

BLICKPUNKT

Öffentliche Gesundheit

Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

Weiterbildung Hamburg geht neue Wege **Seite 3**

Anlässe Willkommen: Berlin und Rheinland-Pfalz **Seite 6**

Personalbedarfsbemessung Notwendigkeit im Amt **Seite 8**



EDITORIAL

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Leserinnen und Leser,

das Jahr 2018 hat einen entscheidenden Durchbruch in der Hygienekontrolleur/in-Ausbildung gebracht. Gestiegene Anforderungen an das Berufsbild, mit Wandel zur einer eigenverantwortlichen Sachbearbeiterfunktion, machte eine Verlängerung der Ausbildung auf drei Jahre erforderlich. Die neue Ausbildungs- und Prüfungsordnung des Landes Nordrhein-Westfalen setzt damit einen wichtigen Meilenstein. Die Ausbildung soll mit abwechselnd praktischen und theoretischen Blöcken (900 Unterrichtsstunden) erfolgen. Diese Verlängerung bedeutet auch entscheidende Änderungen für die Akademie und wir arbeiten mit Hochdruck daran, diese Anforderungen zeitgerecht umzusetzen. Somit wird dann in allen acht Trägerländern der Akademie eine einheitliche Ausbildung angeboten. Ich hoffe, dass sich weitere Bundesländer daran orientieren, damit wir in den Gesundheitsämtern bundesweit gleich ausgebildete Kolleginnen und Kollegen vorfinden. Auch wenn Kommunen und Länder unterschiedlich sind – und für Unterschiede brauchen wir besondere Lösungen – wünsche ich mir mehr Vergleichbarkeit in Praxis und Qualifizierung der Kolleginnen und Kollegen im ÖGD. Wenn wir dann noch einen einheitlichen Namen für das Berufsbild hätten, neben Hygienekontrolleuren gibt es auch Hygieneinspektoren und Gesundheitsaufseher, wären wir einen großen Schritt weiter. Orientieren wir uns doch an den Lebensmittelkontrolleuren, die haben es uns vorgemacht: einheitliche Berufsbezeichnung und Ausbildung.

Ich wünsche Ihnen viel Vergnügen bei der Lektüre der neuen Blickpunkt-Ausgabe und freue mich immer über Ihr Feedback

Ihre
Ute Teichert



WAS LANGE WÄHRT WIRD ENDLICH GUT

Die neue Ausbildungs- und Prüfungsordnung

Ein langer Prozess ist erfolgreich abgeschlossen: die neue Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleure ist da!

Am 28. Juni 2017 war es soweit. Die neue Ausbildungs- und Prüfungsordnung (APO) wurde im Gesetz- und Verordnungsblatt NRW veröffentlicht. Als Ausbildungsleiterin in der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf habe ich den Revisionsprozess seit 2005 begleiten und mit den Berufsverbänden und dem Ministerium diskutieren können. Die neue APO ist ein Meilenstein. Sie wurde den Anforderungen des Berufsbildes an die aktuelle Situation im Bereich Infektionsschutz und Umwelthygiene angepasst und wird diesen gerecht.

Die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleure (bis April 2005 war die Berufsbezeichnung in NRW „Gesundheitsaufseherinnen und Gesundheitsaufseher“) bestand in der aktuellen Form, bis auf wenige kleine Anpassungen, seit 1988. Seitdem hat sich das Berufsbild der Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleure jedoch maßgeblich wei-

terentwickelt. Die Anforderungen an den Beruf sind deutlich gestiegen: Beispielsweise fordert die Zunahme multiresistenter Erreger das Hygienemanagement in Krankenhäusern, ambulanten medizinischen Einrichtungen sowie in Alten- und Pflegeheimen. Im Bereich der Umwelthygiene steigen die Anforderungen in der Trinkwasserhygiene (Trinkwasserinstallationen) und Bäderaufbereitungstechnik. Das dazugehörige technische Regelwerk, wie VDI-Normen und Regelwerk des DVGW, wird immer umfassender und muß in den aktuellen Fassungen gekannt und angewandt werden. Die Zunahme umwelthygienischer Fragestellungen, wie Naturbadeteiche und neue Schadstoffe im Trinkwasser, sind weitere Beispiele für die Erweiterung des Tätigkeitsspektrums der Hygienekontrolleur/innen.

Die ehemalige Assistententätigkeit für den Amtsarzt/-ärztin hat sich zu einer selbständigen Sachbearbeiterfunktion mit

beträchtlicher Eigenverantwortung entwickelt. Im modernen ÖGD erweitert sich die Tätigkeit von einer reinen Überwachung hin zu Beratungsfunktionen.

Die wichtigsten Änderungen sind: Die Ausbildung wird um ein Jahr verlängert. Sie dauert ab dem Ausbildungsbeginn 1.12.2017 drei Jahre. Der theoretische Lehrgang wurde von 600 Unterrichtsstunden auf 900 Unterrichtsstunden erhöht. Mit der erhöhten Unterrichtsstundenanzahl kann der theoretische Lehrgang in mehr als zwei Blöcken angeboten werden. So ist eine bessere Verzahnung zwischen praktischer und theoretischer Ausbildung möglich. Die Lerninhalte wurden um Themen wie Einführung in die naturwissenschaftlichen Grundlagen (Mathematik, Physik, Wasserchemie, Umwelttoxikologie, Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung), Arbeitsmethodik und Wissensmanagement erweitert.

Unter den acht Trägerländern der Akademie ist verabredet, die APO NRW einheitlich zu beachten. Das Land Hessen hatte bisher schon eine 3-jährige Ausbildung. In Hessen wird sich der Ablauf der Ausbildung ändern.

Mein Fazit: Die neue APO wird dem spannenden, abwechslungsreichen Berufsbild besser gerecht und hilft noch besser, qualifiziertes Personal für den ÖGD auszubilden. So bietet der Beruf auch für junge Menschen eine Perspektive.

Andrea Quenzer

Andrea Quenzer
Ausbildungsleitung Hygienekontrolleure,
Infektionsschutz und Umwelthygiene



„Darum gehe ich in den Öffentlichen Gesundheitsdienst“

Sabina Becker, 50 Jahre

Interessen

Familie, Freunde, Neugier auf andere Menschen, ihre Biographien und Beweggründe zu Handeln, Lesen, Schwimmen, Chor

Ich bin im ÖGD seit

2015

Hier arbeite ich

Kreisverwaltung Trier-Saarburg, Abteilung Gesundheitsamt

Vorher war ich tätig als

Oberärztin in der Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin

Ich bin zum ÖGD gewechselt,

weil trotz Freude beim Umgang mit Patienten das Setting im Klinikalltag nicht mehr die Nachteile ausgeglichen hat.

Ich habe Zweifel gehabt,

ob ich im vielfältigen ÖGD so eine Sicherheit wie in meinem alten Fachgebiet erreiche. Hilfreich sind unkomplizierter, fachlicher Austausch im Kollegium, punktgenaue Weiterbildung und die unproblematische, institutionsübergreifende Informationsweitergabe.

Meine Familie und Freunde meinen,

„Ob Dir das Spaß machen wird?“ Ja, denn auch hier hat man jeden Tag engen Kontakt mit Menschen unterschiedlicher Couleur. „Du redest dir das doch nur schön!“ Nein, vielleicht spricht hier auch ein bisschen Ungläubigkeit auf Grund meiner begeisterten Schilderungen.

Ungewohnt war/ist,

das weitgehende Verlassen der Individualmedizin, der völlig differente Blickwinkel auf das Gesundheitswesen, Behördenstrukturen verstehen, eine verlässliche, regelmäßige Arbeitszeit.

Ich weiß zu schätzen,

dass ich in einem wertschätzenden Umfeld arbeite, Fort- und Weiterbildung intensiv unterstützt werden, nur noch selten echter Zeitdruck auftritt, der ÖGD eine herausragende Bedeutung in vielen Belangen des Alltags hat und Weichen in etlichen Lebenswelten stellt. Nicht zu schätzen ist die nicht angemessene Bezahlung im ÖGD.

Rückblickend denke ich,

dass ich froh bin, im ÖGD gelandet und angekommen zu sein. Hier bietet sich eine abwechslungsreiche ärztliche Tätigkeit mit einer bunten Palette an Themenfeldern und Möglichkeiten, die in der Öffentlichkeit und v.a. im Rest des Gesundheitswesens noch mehr ins Bewusstsein gerufen werden müsste.

FACHÄRZTLICHES WEITERBILDUNGSPROGRAMM

Hamburg geht neue Wege um Fachkräftemangel im ÖGD zu lösen



Wie in allen Bundesländern hat der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) auch in Hamburg Schwierigkeiten qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen.

Insgesamt 14 ärztliche Stellen sind derzeit in sieben Bezirken nicht besetzt (Stand Juli 2017). Gründe sind seit langem bekannt, beispielsweise erhebliche Einkommensunterschiede zu den Kliniken, der Ärzteschaft sind die vielfältigen und wichtigen Aufgaben des ÖGD nicht bekannt und Medizinstudierende behandeln den ÖGD im Studium kaum. Für manche stellt die 6-monatige wohnortferne theoretische Weiterbildung zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen (ÖGW) eine Hürde dar.

Ein zusätzliches Problem ist, dass in Hamburg eine Weiterbildung zum Facharzt für ÖGW nur noch in vier der sieben Gesundheitsämter absolviert werden

Der Ärzteschaft sind die vielfältigen und wichtigen Aufgaben des ÖGD nicht bekannt.

kann. Diese Schwierigkeit wird sich verschärfen, da mehrere der derzeitige Weiterbildungermächtigten innerhalb der nächsten Jahre in Rente gehen. Und in anderen Kommunen ist die Situation ähnlich.

PROBLEM ERKANNT, PROBLEM GEBANNT

Um in den Hamburger Bezirken zukünftig den Bedarf an qualifiziertem ärztlichen Nachwuchs im ÖGD sicherzustellen, wurde

gemeinsam von allen sieben Bezirken und der Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz ein neues Weiterbildungsprogramm (WBP) ins Leben gerufen.

Zentral ist dabei die Schaffung einer ärztlichen Weiterbildungsstelle, die zusätzlich zu dem bestehenden Personalschlüssel eingerichtet wurde. Darüber hinaus ist vereinbart, dass die stelleninhabende Person durch verschiedene Abteilungen und Ämter in den Hamburger Bezirken rotiert, um die unterschiedlichen Gesundheitsämter und deren Schwerpunkte kennenzulernen und gleichzeitig ein breites Wissen über den ÖGD zu erwerben.

ZENTRALE ELEMENTE DES WEITERBILDUNGSPROGRAMMS

Für die Bewerbung auf die Stelle im WBP ist Voraussetzung, dass der klinische Teil der Weiterbildung absolviert ist. Allerdings werden notwendige Weiterbildungszeiten in der Psychiatrie, falls notwendig, mitorganisiert. Der Besuch des Weiterbildungskurses zum Facharzt/zur Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen an der Akademie wird parallel absolviert. Freistellung und Kostenübernahme ermöglichen die Teilnahme in Düsseldorf. Am Ende der Weiterbildung besteht eine Übernahmegarantie als Facharzt/Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen.

Eine Evaluation des WBP ist geplant, insbesondere um zukünftig über die Fortführung oder die Erweiterung des WBP zu entscheiden.

FAZIT

Um ein derartig strukturiertes WBP zu etablieren bedarf es einer langfristig angelegten Kooperation unterschiedlicher Partner.

Nach fast 2-jähriger Vorbereitung durch die Hamburger Bezirke und die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz begann das WBP im April 2017. Die große Herausforderung war dabei, dass zwar alle Bezirke das Weiterbildungsprogramm finanziell tragen, aber nicht jeder Bezirk unmittelbar davon profitiert.

Aus unserer Sicht zeigt die positive Resonanz auf die Stellenausschreibung und die große Akzeptanz unter den Ämtern bereits jetzt schon den Erfolg des WBP. Wir stellen uns vor, dass ähnliche Kooperationen, zum Beispiel zwischen benachbarten Landkreisen, ein Weg sein könnten, um zukünftig die Weiterbildung zu Fachärztinnen und Fachärzten, insbesondere in ländlichen Gegenden, sicherzustellen und möglicherweise auszuweiten. Auch könn-

Aus unserer Sicht zeigt die positive Resonanz auf die Stellenausschreibung und die große Akzeptanz unter den Ämtern bereits jetzt schon den Erfolg des WBP.

ten Ärztinnen und Ärzte in Landes- und Bundesbehörden durch ähnliche Kooperationen und Rotationen zu Fachärztinnen und Fachärzten ausgebildet werden.

Wir erwarten, dass die derzeitige Kollegin ihre fachärztliche Weiterbildung in drei Jahren abschließt. Zukünftig haben wir in Hamburg eine fachärztliche Kollegin, die umfassend ausgebildet ist und in dieser Zeit viele Facetten des ÖGD und Hamburgs strukturiert kennengelernt hat. Wir wünschen uns, dass unser Modell Schule machen wird.

Karin Moritz,
Johannes Nießen

Dr. Karin Moritz
Gesundheitsamt Altona, Hansestadt Hamburg
Dr. Johannes Nießen
Leitung, Gesundheitsamt Altona, Hansestadt Hamburg

WIR GRATULIEREN

Preis der Akademie 2017 verliehen

Alle zwei Jahre wird der Preis der Akademie an herausragende Projekte des kommunalen ÖGD verliehen, die Maßnahmen und Innovationen mit einem nachhaltigen Ansatz umgesetzt haben. In diesem Jahr beteiligten sich über 20 großartige Projekte an der Ausschreibung, weshalb die 16-köpfige Jury zwei Projekte prämiert hat: das Projekt „Demenz-Service-Zentrum Landkreis Emsland“ (Projektleitung Johanna Sievering) und das Gemeinschaftsprojekt der Landkreise Altenkirchen, Westerwald und Rhein-Lahn „Prävention der Verbreitung multiresistenter Erreger in drei ländlich strukturierten Flächenkreisen unter Koordination eines MRE-Netzwerkes“ (Projektleitung Dr. Wolfgang Dörwaldt).

Die Preisverleihung fand im Rahmen der Jahrestagung der Akademie am 26. September statt.

Wir gratulieren den Preisträgerinnen und Preisträgern und bedanken uns herzlich bei allen, die sich an der Ausschreibung beteiligt haben!





DIE AKADEMIE WÄCHST WEITER!

Verwaltungsvereinbarung mit dem Land Brandenburg unterzeichnet

Nach dem Beitritt von Rheinland-Pfalz und Berlin zur Trägerländergemeinschaft, hat die Akademie nun mit dem Land Brandenburg zunächst eine Vereinbarung über die Durchführung von Aus-, Fort- und Weiterbildungskursen für Fachkräfte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes getroffen. Die Vereinbarung gilt bis Ende 2017. Brandenburg plant dem Trägerlandverbund ab 2018 beizutreten.

Ab sofort bietet die Akademie damit den Fachkräften des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der brandenburgischen Landes-, Stadt- und Kreisverwaltungen Zugang zu ihren Veranstaltungen im Trägerlandverbund. Darüber hinaus werden auch Veranstaltungen im und speziell für das Land Brandenburg stattfinden. So wird es z. B. im Rahmen des Newcomer-Angebots der Akademie eine Veranstaltung zum Thema „Grundlagen des Verwaltungshandelns und die praktische Arbeit im Bereich Öffentliche Gesundheit“ vom 13. bis 16. November in Königs Wusterhausen geben. Immer aktuelle Informationen zu Veranstaltungen finden Sie auf unserer Website und in unserem Newsletter.

Von links im Uhrzeigersinn:
Herr Prof. Dr. Hoffman | Frau Dr. Bunte | Frau Dr. Wirthmüller, Frau Dr. Heinemann | Frau Fina Ghasanni, Sängerin der Band Shaian | Frau Knufmann-Happe, Frau Prof. Dr. Quante-Brandt, Frau Dr. Teichert, Herr Dr. Göbels | Herr Dr. Henke, Frau Dr. Teichert, Herr Matheis, Herr Dr. Windhorst

NEUER MITARBEITER

Klaus Porsch



Klaus Porsch und Andrea Quenzer

Klaus Porsch verstärkt das Team der Akademie als Ausbildungsleiter für die Lebensmittelkontrolleure und ist zuständig für Konzeption und Durchführung der Fortbildungsveranstaltungen in den Bereichen Lebensmittelkontrolle und -überwachung. Klaus Porsch kommt als Fleischermeister und Lebensmittelkontrolleur aus der Praxis und war zuletzt als Koordinator der Lebensmittelüberwachung im Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt des Oberbergischen Kreises tätig.

Bereits am 18.9. startete das Modul III des Lehrgangs zum Lebensmittelkontrolleur/zur Lebensmittelkontrolleurin in Düsseldorf. Dabei übergab Andrea Quenzer, die die Ausbildungsleitung für die Module I und II stellvertretend übernommen hatte, den Staffelstab an unseren neuen Ausbildungsleiter Klaus Porsch. Wir bedanken uns bei Andrea Quenzer, wünschen Klaus Porsch alles Gute und freuen uns auf die Zusammenarbeit!

SOMMERFEST UND JAHRESTAGUNG

Willkommen: Berlin und Rheinland-Pfalz

Im Sommer 2017 hat die Akademie zwei große Veranstaltungen ausgerichtet. Am 6. Juli feierten über 100 geladene Gäste den Beitritt von Berlin und Rheinland-Pfalz als neue Trägerländer. Das Sommerfest stand unter dem Motto „Öffentliche Gesundheit

global(er) denken“. Frau Knufmann-Happe, Bundesministerium für Gesundheit, sprach zum Thema „Global Health als Schwerpunkt der Gesundheitspolitik“, Frau Prof. Dr. Quante-Brandt, Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucher-

schutz der Freien Hansestadt Bremen und Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz, setzte sich für einen starken Öffentlichen Gesundheitsdienst ein, und Herr Dr. Göbels, Gesundheitsamt Düsseldorf, stellte dar wie gesundheitspolitisch Verantwortliche auf kommunaler Ebene mit dem Thema Globale Gesundheit umgehen sollten. Frau Dr. Bunte, Gesundheitsamt Köln, stellte den „Förderverein der Freunde und Absolventen der Akademie“ vor. Musikalisch untermalt wurde das Fest von der interkulturellen Band „Shaian“.

Am 26. September trafen sich auf der Jahrestagung Praktiker und Theoretiker aus kommunalen Einrichtungen, Ministerien und Universitäten, um über ein neues Leitbild für den ÖGD zu debattieren. Leidenschaftlich und mit viel Esprit führte Herr Prof. Dr. Hoffman, Universität Greifswald, in das Thema und die Ideen des Leitbildes ein. Es folgten Kommentierungen durch Herrn Freese, Deutscher Landkreistag, Herr Prof. Dr. Dragano, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Herr Dr. Roller, Gesundheitsamt Reutlingen, Frau Dr. Hasper, Gesundheitsamt Rhein-Sieg Kreis und Herr von Philipsborn, Medizinstudierender der Technischen Universität München.

Nachmittags setzten sich die Teilnehmenden in Workshops mit unterschiedlichen Fragen auseinander und diskutierten lebhaft, um den bestehenden Entwurf des Leitbildes weiter erfolgreich zu entwickeln.



KRYSCHI UV-TECHNIK AUCH FÜR KLEINE TRINKWASSERVERSORGUNGEN.

Weilerhöfe 15 • 41 564 Kaarst / Tel.: 0 2131-71 8992-0
FAX: 0 2131-71 8992-8 (Technik) FAX: 0 2131-71 8992-9 (Vertrieb)
info@krysch.de / www.krysch.de



DAS ISTANBUL PROTOKOLL

Ein Standard für die Begutachtung von Folterfolgen

Durch die vielfältigen Berichte in den Medien zum Themenfeld Flucht-Flüchtlinge-Asyl-Rechtslagen in Verbindung mit den vielfältigen Herausforderungen in der Betreuung der Menschen, die zu uns flüchten, rückt die Klärung von möglichen körperlichen und seelischen Verletzungen bei diesen Menschen in den Blick. Hierbei sind unterschiedlichste Konstellationen zu beachten.



Menschen können im Herkunftsland Gewalt ausgesetzt gewesen sein. Auf dem Fluchtweg kann Gewalt erlebt worden sein und auch am Zielort der Flucht können sich gewalttätige Übergriffe ereignen. Die Folgen dieser Gewalt können sehr unterschiedlich sein und sich in sehr variablen Erscheinungsformen – körperlich und/oder seelisch – zeigen. Es ist davon auszugehen, dass nicht immer hinreichende Kenntnisse vorhanden sind und gleichzeitig eine hohe Hemmschwelle besteht, dieses Thema sowohl von der Helferseite, als auch und besonders von der Flüchtlingsseite anzusprechen. Diese Sprachlosigkeit kann mit Einfühlungsvermögen, Geduld und Wissen auf der Helferseite überwunden werden.

Auf der Grundlage des Istanbul Protokolls wird erstes Basiswissen zum Themenfeld Folter dargelegt und ein Ansatz für die Berücksichtigung im Umgang mit möglichen Folteropfern vorgestellt.

WAS IST UNTER DEM BEGRIFF FOLTER ZU VERSTEHEN?

Die Vereinten Nationen definieren Folter wie folgt: „An act, in which severe pain or suffering, either physical or mental, is intentionally inflicted on a person.“ [Quelle: Declaration on The Protection of All Person from Being Subjects to Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment; UN 1975]. Durch den Einsatz von Foltermethoden soll die Zielperson der Gewalt zur Preisgabe von Informationen veranlasst werden (Geständnisse oder

andere Aussagen), oder sie soll gedemütigt, zur Unterwerfung gezwungen, ihrer Kräfte, Ideen und Hoffnungen beraubt werden; Widerstand soll gebrochen und die Macht der Gewaltanwender bzw. deren Auftraggeber gestärkt werden. Folter wird als „man made disaster“ bezeichnet, um es von Naturkatastrophen und deren Folgen für betroffene Menschen klar abzugrenzen.

Die Anwendung oder Androhung von Folter kann sich direkt auf eine Zielperson richten, die z. B. zur Preisgabe von Wissen

Folter wird als „man made disaster“ bezeichnet, um es von Naturkatastrophen und deren Folgen für betroffene Menschen klar abzugrenzen.

gebracht oder deren Willen gebrochen werden soll. Aber auch die Folterung von mittelbar betroffenen Personen kommt vor, um die eigentliche Zielperson darüber zu schwächen. In diesem Kontext sind z. B. Familienangehörige, oft Frauen, Opfer von Folter oder deren Androhung.

Die zum Einsatz kommenden Methoden bei der Anwendung von Folter sind so vielfältig, dass an dieser Stelle nur einige exemplarisch genannt werden können:

Körperliche Gewaltanwendung wie Schläge oder Stromschläge, thermische Gewalt, Aufhängen des Körpers, Zwangspositionen, Schlafentzug, Hell- oder Dunkelhaft über Tage, Isolationshaft, Anketten, Beibringen von diversen Substanzen oder Exkrementen, sexuelle Gewalt bis hin zur Herbeiführung von Schwangerschaften in Verbindung mit dem Zwang zum Austragen der Leibesfrucht.

WARUM IST WISSEN ÜBER FOLTER WICHTIG?

Historisch betrachtet wird in den Geschichtsbüchern über die Abschaffung der Folter im 18. Jahrhundert berichtet. Folter wird als von der Obrigkeit legitimes Mittel beschrieben, um Wissen zu erlangen, um Straftaten zu verfolgen und sie wurde durch die Veränderung der Gesellschaft und der Gestaltung der politischen Ordnung zunehmend verboten. Die Vereinten Nationen haben in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte im Artikel 5 dies so formuliert: „(...) Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterzogen werden (...).“ Im Deutschen Grundgesetz [GG] ist bereits im Artikel 1 die Unantastbarkeit der Würde des Menschen verankert. Im Artikel 104 [GG] wird formuliert, dass festgehaltene

Personen weder seelisch noch körperlich misshandelt werden dürfen. Weitere Bezüge finden sich auch in der Charta der Grundrechte der EU (Artikel 4) und spezifisch in der Anti-Folter-Konvention der UN (siehe www.antifolterkonvention.de). Trotzdem sind Misshandlungen bzw. Folter in ca. 122 Ländern in der Anwendung. Darunter auch Länder, aus denen aktuell Menschen in die EU und nach Deutschland flüchten. Menschen, die im Herkunftsland Folter erlebt haben oder von Folter bedroht sind, haben das Recht auf besonderen Schutz und Aufenthalt in sicheren Ländern. Daher ist Wissen zum Thema Folter und Folterfolgen bei der Betreuung von Menschen mit einer Fluchtgeschichte insbesondere mit Blick auf die Identifizierung dieser besonders schutzbedürftigen Personen von hoher Wertigkeit.

BASISWISSEN ZUM THEMENFELD FOLTER

Die Auswahl an möglichen Gewalthandlungen bzw. Foltermethoden ist hoch variabel. Genauso variabel sind die möglichen Folgen, die am Körper und an der Seele auftreten können.

Verletzungen, die mit Weichteil-, Haut-, Muskel- oder Knochenverletzungen einhergehen, können an den Narben zumindest insofern erkannt werden, als dass jeder Narbe eine Verletzung zugrunde liegt. Wenngleich die Art und der Hintergrund (das Motiv für die Verletzung) aus dem Narbenbild in der Regel nicht abgelesen werden kann. Berücksichtigt werden muss zudem, dass die Intention von Folter nicht zwingend die Zuführung (dauerhaft sichtbarer) körperlicher Schäden ist, sondern die Verursachung von Schmerzen und Leiden. Dies ist auch ohne die Verursachung von physischen Schäden möglich. Trotzdem, oder aber gerade deshalb, müssen Narben, auch kleine, als solche zumindest gesehen und dokumentiert werden und im Rahmen einer Begutachtung sowohl mit recherchierbaren Foltermethoden und/oder Angaben der untersuchten Person abgeglichen werden. Aus forensischer Perspektive kann bei „passendem Narbenbild“ in Verbindung mit benannten Foltermethoden in einer Anamnese, das Erleben von Folter zumindest nicht ausgeschlossen werden. Bei Knochenverletzungen kann über eine bild-

Zentrale Fragen für die Begutachtung gemäß Istanbul-Protokoll

1. Passen die physischen und psychischen Befunde zur Beschreibung der benannten Folter; oder legt das klinische Bild andere Ursachen nahe?
2. Welche anderen Krankheitszustände tragen zu dem klinischen Bild bei?
3. Sind die psychologischen Befunde im Rahmen des kulturellen und sozialen Kontexts der betroffenen Person erwartete oder typische Reaktionen auf extremen Stress?
4. Wie ist der Zeitrahmen in Bezug auf die Folterereignisse angesichts des schwankenden Verlaufes von traumabedingten psychischen Störungen; an welcher Stelle im Heilungsprozess befindet sich die Person?
5. Welche anderen Belastungsfaktoren beeinträchtigen die Person (zum Beispiel anhaltende Verfolgung, erzwungene Migration, Exil, Verlust der Familie und sozialen Rolle usw.); welche Auswirkung haben diese Probleme auf das Opfer?

Abbildung 1

OctoWare® TN Gesundheit

Modulares Softwaresystem für den öffentlichen Gesundheitsdienst

 <p>Asylbewerber-Erstaufnahme</p> <p>Amts- und Vertrauensärztlicher Dienst</p> <p>Betriebsmedizinischer Dienst</p> <p>GUTACHTEN</p>	 <p>Trinkwasser</p> <p>Beckenbäder und Badegewässer</p> <p>Kommunalhygiene</p> <p>Infektionsschutz</p> <p>Tuberkulosebetreuung</p>	 <p>Beratung/Betreuung u. a.:</p> <p>Sozialpsychiatrischer Dienst</p> <p>Beratung nach ProstSchG NEU</p>
 <p>Belehrungen und Gesundheitszeugnisse</p> <p>Medizinalaufsicht</p> <p>Mortalitätsstatistik mit XPersonenstand-Schnittstelle NEU</p>	 <p>Kinder- und Jugendgesundheitsdienst</p> <p>Zahnärztlicher Dienst</p> <p>Schutzimpfungen</p>	

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



Abbildung 2

gebende Untersuchung der Nachweis eines alten Bruches erfolgen, eine in Fehlstellung verheilte Knochenstruktur würde darüber hinaus eine unsachgemäße oder fehlende Behandlung eines Knochenbruchs nahe legen. Die Anwendung eines Knochenszintigramms zeigt oft Schädigungsmuster, insbesondere bei Folterphasen von 8 Tagen und mehr. Auch Hautnarben können bei entsprechender Expertise des Untersuchers/der Untersucherin an Hand der Feinstruktur Hinweise auf Stromanwendungen oder andere Gewaltformen geben. So können mittels moderner, bildgebender Verfahren und/ oder hoher Untersuchungsexpertise auch feine Veränderungen unter bestimmten Umständen bzw. in Einzelfällen nachgewiesen oder zumindest nicht ausgeschlossen werden. Fehlhaltungen oder Bewegungsstörungen und auch chronische Schmerzen, genitale und/oder anale Veränderungen können Folterfolgen sein. Die Vielfalt der seelischen Folterfolgen ist ebenso variabel und zeigt sich nicht

„(...) Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterzogen werden (...)“

Vereinte Nationen

immer nur in den auch variablen Formen von posttraumatischen Belastungsstörungen. Schon diese wenigen Beispiele zeigen die Chancen in gleicher Weise wie die Herausforderungen bei der Untersuchung und Begutachtung von möglichen Folteropfern.

Daher können folgende Kernaspekte für die Betreuung/Begutachtung bei Verdacht auf Folterfolgen formuliert werden (Abbildung 2):

Im Gespräch mit Betroffenen darf nicht davon ausgegangen werden, dass diese von sich aus oder in einer für die zuhörende Person unmittelbar verständlichen Art und Weise über das Erlebte berichten. Die Gesprächsführung, die Exploration erfordert hohe Kompetenz, viel Wissen und Erfahrung. Dabei ist auch ein Recht auf Nichtoffenbarung zu berücksichtigen. In der Fachliteratur finden sich entsprechende Angebote für die Gestaltung einer Betreuung und Untersuchung, auch in Verbindung mit dem Istanbul Protokoll, auf das noch näher eingegangen wird. An dieser Stelle

sei beispielhaft Carolin Emcke zitiert: „Wir dürfen nicht erwarten, dass Menschen darüber sprechen oder dass wir die Menschen richtig verstehen.“ (aus ihrem Buch: Weil es sagbar ist. 2015)

Auch die körperliche Untersuchung und deren Dokumentation erfordert hohe Expertise. Im Unterschied zur klinisch-therapeutisch ausgerichteten Untersuchung und Befundsicherung liegt bei einer solchen Untersuchung der Fokus auf einer Untersuchung des ganzen Körpers, auf der Dokumentation aller ersichtlichen Befunde und benannten Beschwerden, auch kleinste Befunde, wie diskrete Narben, sind zu dokumentieren. Gleiches gilt für fehlende Befunde, die je nach benannter oder zu mutmaßender Form der Folter die Anwendung von Folter trotz „Negativ-Befund“ keineswegs ausschließen. Ein detaillierter motorischer und neurologischer Status ist unabdingbarer Bestandteil einer sorgfältigen körperlichen Untersuchung. Außerdem gilt auch für Folter, dass eine umfassende Befunderhebung ggf. nur interdisziplinär zu realisieren ist; die Möglichkeit der Bildgebung wurde bereits genannt, zu denken wäre aber beispielsweise auch an eine gynäkologische Untersuchung im Falle von sexualisierter Gewalt gegen Frauen.

DAS ISTANBUL PROTOKOLL

Das so genannte Istanbul Protokoll ist ein international erarbeiteter und anerkannter Untersuchungs- und Dokumentationsstandard, der bei dem Verdacht auf Folterfolgen Anwendung finden soll. Die deutsche Übersetzung steht im Internet frei zugänglich zur Verfügung: Andreas Frewer & Holger Furtmayr & Kerstin Krása & Thomas Wenzel (Hg.) Istanbul-Protokoll. V&R unipress, Open-Access-Publikation im Sinne der CC-Lizenz BY-NC-ND. Das Istanbul Protokoll versteht sich als Anleitung, Leitfaden und Dokumentationshilfe bei der Untersuchung von Personen bei Verdacht auf Folter und Menschenrechtsverletzungen. Es basiert auf mehrjähriger Vorarbeit von über 75 Experten weltweit und wurde im März 2001 in der UN-Aus-

bildungsreihe publiziert. Es bietet allen mit der Thematik Konfrontierten eine gute Hilfestellung. Die konkrete Anwendung und insbesondere die abzuleitende Bewertung aus einer individuellen Befunderhebung erfordert trotz dieses umfänglichen und sehr detaillierten Leitfadens eine hohe Expertise. Denn neben dem notwendigen Wissen für die Variabilität von Folterformen und deren Folgen ist in jedem Einzelfall zusätzlich die Entwicklung der Verletzungen und Beschwerden über die Zeit zwischen Geschehen und Untersuchung zu beachten. Im Istanbul-Protokoll wird auf die vielfältigen Besonderheiten intensiv eingegangen. So wird z.B. darauf hingewiesen, dass der Verlust der Körperbehaarung an den Extremitäten an bestimmten Stellen und in bestimmter Ausprägung ein Hinweis auf lange und eng anliegende Fesselung sein kann. Oder es wird auf die Ursache von Nervenplexusschäden als Folge von aufgehängenden Körperpositionen als Foltermethode hingewiesen.

Neben dem körperlichen Aspekt greift das Protokoll auch die psychische und rechtliche Komponente auf.

Im Istanbul Protokoll (deutsche Übersetzung Seite 104 f.) werden 6 zentrale Fragen

für die Begutachtung formuliert, die physische und psychische Aspekte fokussieren (siehe Abbildung 1). Diese Aspekte bilden die Basis jeder Beurteilung. In Ergänzung zu den Ausführungen im Istanbul Protokoll existieren Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (in aufenthaltsrechtlichen Verfahren) (SBPM). Diese Standards beziehen sich auch auf das Istanbul Protokoll und liegen über die Bundesärztekammer als Curriculum (Stand 2012) vor (siehe auch Abbildung 3).

Wer mit der Thematik „Folter“ und „Folterfolgen erkennen, dokumentieren und bewerten“ konfrontiert ist oder wird, sollte sich mit dem Istanbul Protokoll und weiteren begleitenden Standards und auch Fachliteratur befassen. Nur so kann die eigene Expertise angemessen gewertet und eingesetzt werden. Wenn zusätzliche Expertise benötigt wird, stehen auch in Deutschland verschiedene Institutionen zur Unterstützung zur Verfügung (siehe Abbildung 3):

Wissen und Unterstützung ist also vorhanden oder abrufbar. Bedeutsamer erscheint es daher, die Wege zum Wissen zu bahnen und die Umsetzung des Wissens im Arbeitsalltag bei der Betreuung von Menschen mit Fluchterfahrung zu unterstützen. Das Thema Folter ist mitzudenken und im Blick zu behalten, denn es ist bei einer Belastung durch Foltererleben im Herkunftsland oder auch auf der Flucht für die gesundheitliche Perspektive von hoher Bedeutung, wie die betroffene Person und auch die ihn betreuenden Menschen mit dem Thema Folter umgehen, Ansprache suchen oder anbieten, Hilfsstrukturen kennen und Wege in Hilfe vermitteln. Da insbesondere häufig und auch intensiv die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Öffentlichen Gesundheitsdienst in die medizinische Flüchtlingsversorgung eingebunden sind, sollte auch hier Basiswissen zum Thema Folter, Folterfolgen und besondere Hilfeangebote für Folterüberlebende vorhanden sein. Schließen wir uns dem Motto des Fachtages am Universitätsklinikum in Düsseldorf (Mai 2017) an – Folteropfer müssen gesehen und versorgt werden – und erweitern wir unser Wissen und unsere Kompetenzen.

H. Lilly Graß, Felix Mayer

PD Dr. H. Lilly Graß
Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen
Dr. Felix Mayer
Institut für Rechtsmedizin am
Universitätsklinikum Düsseldorf

Informationsquellen im Überblick (Zur Auswahl)

Das Istanbul Protokoll, Andreas Frewer & Holger Furtmayr & Kerstin Krása & Thomas Wenzel (Hg.) V&R unipress, Open-Access-Publikation im Sinne der CC-Lizenz BY-NC-ND

International Rehabilitation Council for Torture Victims, www.irct.org, Material für verschiedene Berufsgruppen

Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (in aufenthaltsrechtlichen Verfahren), www.bundesaeztekammer.de

Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin, www.ueberleben.org

Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum, www.mfh-bochum.de

Institute für Rechtsmedizin, Adressen über www.dgrm.de

Psychosoziales Zentrum Düsseldorf (beispielhaft für die PSZ Angebote in Deutschland) www.psz-duesseldorf.de

Abbildung 3

Neue Bücher

P. Kuntsche, K. Borchers
Qualitäts- und Risikomanagement im Gesundheitswesen.
 Basis- und integrierte Systeme, Managementsystemübersichten und praktische Umsetzung.
 Wiesbaden: Gabler Verlag 2017, 728 Seiten, 79,99 EUR
 ISBN 978-3-642-55184-0
 (Auch als E-Book)

A. Brandhorst, H. Hildebrandt, E.-W. Luthe (Hrsg.)
Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems.
 Heidelberg u. a.: Springer VS 2017, 624 Seiten, 69,99 EUR
 ISBN 978-3-658-13783-0

M. Klein, D. Moesgen
Angehörige von Menschen mit Suchterkrankungen.
 Lebenslagen – Risiken – Hilfen.
 Hrsg.: Bilke-Hentsch, Oliver u. a.
 Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2017, 180 Seiten, 29,00 EUR
 ISBN 978-3-17-029977-1

R. Finke
Grundlagen des Risikomanagements. Quantitative Risikomanagement-Methoden für Einsteiger und Praktiker.
 2. Auflage.
 Weinheim: Wiley-VCH Verlag 2017, 296 Seiten, 29,99 EUR
 ISBN 978-3-527-50847-1

L. Hajen, H. Schumacher, H. Paetow
Gesundheitsökonomie. Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele.
 8. Auflage.
 Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2017, 320 Seiten, 35,00 EUR
 ISBN 978-3-17-031972-1

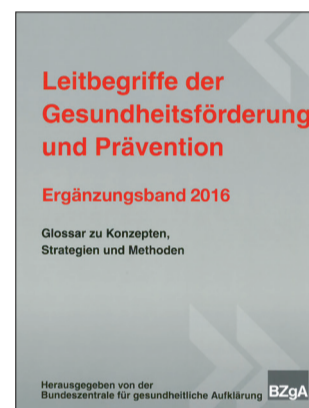
M. Egger, O. Razum (Hrsg.)
Public Health. Sozial- und Präventivmedizin kompakt.
 2. Auflage.
 Berlin: de Gruyter Verlag 2017, 364 Seiten, 39,95 EUR
 ISBN 978-3-11-031073-3

W. R. Wendt (Hrsg.)
Soziale Bewirtschaftung von Gesundheit. Gesundheitswirtschaft im Rahmen sozialer Versorgungsgestaltung.
 Berlin, Heidelberg: Springer Verlag 2017, 239 Seiten, 29,99 EUR
 ISBN 978-3-658-15033-4

J. Breil, R. Sachse
Klärungsorientierte Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung
 Praxis der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen.
 Göttingen: Hogrefe Verlag 2017, 150 Seiten, 24,95 EUR
 ISBN 978-3-8017-2808-3



Leitbegriffe der Gesundheitsförderung



Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention – Ergänzungsband 2016.
 Grafing: Verlag für Gesundheitsförderung 2016, 291 Seiten, 17,90 EUR plus Versandkosten
 ISBN 978-3-929798-46-3

2011 hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in seiner 5. Auflage ihr Glossar zu den Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung aktualisiert und auf 109 Begriffe erweitert. Im November 2016 erschien ein Ergänzungsband, in dem die aktuellen Entwicklungen der Gesundheitsförderung international, in Europa, Deutschland, Österreich und der Schweiz neu aufgezeigt werden. Hervorzuheben ist, dass 16 neue Leitbegriffe ergänzt worden sind. Dazu gehören z. B. die Begriffe Präventionsgesetz, Lebensqualität – ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt, prädiktive und individualisierte Medizin, Risikokommunikation, Social Media/Gesundheitsförderung mit digitalen Medien, Präventionskette und Urban Health/Stadtesundheit.

Durch den interdisziplinären Bezug im Bereich der Gesundheitsförderung ist es besonders wichtig, eine Festlegung auf gemeinsame Begrifflichkeiten zu finden, um eine gemeinsame Verständigung zu unterstützen. Dies tut das vorliegende Buch. Es stellt die Konzepte, Methoden und Begriffe der Prävention und Gesundheitsförderung auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand dar und liefert dem Leser umfangreiches Hintergrundwissen.

Auf der Webseite www.conrad-verlag.de wird ein Überblick gegeben über alle dargestellten Leitbegriffe in den beiden Bänden aus dem Jahr 2011 und 2016 mit den entsprechenden Autorinnen und Autoren. Beide empfehlenswerten Bände sind ausschließlich beim Verlag für Gesundheitsförderung erhältlich.

Petra Münstedt

Sozialarbeit mit geflüchteten jungen Menschen



ISA-Jahrbuch zur Sozialen Arbeit 2016
Schwerpunkt: Geflüchtete junge Menschen in Kontexten der Sozialen Arbeit und angrenzender Systeme.
 Hrsg.: Institut für Soziale Arbeit e. V., Münster
 Münster: Waxmann Verlag 2017, 220 Seiten, 12,90 EUR
 ISBN 978-3-8309-3543-8
 (Auch als E-Book: 11,99 EUR)

Migrationsbewegungen sind im Laufe der langen Geschichte nichts Neues. Neu ist aber der große Zustrom und die Verschiedenartigkeit der geflüchteten Menschen, die nach Deutschland kamen. Dies stellt auch die Kinder- und Jugendhilfe vor eine große Herausforderung, die besser bewältigt werden kann, wenn Fachkräfte und Ehrenamtliche kontinuierlich weitergebildet und qualifiziert werden.

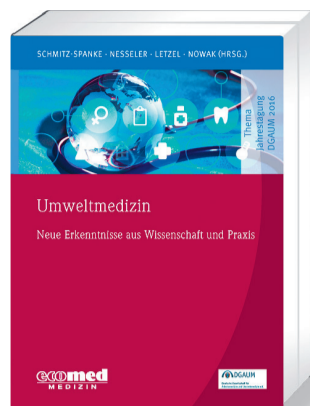
„Nicht zuletzt gehen viele Länder, Kommunen und Einrichtungen diese komplexen Aufgaben als ‚lernende Organisationen‘ an“, schreibt Sigrid Bathke, Professorin an der Hochschule Landshut und Vorstandsmitglied des Instituts für Soziale Arbeit e. V. Nur so könnten sie, nach ihrer Meinung, zu einer Weiterentwicklung der Integration von Familien und Kindern mit Flucht- und Migrationshintergrund beitragen.

Das Institut für Soziale Arbeit (ISA) in Münster hat nun ein Jahrbuch herausgegeben, das sich ganz mit dem Thema „Migration“ beschäftigt. Die zahlreichen Autoren und Autorinnen kommen aus den unterschiedlichsten Fachgebieten:

Sie sind Juristen, Pädagogen, Sozialarbeiter oder Mitarbeitende des Instituts und arbeiten z. B. in Jugendämtern, Familiengerichten, Hochschulen, Kinderhilfswerken oder Integrationszentren. Die vielfältigen Beiträge der Veröffentlichung beschäftigen sich unter anderem mit den Rechtsgrundlagen für die Arbeit mit Flüchtlingsfamilien, den kommunalen Strategien zur Inklusion junger Geflüchteter, mit dem neu eingeführten kommunalen „Vormundschaftssystemen“ für unbegleitete Minderjährige in NRW sowie mit dem Bildungsangebot, der beruflichen Integration oder der geeigneten Unterbringung. Vielseitige Anregungen zur kritischen Diskussion bietet das vorliegende Buch durchaus und damit eine Grundlage, gute Integrationsmodelle weiter zu entwickeln. Ungeachtet der unterschiedlichen disziplinären Zugänge sind sich die Experten jedoch einig, dass nur eine fachübergreifende Zusammenarbeit die Voraussetzung für eine erfolgreiche Eingliederung der geflüchteten Kinder und Jugendlichen sein kann.

Petra Münstedt

Neues aus der Umweltmedizin



S. Schmitz-Spanke, T. Nessler, S. Letzel, D. Nowak (Hrsg.)
Umweltmedizin. Neue Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis.
 Landsberg am Lech: ecomed Medizin Verlag 2017,
 496 Seiten, 49,99 EUR
 ISBN 978-3-609-10562-8
 (Auch als E-Book)

„Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Umwelt, die ein höchstmögliches Maß an Gesundheit und Wohlbefinden ermöglicht.“, hieß es 1989 auf der ersten Europäischen Konferenz „Umwelt und Gesundheit“. Auch heute ist eine umweltbewusste Gesundheitspolitik noch genauso aktuell wie damals.

Die Neuerscheinung „Umweltmedizin“ aus dem Ecomed Verlag greift in acht Kapiteln vielfältige Aspekte auf, beschreibt Wirkungsmechanismen, Aufnahmewege und toxikologische Bewertungskriterien.

Es beginnt mit der Geschichte der Umweltmedizin und der Wirkung von Chemikalien auf Genaktivitäten. Dann werden Methoden, Diagnostik und Therapie der Umweltmedizin beschrieben sowie umweltrelevante „Einwirkungspfade“ wie beispielsweise Luftverschmutzung, Laserdrucker oder Tätowierung und Schadstoffe in der Kleidung.

Die Veröffentlichung ist sehr klar und einheitlich aufgebaut. Wichtige Informa-

tionen, Definitionen und Zusammenfassungen sind durch einen grauen Kasten gekennzeichnet und jedem Kapitel vorangestellt.

Sehr zu begrüßen ist, dass die Herausgeber und Autoren mit ihrem Tätigkeitsbereich und ihren Anschriften am Ende benannt sind. Den Abschluss bildet ein umfangreiches und detailliertes Stichwortverzeichnis.

Das vorliegende Buch zeichnet seine hohe Aktualität aus. Neue Studienergebnisse werden übersichtlich vorgestellt und aktuelle Empfehlungen der jeweiligen Fachgesellschaften sind berücksichtigt. Die Adressaten dieses Buches sind vor allem Ärztinnen und Ärzte der Umweltmedizin und der Arbeitsmedizin, die für ihre Informationsvermittlung und Beratung eine zuverlässige wissenschaftliche Grundlage benötigen. Das Buch ist hoch informativ und allemal empfehlenswert.

Petra Münstedt

Internet-Tipp

HYGIENE-AMPEL OHNE ZUKUNFT?

Wie sauber ist das Café um die Ecke oder das Ausflugslokal im Grünen? Sind die Zutaten wie gesetzlich vorgeschrieben gekennzeichnet? Und stimmen die erforderlichen Kühltemperaturen? Unter der damaligen Rot-Grünen-Regierung hat der nordrhein-westfälische Landtag ein richtungsweisendes Gesetz verabschiedet: das Kontrollergebnis-Transparenz-Gesetz (KTG) vom 7.3.2017 (GV.NRW 2017, Seite 333). Für Verbraucherinnen und Verbraucher soll die „Hygiene-Ampel“ in Form eines Aushangs an den Eingangstüren etwa der Restaurants, Bäckereien, Metzgereien, Marktstände oder Discounter direkt zugänglich sein und Hygiene transparent machen. Die Absicht ist, mit einer verständlichen „Rot-Gelb-Grün“-Ampel Symbolik die Verbraucher über die Prüfergebnisse der amtlichen Lebensmittelkontrollen zu informieren. Von den Betrieben, die keinen direkten Kundenkontakt haben, wird gefordert, das Kontrollbarometer auf ihrer Internet-Seite zu veröffentlichen. Während einer Übergangsphase von 36 Monaten können die Betriebe das neue Qualitätssiegel auf freiwilliger Basis aushängen. Danach ist die Veröffentlichung Pflicht. Betriebe mit Bewertungen im gelben oder roten Bereich haben jedoch das Recht auf eine zusätzliche kostenpflichtige amtliche Kontrolle innerhalb von drei Monaten.

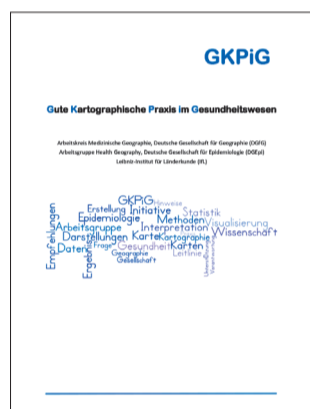
Die Hygiene-Ampel verfolgt das Ziel, die Lebensmittelsicherheit und die Hygiene zu erhöhen und den Betrieben gegebenenfalls einen „Wettbewerbsvorteil“ zu ermöglichen.

Allerdings ist das Gesetz auch auf harsche Kritik gestoßen. Besonders Gastronomie und Handwerk beanstanden, dass das Kontrollbarometer nur eine grobe Bewertung erlaubt und den Verbraucher nicht konkret darüber informiert, wie eine Beurteilung zustande gekommen ist.

Die CDU – seit Mai 2017 die neue Landesregierung in Nordrhein-Westfalen – und ihr Koalitionspartner FDP haben die Absicht, die soeben von der Rot-Grünen-Regierung noch eingeführte Hygiene-Ampel wieder abzuschaffen. Sie betrachten dies als einen ersten Schritt zur „Befreiung von Bürokratie und Überregulierung“. Von Anfang an begrüßt hat die Verbraucherzentrale NRW das Gesetz als Stärkung der Verbraucherrechte. Mit mehr als 39.000 App-Downloads und 410.000 Klicks war das Kontrollbarometer der Verbraucherzentrale NRW seit 2013 zum „Favoriten“ vieler Nutzer geworden.

Mehr unter: www.verbraucherzentrale.nrw/kontrollbarometer
 Petra Münstedt

Gute Kartographische Praxis



J. Augustin, T. Kistemann, D. Koller; u. a. (Hrsg.)
Gute Kartographische Praxis im Gesundheitswesen
 Leipzig: Selbstverlag Leibniz-Institut für Länderkunde
 e.V. 2017, 36 Seiten,
 (Forum IfL, Nr. 23) ISBN 978-3-86082-104-6
 Zu bestellen: www.ifl-leipzig.de

Karten werden im Öffentlichen Gesundheitsdienst immer häufiger genutzt, sie sind vermeintlich allgemeinverständlich und anschaulich. Mit Software ist es möglich innerhalb wenigen Klicks Karten zu produzieren. Leider gibt es viele Karten, die nicht den kartographischen Mindeststandards entsprechen. Oftmals gibt es (viel) zu viele Möglichkeiten, Daten kartographisch darzustellen, so dass Karten variabel gestaltet werden können und damit großen Interpretationsspielraum lassen.

Der Arbeitskreis für Medizinische Geographie der Deutschen Gesellschaft für Geographie (DGfG), die Arbeitsgruppe Health Geography der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) und das Leibniz-Institut für Länderkunde (IfL) haben die Initiative ergriffen, einheitliche Qualitäts-

standards für die Erstellung von Karten im Gesundheitswesen zu formulieren.

Seit Mitte 2016 ist die „Gute kartographische Praxis im Gesundheitswesen (GKPiG) 1.0“ online (<http://health-geography.de/gkpig/>) und jetzt vom Leibniz-Institut für Länderkunde in der Druckversion veröffentlicht. Die Veröffentlichung ist kein Lehrbuch für Kartographie, vielmehr eine Orientierungshilfe, die auf Fallstricke bei der Erstellung von Karten hinweist. Die Adressaten sind alle im Gesundheitswesen tätigen Personen, primär aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, die sich mit dem Entwurf, der Umsetzung und der Beurteilung sowie Auswertung von kartographischen Darstellungen im Gesundheitswesen beschäftigen.

Petra Münstedt

GBE-Themenheft: Sehbehinderung und Blindheit



Blindheit und Sehbehinderung.
 GBE-Themenheft.
 Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Hrsg.: RKI, Berlin.
 Berlin: RKI 2017, 31 Seiten
 ISBN 978-3-89606-233-8

Aufgrund der demographischen Entwicklung in Deutschland nehmen altersabhängige Krankheiten zu, dazu gehören Sehbehinderungen ebenso wie Erblindungen. Da es kein nationales Blindenregister gibt, liegen Daten nur für einzelne Bundesländer vor, z. B. im Archiv des Landschaftsverbands Rheinland (LVR) das die amtlich registrierten Empfänger von so genanntem Blindengeld verzeichnet. Statistisch erfasst wird in Deutschland die Zahl der Menschen mit Behinderungen. Über Inanspruchnahme der Rehabilitation und Teilhabe gibt es in Deutschland keine genauen Zahlen.

Das neu erschienene Themenheft des Robert-Koch-Instituts zur Gesundheitsberichterstattung informiert über die vorhandene Datenlage zur Blindheit und Sehbehinderung in Deutschland und die sehr häufig zugrundeliegenden Erkrankungen, wie z. B. Diabetes mellitus, Glaukom oder Makuladegeneration.

Aussagefähige Daten sind die Voraussetzung, um für sehbehinderte und blinde

Menschen brauchbare Unterstützungsmöglichkeiten zu planen und umzusetzen.

Die vorliegende Veröffentlichung macht deutlich, dass große Datenlücken existieren und weiterhin Forschungsbedarf besteht hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten und der Diagnostik von Augenerkrankungen. Auch kann das Angebot an Maßnahmen zur frühzeitigen Diagnostik und deren Inanspruchnahme noch sehr verbessert werden. Offene Forschungsfragen betreffen ebenfalls die therapeutische Versorgung, die Lebenslagen der Betroffenen, die Begleitkrankheiten, die psychischen Belastungen und sozialen Folgen. Diese Publikation aus dem Robert-Koch-Institut macht deutlich, in welchen Bereichen ein Handlungs- und Forschungsbedarf besteht, damit zukünftig weniger Menschen erblinden, die Lebenssituation der Betroffenen verbessert und eine effektive Früherkennung von Augenkrankheiten erreicht werden kann.

Petra Münstedt

PERSONALBEDARFSBEMESSUNG

Brauche ich das auch im Gesundheitsamt?

Haben Sie sich bei dem Begriff Personalbedarfsbemessung spontan gefragt: „Was soll das Thema denn in dieser Zeitung?“ oder gedacht: „Das betrifft mich nicht, das ist doch nur was für Mitarbeitende in der Verwaltung“. Wie Sie Personalbedarfsbemessung in Ihrem Arbeitsfeld einsetzen können und wozu sie nützlich sein kann, zeigen wir Ihnen jetzt.



Folgende Situation kennen Sie bestimmt: Die Aufgabenmenge in Ihrem Verantwortungsbereich wird stetig größer, durch politische Beschlüsse oder gesetzliche Änderungen werden neue Aufgaben übertragen, gesellschaftliche Veränderungen machen die Aufgaben komplexer, Qualitätsstandards und Dokumentationspflichten sind anspruchsvoller denn je und parallel dazu wurde Personal reduziert oder freie Stellen nicht oder nur zögerlich nachbesetzt. Spätestens jetzt ist die Unzufriedenheit in der Organisation so groß geworden, dass eine kritische Bestandsaufnahme der Aufgabenwahrnehmung im eigenen oder verantworteten Bereich hilfreich ist. Sie zeigt Ihnen und ggf. in der Diskussion mit Ihrem Vorgesetzten, welche Zeitanteile der Arbeitszeit in welche Aufgaben fließen, welche Fallzahlen dahinter stehen und ob bzw. in welchem Bereich es überhaupt noch Spielraum für eine weitere Aufgabenübernahme geben kann.

Übergeordnetes Ziel einer Personalbedarfsbemessung ist es, die Menge an Personal zu definieren, die für einen übertragenen Aufgabenbereich erforderlich ist, um eine inhaltlich korrekte, zeitgerechte Aufgabenwahrnehmung bei angemessener Auslastung der Mitarbeitenden zu erreichen. Eine Verpflichtung zur systematischen Personalbedarfsbemessung ergibt sich rein formal aus dem Prinzip der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit als Handlungsprinzip der öffentlichen Verwaltung.

Personalbedarfsbemessungen werden in vielen Verwaltungen als Standardins-

trument eingesetzt, um den Aufgabenbestand und die damit verbundenen Prozesse kritisch auf den Prüfstand zu stellen. Einerseits dienen sie dazu, einen Nachweis für die Aufgaben und Personalressourcen zu erbringen. Andererseits stellen sie eine Grundlage für das Auffinden von Einsparmöglichkeiten dar. Solche „Organisationsüberprüfungen“ werden häufig durch die internen Personal- bzw. Organisationsabteilungen der Verwaltung oder durch ein externes Beratungsunternehmen umgesetzt. Eine Personalbedarfsbemessung kann aber ebenso als Grundlage dazu dienen, einen subjektiv wahrgenommenen Aufgabenzuwachs zu objektivieren, um durch eine konkrete inhaltliche Auseinandersetzung mit dem eigenen bzw. verantworteten Aufgabenbereich Möglichkeiten einer Neugewichtung oder eines Wegfalls von Aufgaben zu entwickeln.

VERFAHREN ZUR PERSONALBEDARFSBEMESSUNG

Es existieren verschiedene Verfahren der Personalbedarfsbemessung. Die Entscheidung, welches Verfahren oder welcher Methodenmix in einer Organisation geeignet ist, hängt maßgeblich von folgenden Faktoren ab:

- Aufgabencharakter (dispositiv-kreativer Aufgabentyp versus quantifizierbare, wiederkehrende Aufgaben)
- Qualität abrufbarer Daten (Verfügbarkeit und Validität von Fallmengen und Zahlengerüsten)
- Zeitrahmen
- Methodensicherheit

Bei den sogenannten Grundverfahren der Personalbedarfsbemessung unterscheidet man Berechnungsverfahren, bei denen Bearbeitungszeiten und Mengengerüste der jeweiligen Aufgaben gegenwartsbezogen gemessen werden, und analytische Schätzverfahren, denen eine vergangenheitsbezogene Betrachtung von Aufgaben, Zeitaufwänden und Mengengerüsten zugrunde liegt. Erfahrungsgemäß eignet sich für die Personalbedarfsbemessung im Gesundheitsamt das analytische Schätzverfahren sehr gut, da der überwiegende Teil der Aufgaben quantifizierbar, wiederkehrend und vom Charakter rechtsanwendend und vollziehend ist. Aufbauend auf so erhobenen Kennzahlen wie Bearbeitungszeiten und Fallmengen sind Folgeverfahren geeignet, bei Mengenveränderungen oder variierenden Bearbeitungszeiten z. B. durch veränderte Prozesse den veränderten Personalbedarf anzupassen.

AUFGABENKATALOG

Als Grundlage eines jeden Personalbemessungsverfahrens dient eine Aufstellung der Aufgaben des Untersuchungsbereiches. Hierbei ist besonderes Augenmerk darauf zu richten, dass die Aufgaben

- vollständig erfasst werden,
- der Detaillierungsgrad einheitlich (aber nicht zu kleinteilig) ist,
- die Aufgaben trennscharf abgebildet werden und
- belastbare Kennzahlen (z. B. Fallzahlen) zu den Aufgaben existieren.

Als Basisinformationen zur Aufstellung des Aufgabenkataloges eignen sich z. B. Stellenbeschreibungen, Produktpläne oder Jahresberichte. Durch Gespräche mit den Mitarbeitenden müssen diese Informationen aktualisiert und konkretisiert werden. Es ist wichtig, die Entwicklung des Aufgabenkataloges mit größtmöglicher Sorgfalt und – innerhalb der jeweiligen Organisationseinheit – breiter Beteiligung der Mitarbeitenden voranzutreiben, um Ergebnisse mit hoher Qualität und großer Akzeptanz zu erhalten.

Im nächsten Schritt werden den einzelnen Aufgaben Fallzahlen zugeordnet und für die verschiedenen Arbeitsschritte Bearbeitungszeiten durch Schätzung (im Einzelfall auch durch Messung) hinterlegt. Ausgehend von der Annahme, dass eine Aufgabe unterschiedliche Komplexitäten und folglich auch unterschiedliche Bearbeitungszeiten haben kann, werden für jede Aufgabe eine minimale, normale und maximale Bearbeitungszeit geschätzt. Durch diese gewichtete 3-Punkt-Schätzung, bei der der Normwert vierfachgewichtet wird, erhält man einen sehr stabilen, realitätsnahen Zeitwert (PERT-Methode). Aus der Multiplikation von Bearbeitungszeit und Fallzahl ergibt sich – vereinfacht ausgedrückt – der Arbeitszeitbedarf für die Aufgabe.

SACHLICHE UND PERSÖNLICHE VERTEILZEITEN

Zusätzlich zum ermittelten Arbeitszeitbedarf für die Fachaufgaben müssen Zeitanteile für weitere Tätigkeiten, die nicht unmittelbar den Fachaufgaben zuzuordnen sind, berücksichtigt werden. Hinzu kommen Zeitaufwände für persönliche Verrichtungen. In der Praxis hat es sich bewährt, diese persönlichen und sachlichen Verteilzeiten im Rahmen eines kleinen prozentualen Zuschlags zu berücksichtigen (2 bis 5%).

ARBEITSZEITBEDARF

Die Summe aus den ermittelten Grundzeiten der Fachaufgaben und den sachlichen

und persönlichen Verteilzeiten zeigt Ihnen den Arbeitszeitbedarf für die vorab definierten Aufgaben insgesamt. Diesem wird abschließend die zur Verfügung stehende Menge an Arbeitszeit gegenübergestellt. Sie ergibt sich aus der Addition der für den Aufgabenbereich zur Verfügung stehenden Arbeitszeiten der Mitarbeitenden (Arbeitszeit einer Normalarbeitskraft).

NORMALARBEITSKRAFT

Die Arbeitszeit einer Normalarbeitskraft kennzeichnet die zeitliche Verfügbarkeit eines Mitarbeitenden in einem Jahr unter Berücksichtigung der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit. Sie errechnet sich aus den Gesamttagen eines Kalenderjahres (365 Tage) abzüglich Wochenenden (104 Tage), Feiertagen (abhängig vom Bundesland), Urlaub sowie durchschnittlichen Krankheitstagen und wird in Jahresarbeitsminuten angegeben.

Wenn Sie zum Abschluss den errechneten Arbeitszeitbedarf dem zur Verfügung stehenden Arbeitszeitangebot gegenüberstellen, erhalten Sie einen Wert, der den Personalbedarf für die vorab betrachteten Aufgaben, Bearbeitungszeiten und Fallmengen aufzeigt.

PERSONALBEDARFSBEMESSUNG: EINE METHODE MIT VIELEN VORTEILEN

Diese Methode ist sehr gut geeignet, die eigenen Aufgaben und die jeweilige Schwerpunktsetzung bei der Aufgabenwahrnehmung transparent und detailliert abzubilden, um daraufhin Veränderungsmöglichkeiten zu entwickeln. Probieren Sie es doch einfach einmal für Ihren eigenen Arbeitsbereich aus! Und wenn wir Sie neugierig gemacht haben, können Sie sich bei Fragen gern mit uns persönlich in Verbindung setzen.

Melanie Kuns,
Iris Oguz-Burchart

Dr. med. Melanie Kuns und Iris Oguz-Burchart
Beraterinnen für das öffentliche Gesundheitswesen
bei der Kienbaum Consultants International GmbH

EINSATZMÖGLICHKEITEN DER PERSONALBEDARFSBEMESSUNG

