderungen an die Raumlufttechnik in Gebäuden.
Kommentar zu VDI 6022.
2. überarb. und erw. Auflage.
Berlin: Beuth Verlag 2015, 412 S.,
94,00 EUR (auch als E-Book)
ISBN 978-3-410-24835-4

Neue Bücher

Reker, Martin
Umgang mit alkoholabhängigen Patienten.
Köln: Psychiatrie-Verlag 2015,
144 S., 16,95 EUR
ISBN 978-3-88414-584-5

Gromann, Petra (Hrsg.)
Teilhabeorientierte Steuerung sozialpsychiatrischer Hilfen.
Köln: Psychiatrie-Verlag 2015,
176 S., 29,95 EUR
(Fuldaer Schriften zur Gemeindepesychiatrie)
ISBN 978-3-88414-646-0

Borgs-Laufs, Michael u. a. (Hrsg.)
Gutachtliche Stellungnahmen in der Sozialen Arbeit.
Weinheim: Beltz/Juventa Verlag
2016, 380 S., 39,95 EUR
(Reihe: Grundlagentexte Soziologie)
ISBN 978-3-7799-2354-1

Eichenlaub, Carolin;
Wallis, Beatrice (Hrsg.)
Neu in der Fremde. Von Menschen, die ihre Heimat verlassen.
Weinheim: Beltz/Juventa 2016,
212 S., 16,95 EUR
ISBN 978-3-407-82133-1

Huber, Berthold (Hrsg.)
AufenthG. Kommentar. Aufenthaltsgesetz mit Freizügigkeitsgesetz/EU, ARB 1/80 und Qualifikationsrichtlinie. 2. Auflage.
München: Beck Juristischer Verlag 2016, ca.1000 S., 98,00 EUR
ISBN 978-3-406-65231-8

Kramer, Axel (Hrsg.)
Krankenhaus- und Praxishygiene. Hygienemanagement und Infektionsprävention in medizinischen und sozialen Einrichtungen. Mit Zugang zum Elsevier-Portal.
München: Elsevier Verlag 2016,
864 S., 189,99 EUR
ISBN 978-3-437-22312-9

Richtig bestimmen – wirksam bekämpfen

Ein Befall durch Schaben, Spinnen, Fliegen oder Nagetiere kann in der Lebensmittelindustrie, im Handel, in der Gastronomie und im Transportwesen, aber auch in der Gemeinschaftspflege, z. B. im Krankenhaus, Altenheim und Schulbetrieb, einen erheblichen wirtschaftlichen Schaden verursachen. Ganz abgesehen von den Gesundheitsgefahren, die für den Konsumenten bestehen durch eine Infektion mit Krankheitserregern nach einem verdorbenen Essen. Trotz eines inzwischen hohen Hygienestandards werden Schädlinge in „hygienesensiblen“ Bereichen immer ein Problem darstellen. Allerdings muss für eine wirkungsvolle Schädlingsbekämpfung der unerwünschte „Störenfried“ erst einmal richtig erkannt werden.

Hierbei kann das gerade herausgekommene praktische Werk „Schädlinge. Erkennen – Bestimmen – Bekämpfen“ eine gute Hilfe leisten. Der sogenannte „Schädlingsfächer“ zeigt Fotografien zu den 50 häufigsten Schädlingen, ist systematisch gruppiert und beschreibt einheitlich das Aussehen, die Lebensweise, die Nahrung, das Schadpotential und die Entwicklung der betreffenden

Schädlinge sowie deren Nachweis und Bekämpfung und gibt Hinweise zur künftigen Prävention. Sehr nützlich ist auch das Glossar am Ende, das Fachbegriffe kurz und verständlich erläutert.

Durch die außergewöhnliche Fächerform des Werkes können gleichzeitig mehrere Schädlinge betrachtet und miteinander verglichen werden, wodurch das Identifizieren der vielgestaltigen Schädlinge, Nützlinge und Lästlinge sehr erleichtert wird. Im Bereich der Lebensmittelkontrolle wird dieser handliche „Schädlingsfächer“ zweifellos gute Dienste leisten, sei es bei der sicheren Erkennung von Schädlingen, bei der Beratung und dem vorbeugenden Schutz sowie der Einleitung von gezielten Schädlingsbekämpfungsmaßnahmen.

Petra Münstedt

Pospischil, Reiner, Pospischil, Kerstin; Pospischil, Urs
Schädlinge. Erkennen – Bestimmen – Bekämpfen.
Hamburg: Behr's Verlag 2015,
108 S., 32,05 EUR
(in Fächerform)
ISBN 978-3-95468-260-7



Überwachung von Solarien

Zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung und vor allem der Minderjährigen vor schädlicher UV-Strahlung hat der Bundesgesetzgeber 2009 das „Gesetz zum Schutz vor nichtionisierender Strahlung bei der Anwendung am Menschen“ (NiSG) erlassen. Seit dem 1. Januar 2012 ist die zugehörige „Verordnung zum Schutz vor schädlichen Wirkungen künstlicher ultravioletter Strahlung“ (UV-Schutzverordnung (UVSV)) in Kraft. In Niedersachsen wurde ab 2014 durch eine Änderung des „Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst“ die strahlenschutztechnische Überwachung direkt den Gesundheitsämtern als Aufgabe übertragen. Kontrolliert werden sollen insbesondere die geräte- und nutzungsbezogenen Anforderungen an Solarien, das Personal und dessen Qualifizierung, die Betriebszeiten sowie die Informations- und Dokumentationspflichten der Solarienbetreiber.

Im Land Brandenburg ist das Landesamt für Arbeitsschutz für den Vollzug des NiSG und der UVSV zuständig. Im Jahr 2014 führte es ein Fachprojekt durch, das feststellen wollte, ob diese Anforderungen von den Betreibern auch umgesetzt werden. Insgesamt wurden 91 Betriebsstätten und 320 UV-Bestrahlungsgeräte kontrolliert. Um einen realistischen Eindruck von der Umset-

zung der rechtlichen Anforderungen zu bekommen, geschah die Überprüfung der Betriebsstätten, unangekündigt. Anschließend wurde eine Zuordnung in Mängelklassen vorgenommen. So konnten bei 60 Besichtigungen 1.300 Mängel dokumentiert werden: 38 % waren Mängel im Bereich der Informationspflichten, 22 % bezogen sich auf die fehlende individuelle Beratung der Kunden, 11 % der Verstöße lagen im Bereich der Gerätetechnik und der technischen Schutzmaßnahmen und 4 % entfielen auf Mängel in der Kategorie „Wartung und Prüfung nach Herstellerangaben“. Aufgrund der Daten konnte festgestellt werden, dass der Umsetzungsgrad der Regelungen unzureichend ist. Das Landesamt für Arbeitsschutz in Brandenburg sieht darum auch weiterhin einen hohen Bedarf, die Überwachung der Solarien und Sonnenstudios fortzuführen.

Mün

Bei Interesse an dem ausführlichen Bericht „Überprüfung von Solarien“ (33 Seiten) wenden Sie sich bitte an:
Dipl.-Ing. Marian Mischke
Landesamt für Arbeitsschutz
Postfach 90 02 36
14478 Potsdam
E-Mail: Marian.Mischke@LAS.Brandenburg.de

OctoWare® TN Gesundheit

Modulares Softwaresystem für den öffentlichen Gesundheitsdienst

	Asylbewerber-Erstaufnahme NEU	
	Amts- und Vertrauensärztlicher Dienst	Trinkwasser
	Betriebsmedizinischer Dienst	Beckenbäder und Badegewässer
	Sozialpsychiatrischer Dienst	Kommunalhygiene
	Psychosoziale Tumorberatung	Infektionsschutz
	STD-Beratung	Tuberkulosebetreuung
	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst	Belehrungen und Gesundheitszeugnisse
	Zahnärztlicher Dienst	Medizinalaufsicht
	Schutzimpfungen	Mortalitätsstatistik mit XPersonenstand-Schnittstelle NEU

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

Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)

„Wenn das Erlebte zu schrecklich ist ...“

Wer erinnert sich nicht? Vor fast einem Jahr, am 24. März 2015, stürzte die Germanwings-Maschine auf dem Flug von Barcelona nach Düsseldorf über den französischen Alpen ab. Der Copilot, der an einer schweren Depression litt, hatte den Absturz bewusst herbeigeführt. Keiner der 144 Passagiere und sechs Besatzmitglieder an Bord überlebte. Eine furchtbare Nachricht für die wartenden Angehörigen am Düsseldorfer Flughafen. Die Medien meldeten, dass sich sogleich Notfallseelsorger um diese Angehörigen kümmerten. Psychologisch ausgebildete Helfer werden bei schweren Unglücksfällen, so genannten „Großschadenslagen“, stets hinzugezogen. Was unzweifelhaft wichtig ist und selbstverständlich erscheint, bedarf allerdings der Vorbereitung und Koordination.

Was heißt das genau? Wie ist die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV), so der Fachbegriff, eigentlich organisiert? Welche Planungen und Abstimmungen sind notwendig, um sie sofort zielgerichtet abrufen zu können? Und was umfasst die Hilfe? Danach gefragt, lächelt Sabine Rau, leitende Notfallpsychologin am Gesundheitsamt Düsseldorf. Sie war am 24. März 2015 als Koordinatorin der PSNV in Düsseldorf vor Ort und hat die verzweifelten Angehörigen mit betreut. Es sei, sagt sie nachdenklich, eine merkwürdige Koinzidenz gewesen, dass am Morgen des Germanwings-Unglücks gerade das gemeinsam erarbeitete Konzept zur Psychosozialen Notfallversorgung von allen auf diesem Gebiet tätigen Düsseldorfer Organisationen (Gesundheitsamt, Feuerwehr, Notfallseelsorge, Hilfsorganisationen, Polizei, Weißer Ring u.a.) unterzeichnet worden war, als die Nachricht vom Absturz des Flugs 4U9525 eintraf. Für sie und ihr fünfköpfiges Team aus Mitarbeitern des Gesundheitsamtes und der Feuerwehr in 24 Stunden-Rufbereitschaft hieß das: sofortiger Einsatz. Von der feierlichen Unterzeichnung des PSNV-Konzeptes in der Leitstelle der Feuerwehr ging es also direkt zum Rhein-Ruhr-Flughafen.

Dort erwarteten das Team der leitenden Notfallpsychologin bereits Mitarbeiter des Flughafen Care Teams und des SAT-Teams (Special Assistance Team) der Lufthansa. Auch das PSNV-Team der Flughafenfeuerwehr und die Notfallseelsorge waren zur Stelle, um im geschützten VIP-Bereich die Betreuung der Angehörigen zu übernehmen. „Das Gute in solchen Momenten ist: Wir kennen uns aus dem PSNV-Netzwerk und der gemeinsamen Konzeptarbeit, haben gemeinsame Einsatzerfahrung. Auch die Rahmenbedingungen für die Betreuung am Flughafen sind uns bekannt. Es treffen bekannte Personen aufeinander, so arbeiten wir Hand in Hand“, meint Sabine Rau.

Schützen, informieren und unterstützen

Die Helfer – ihr Erkennungszeichen sind lila Westen mit entsprechendem Aufdruck – wissen, was in solch schweren Momenten, in denen Menschen laut weinen oder einfach nur ganz still werden, das Wichtigste ist: als Ansprechpart-



Dr. Sabine Rau, Lt. Notfallpsychologin, Düsseldorf

ner unaufdringlich präsent sein, Sicherheit und Schutz vermitteln, informieren und bei alltagspraktischen Dingen unterstützen, wenn dies gewünscht wird. Die Kunst sei es, vor allem zu spüren, wenn es keinen Auftrag gebe und sich dann auch zurückziehen. Zu einem anderen Zeitpunkt könne eine weitere Beratung aber durchaus noch hilfreich werden. Die Betroffenen suchten dann auch von sich aus den Kontakt zu den PSNV-Mitarbeitern. Die Erfahrungen nach dem Germanwings-Absturz bestätigen das. Es habe einen sehr unterschiedlichen Bedarf gegeben, resümiert Sabine Rau. In den darauffolgenden Tagen jedenfalls stand das Telefon nicht still. Aufgrund der verteilten Karten mit den Kontaktnummern erhielt ihr Team viele Nachfragen. Nicht nur aus Düsseldorf, sondern aus ganz Deutschland. Die Angehörigen der Absturzopfer kamen natürlich nicht alle aus Düsseldorf. „Das haben wir etwas unterschätzt“, meint die Notfallpsychologin heute, „in Düsseldorf kennen wir uns mit der Versorgungssituation gut aus, sind vernetzt und wissen, wo wir schnelle Unterstützung bei der Suche beispielsweise nach geeigneten Therapieplätzen finden.“ Auch die Vernetzung mit den benachbarten Kommunen funktioniere und habe sich schon bei der Love Parade in Duisburg bewährt. Nun aber hätten sie in einem deutlich größeren Umkreis recherchieren müssen: Wo gibt es über NRW hinaus Trauma-Ambulanzen? Wie sieht es dort mit fremdsprachigen therapeutischen Hilfen aus? Und wie finde ich schnell einen Therapieplatz? Insgesamt ist sie aber überzeugt, dass es ihnen gelungen ist, Hilfe zu vermitteln, wo sie dringend nötig

benötigt wurde. Ziel der PSNV ist es ja, durch frühzeitige Intervention schwere psychosoziale Belastungsfolgen zu vermeiden.

Koordination PSNV in Düsseldorf eine kommunale Aufgabe

Zum Glück passieren spektakuläre Unglücksfälle wie der des Germanwings-Absturzes nicht jeden Tag. Durchschnittlich hätten sie es, so Sabine Rau, mit drei großen Ereignissen pro Jahr zu tun. Als Regel gilt: Bei psychisch belastenden Ereignissen mit mehr als fünf Beteiligten wird die leitende Notfallpsychologin zur Koordination und/oder Durchführung der Psychosozialen Notfallversorgung alarmiert und sie entscheidet dann, wer welche Aufgaben über-

nimmt. Das von allen Beteiligten unterzeichnete PSNV-Konzept – es basiert auf den Ergebnissen der Konsensuskonferenz des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe – dient dabei als Leitlinie der gemeinsamen Arbeit. Es legt u. a. fest, dass die Mitwirkenden sich regelmäßig treffen, ihr Vorgehen planen und Einsatzergebnisse reflektieren.

Koordinierungsstelle auch am Gesundheitsamt Frankfurt/Main

Dass in Düsseldorf, einer Großstadt mit internationalem Flughafen, die Koordination der Notfall-Hilfe bei großen Schadensereignissen als kommunale Aufgabe definiert ist – beide Funktionen, die des Leitenden

Notarztes und die der Leitenden Notfallpsychologin sind beim Gesundheitsamt angedockt –, war eine Entscheidung der Politik und kommt nicht von ungefähr. Bei Großveranstaltungen wie Fußball-WM, Kirchen- und Jugendtagen braucht es Strukturen für den Notfall und die Einbeziehung des ÖGD bietet sich hier an. Auch am Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt am Main gibt es seit 2012 eine ständige Koordinierungsstelle Psychosoziale Notfallversorgung. Für Thomas Götz, Psychiater am Frankfurter Gesundheitsamt, ist diese Entscheidung nur folgerichtig, denn Koordination und Networking seien zentrale Aufgaben von New Public Health.

Ellen Steinbach

Jutta Helmerichs ist Leiterin der Koordinierungsstelle Nachsorge, Opfer- und Angehörigenhilfe (NOAH), einer Ansprechstelle der Bundesregierung für Bundesbürger, die im Ausland durch schwere Unglücksfälle, Terroranschläge oder Katastrophen zu Schaden kommen. Sie hatte beim Absturz der Germanwings-Maschine den Auftrag, die behördliche Gesamtkoordination der PSNV an der Schnittstelle Ausland-Inland zu übernehmen.

Frau Helmerichs, was waren die wichtigsten Schritte, die Sie am 24. März eingeleitet haben?

Gemeinsam mit meinem Team habe ich unmittelbar nach Absturz der Germanwings-Maschine meine Arbeit aufgenommen. Zu den ersten Schritten gehört in solchen Einsätzen immer die Kontaktaufnahme zu anderen involvierten Behörden wie zum Auswärtigen Amt und dem Bundeskriminalamt. Bei Flugzeugunglücken besteht eine besondere Herausforderung darin, rasch Kontakt zur Fluggesellschaft und zum betroffenen Zielflughafen herzustellen, um die psychosoziale Betreuung der Angehörigen so früh wie möglich in der Akutphase des Unglücks miteinander abzustimmen. Am Zielflughafen Düsseldorf haben Sabine Rau und ihr Team die Betreuung koordiniert (s. nebenstehenden Bericht). Da sich unter den Opfern fast eine ganze Schulklasse aus Haltern am See befand, haben wir darüber hinaus gezielt verschiedene PSNV-Kooperationspartner in der dortigen Region angesprochen. Später ging es darum, für die Reise vieler Angehöriger an den Unglücksort in Frankreich – in Abstimmung mit dem französischen Zivilschutz – Begleitung und Betreuung zu organisieren. Ein weiterer wichtiger Schritt war die Zusammenarbeit mit der Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen, die die offiziellen Trauerfeierlichkeiten im Köl-

ner Dom ausrichtete. Diese sollten trotz strenger Protokollvorgaben und Medienpräsenz so gestaltet werden, dass sie für die Betroffenen nicht zu einer zusätzlichen Belastung werden.

Hilfsorganisationen, Wohlfahrtsverbände, Kirchen... – sie alle bieten Psychosoziale Notfallversorgung an. Wie funktioniert die Zusammenarbeit?

Die Erfahrung zeigt, dass Betroffene einer Katastrophe vielfältige, unübersichtliche und leider auch fragwürdige PSNV-Angebote erhalten. Unsere Symposien zur Qualitätssicherung in der PSNV sollen dem entgegenwirken. Das Konsensuspapier aus dem Jahr 2010 (s. www.bbk.bund.de) ist ein Ergebnis dieser regelmäßigen Treffen aller Organisationen und Institutionen, die die PSNV in Deutschland verantworten, anbieten und durchführen.

Auf Ihrem Symposium zur PSNV am 11. November letzten Jahres in Bonn fiel immer wieder der Begriff „lessons learned“. Welche Lektionen haben Sie gelernt?

Bezogen auf den Germanwings-Einsatz: dass die Entwicklung von Qualitätsstandards der Psychosozialen Notfallversorgung noch besser mit der Entwicklung internationaler Guidelines, insbesondere mit europäischen Leitlinien, abgestimmt werden muss.

Welche Rolle könnte der öffentliche Gesundheitsdienst Ihrer Meinung nach im Rahmen der Psychosozialen Notfallversorgung übernehmen?

Der öffentliche Gesundheitsdienst bildet eine wichtige Schnittstelle vom Übergang von der psychosozialen Akuthilfe in die mittel- und längerfristige Versorgung. Hier sind die psychosoziale Fachkunde und das regionale und überregionale Netzwerkwissen innerhalb des ÖGD sehr wichtig, um eine bedarfsgerechte Vermittlung von Hilfen für die Betroffenen sicherzustellen. Aber auch als fachkundiger Hintergrunddienst in der Akutphase einer komplexen Gefahren- und Schadenslage ist der ÖGD sehr bedeutsam.



Dr. Jutta Helmerichs, NOAH, Bonn



Foto: Guido Pukropski