

Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Wichtiger denn je!

72. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD e. V. und BZÖG e. V.

Datum/Ort:

26.–29. April 2023, Potsdam

Kongresspräsidium:

Dr. Johannes Nießen, Vorsitzender BVÖGD

Dr. Ilka Gottstein, Erste Vorsitzende BZÖG

Wissenschaftliche Leitung:

Dr. Kristina Böhm

27.04.2023

Fachausschuss KJGD – Block 1: Auswirkungen der Pandemie auf Kinder und ihre Familien

09:00 – 10:30 | Kongress-Saal

Gesundheitsinformationen als Service. Unterstützung der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention durch das BZgA-Portal www.kindergesundheit-info.de

Autorinnen/Autoren U. Münstermann¹, R. Kortum¹, M. Bödeker¹
Institut 1 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat Q 5 – Kinder und Heranwachsende, Schule und Kita, Laienreanimation, Köln
DOI 10.1055/s-0043-1762641

Hintergrund Die Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie haben sich besonders auf die Situation von Kindern und Jugendlichen ausgewirkt. Als zentrale Instrumente, um z. B. psychosoziale Probleme auf Individualebene erkennen und gegensteuern zu können wurden u. a. die gesetzlich verankerten Gesundheitsuntersuchungen (U1-J1), digitale Unterstützungsangebote sowie eine Unterstützung der Primärprävention durch den ÖGD von der eingerichteten interministeriellen Arbeitsgruppe "Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona" als Maßnahmen Nr. 17, 12 und 13 identifiziert. Die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelten Gesundheitsinformationen im Onlineportal www.kindergesundheit-info.de und korrespondierenden Printmedien werden entsprechend aktueller Herausforderungen und Empfehlungen weiterentwickelt

Methoden Zur Förderung der frühen Kindergesundheit bietet die BZgA seit 2008 im Onlineportal www.kindergesundheit-info.de qualitätsgesicherte, entwicklungsbezogene Gesundheitsinformationen für Eltern und Fachkräfte. Aus den bereitgestellten Informationstexten (ca. 800 Themenseiten), Infografiken, Illustrationen und audiovisuellen Medien können Mitarbeitende im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, in Bildungs- und Beratungsstellen, Kitas oder Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Prävention die für ihren Arbeitskontext passenden Inhalte und Materialien zusammenstellen und unter standardisierten Nutzungsbedingungen (Creative Commons-Lizenz: BY-ND-NC) für eigene Formate einsetzen. Die Inhalte werden auf Basis systematischer Nutzeranalysen und anonymisiert erhobener Nutzermetriken (u.a. Seitenauf-

rufe, Verweildauer, Suchbegriffe) laufend den aktuellen Bedarfen in Familien und Settings angepasst.

Speziell für die kommunale Gesundheitsförderung und Prävention wurde auf dieser Basis eine Auswahl relevanter Inhalte, Materialien und Anlaufstellen in einer eigenen, im Herbst 2022 veröffentlichten Rubrik „Kindergesundheit in der Kommune“ gebündelt und somit ein neuer Service eröffnet.

Ergebnisse Die Seiten des Gesundheitsportals www.kindergesundheit-info.de werden aktuell (3. Quartal 2022) durchschnittlich ca. 800.000 Mal pro Monat aufgerufen. Der Zugriff erfolgt überwiegend über mobile Endgeräte (näherungsweise 90 %) und zu etwa 10 % über Desktop-PCs oder Tablets. Im zeitlichen Verlauf zeigten sich in den Vorjahren typische saisonale Schwankungen (z. B. Parallel zum Infektgeschehen im Herbst/Winter), die zuletzt im Verlauf der Corona-Pandemie z. T. weniger deutlich ausgeprägt waren. Besonderes nachgefragt werden kontinuierlich die Inhalte „Krankes Kind“ (Fieber etc.), Babyschlaf, Ernährung und Entwicklung sowie die U-Untersuchungen. Im Zeitraum zwischen 2018 und 2020 ist das Monitoring des Nutzungsverhaltens aufgrund zwischenzeitlich veränderter Datenschutzvorgaben nur mit Einschränkungen vergleichbar. Dennoch deutlich wurde insbesondere zu Beginn der Pandemie (1. Quartal 2020) ein hoher Informationsbedarf zum Umgang mit Corona in der Familie, der in der Folge mit dem Themenspezial „Elterninformationen zu Corona“ adressiert wurde. Für pädagogische Fachkräfte in Kitas wurden zudem zusätzliche Fortbildungsmodule zu Corona-bedingten Belastungen bei Kindern aus dem altersübergreifenden BZgA-Projekt „Psychisch stabil bleiben“ unter www.kindergesundheit-info.de verfügbar gemacht und verbreitet. Mit der besseren Sichtbarkeit des Angebotes für Fachkräfte in der Kommune ist ein erhöhter Zugriff auf die Inhalte zu erwarten – dies muss in zukünftigen Analysen jedoch noch untersucht werden.

Diskussion Das Onlineportal der BZgA www.kindergesundheit-info.de zur Förderung der frühen Kindergesundheit und Steigerung der Elternkompetenz erreicht eine kontinuierlich hohe Nutzung und ist in der frühen Pandemiezeit noch einmal stärker als Informationsquelle genutzt und weiterentwickelt worden. Schwerpunkte der Weiterentwicklung lagen in der weiteren Anpassung an Nutzerbedarfe und -verhalten. Mit den an Fachkräfte in Kitas und Kommunen gerichteten Serviceangeboten und „freien Inhalten“ (Creative Commons-Lizenz: BY-ND-NC) wird die Auswahl und die bedarfsbezogene Zusammenstellung relevanter Gesundheitsinformationen Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas und Kommunen unterstützt. Zukünftige Schritte zur Weiterentwicklung des Online-Angebotes sowie korrespondierender Printmedien können von weiteren Nutzungsanalysen und vom kontinuierlichen Austausch mit Multiplikatoren und Verantwortlichen profitieren, um den Kommunikationsanforderungen und -bedarfen vor Ort, im ÖGD, Fachstellen und Kitas zu entsprechen.

Die SARS-CoV-2-Pandemie als kritisches Lebensereignis für die physische und psychische Gesundheit von Kindern. Ein Scoping Review

Autorinnen/Autoren D. Niebuhr¹, Y. Kuhaupt¹, C. Koerner¹, J. Stockmann¹, R. Lidara¹, M. Schade^{1,2}

Institute 1 Hochschule Fulda, Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Fulda; 2 Geisungsamt Frankfurt am Main, Wissenschaft, Gesundheitsberichterstattung und -förderung, Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0043-1762642

Hintergrund Die SARS-CoV-2-Pandemie hat das Leben von Kindern tiefgreifend beeinflusst. Lockdowns erschwerten den Zugang zur Bildung; soziale Kontakte und Freizeit waren zugunsten der Infektionsschutzmaßnahmen stark begrenzt. Im Rahmen eines Forschungsprojektes „KING-SEU“ der Hochschule Fulda in Kooperation mit dem Gesundheitsamt Frankfurt wird der Frage nachgegangen, welche Auswirkungen die Corona-Pandemie auf die Gesundheit (körperlich, psychisch, sozial) von Kindern bis 12 Jahre auf Basis eines durchgeführten Scoping Review hat.

Methodik Der Scoping Review umfasst drei Elemente: Übersicht relevanter systematischer Reviews, passende qualitative Studien und relevante deutschsprachige Studien. Eine gezielte Suchstrategie wurde durch passende Schlagworte erarbeitet sowie Ein- und Ausschlusskriterien zur Suche definiert (z.B. nur OECD Länder, Kinder bis 12 Jahre, englische und deutsche Literatur). Zwischen 05/2022 bis 06/2022 wurden in den Datenbanken The Cochrane Library, Medline (PubMed), Embase, PsycInfo sowie CINAHL aus 392 gescreenten Texten acht systematische Reviews (darunter drei Meta-Analysen) und in der Datenbank Web of Science von 462 identifizierten Papieren zehn qualitative Studien identifiziert. Die Bewertung der methodischen Qualität der Übersichten erfolgte mit dem „Meta Tool for Quality Appraisal of Public Health Evidence“ und die der qualitativen Studien mit der NICE Methodology Checkliste. Ende Dezember erfolgt nochmals eine Nacherfassung der Recherche.

Ergebnisse Übereinstimmend zeigt die bisher ausgewertete Studienlage einen Anstieg der emotionalen Belastungssituation der Kinder mit Zunahme von Ängsten, Traurigkeit und Einsamkeit. Weiter gibt es Hinweise, dass soziale Kompetenzen (z.B. Verhaltensregeln, Höflichkeitsnormen) weniger ausgeprägt sind. Ebenso zeichnen sich Veränderungen im Schlafverhalten ab. Mitunter hat sich die Eltern-Kind-Beziehung intensiviert. Bewegungsmangel, verändertes Essverhalten und intensive Technologienutzung führten national und international zu einer signifikanten Gewichtszunahme.

Diskussion Bereits bekannte Handlungsempfehlungen für Maßnahmen zur künftigen Förderung der Gesundheit von Kindern müssen sowohl im häuslichen (z. B. proaktive Beratung der Eltern und Fördermaßnahmen Kinder) als auch im Krippe-/ Kita- und Schulsetting (z. B. psychosoziale Screenings, Umsetzung spezifischer Förderung im Setting, Stärkung Gesundheitskompetenz von Eltern) umgesetzt werden.

Familien im Corona-Lockdown – Ergebnisse einer Befragung von 3400 Familien anlässlich der Schuleingangsuntersuchung

Autorinnen/Autoren K. Kubini¹, H. Thoiss¹, K. Simon², F. Meyer¹, S. Cardinal von Widdern¹, M. Denfeld¹

Institute 1 Kinder- & Jugendgesundheitsdienst, Prävention & Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsamt Rhein-Erft-Kreis, Bergheim; 2 LZG.

NRW, Gesundheitscampus Bochum, Bochum

DOI 10.1055/s-0043-1762643

Die Coronapandemie hat Kindern und Familien einiges abverlangt und den Alltag der Familien beeinflusst. Veränderungen und deren Auswirkungen auf Familien wurden mit einem Fragebogen (FB) ermittelt, der bei der Terminvergabe für die Schuleingangsuntersuchung (SEU) an alle Familien mit Kindern im Einschulalter des Rhein-Erft-Kreises verteilt wurde.

Ziel der Umfrage war es, Belastungen und Hilfebedarfe der Familien zu erkennen und ggf. darauf zu reagieren.

Der standardisierte Fragebogen enthielt 23 Items im 4-stufigen Likert Format, 5 ergänzende offene Fragen, sowie Fragen nach dem Medienkonsum. Im Rhein-Erft-Kreis konnten 3400 FB bei 5300 Schulanfängerinnen ausgewertet werden.

Etwa 90% der befragten Familien zeigten eine positive, aber bildungsabhängige Einschätzung der Gesamtsituation: hohes Bildungsniveau der Eltern = positivere Einschätzung der Situation für die Kinder. Bei mehr als 50% der Kinder wurde von einem erhöhten Medienkonsum berichtet, bei ca. ¼ der Befragten kam es zu häufigen Konfliktsituationen in der Familie und ca. 15% der Kinder zeigten ein ängstlicheres Verhalten als vor der Pandemie. Einige der Kinder konnten notwendige Therapien nicht wahrnehmen. Objektive Daten der SEU werden mit dieser Untersuchung verglichen.

Kinder und deren Familien waren durch den Corona Lock-down unterschiedlich belastet und für einen Teil der Kinder war die Gesamtsituation der Kinder schlechter als vorher. Spezifische, sozialkompensatorische Unterstützung ist notwendig, um Folgen der Belastung zu erkennen, sie abzumildern und die Situation der Kinder wieder zu verbessern.

Fachausschuss Infektionsschutz – Block 1 – Impfen

09:00 – 10:30 | Fachtagungsraum 0.226

Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Daten der Schuleingangsuntersuchung in Niedersachsen

Autorinnen/Autoren K. Hesse-Jungesblut, K. Reißner
Institut Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Hannover
DOI 10.1055/s-0043-1762644

Durch die COVID-19-Pandemie (kurz: Corona-Pandemie) hat es im Alltag der Kinder und deren Familien viele Veränderungen gegeben, wie zum Beispiel temporäre Schließungen oder auch ein eingeschränkter Betrieb von Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen, Einschränkungen von Sozialkontakten durch angeordnete Kontaktbeschränkungsmaßnahmen und Schließungen von Spielplätzen, Sportvereinen und anderen Begegnungsorten. Auch die insgesamt in der Familie durch die Pandemie erlebten Belastungen können sich auf den Alltag und die Entwicklung der Kinder ausgewirkt haben.

Dieser Beitrag soll aufzeigen, ob und wenn ja inwieweit diese Veränderungen des Alltags in den ersten 1,5 Jahren der Pandemie, Auswirkungen auf die Gesundheit und Entwicklung der Kinder hatten, die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung (SEU) untersucht worden sind.

Grundlage dafür waren die Daten der Einschulungsjahrgänge 2015 – 2019 und 2021 von 15 der 45 niedersächsischen Kommunen. Die anderen niedersächsischen Kommunen konnten auf Grund der pandemiebedingten Arbeitsbelastungen nicht allen Kindern eine Schuleingangsuntersuchung ermöglichen und wurden daher nicht in die Auswertung aufgenommen.

Die Daten der Jahrgänge 2015-2019 stehen für die Zeit „vor der Pandemie“, die Daten des Jahrgangs 2021 für die Zeit „während der Pandemie“. Ausgewertet wurden u. a. die Daten des Seh-, Hör- und Sprachvermögens, der Feinmotorik und Körperkoordination sowie das Zahlen- und Mengenvorwissen.

Für die Auswertung wurden die Daten der Kommunen gepoolt. Aus den gepoolten Daten der Jahre 2015 – 2019 (Zeitreihe) für jedes Item der lineare Trend mittels eines einfachen linearen Regressionsmodells geschätzt und für die folgenden zwei Jahre fortgeführt. Dadurch war es möglich für das Jahr 2021 zu erkennen, ob sich die 2021 beobachteten Werte oberhalb oder unterhalb des extrapolierten Trends befinden. Ein Wert, der deutlich über oder unter dem zu erwarteten Wert liegt, lässt die Vermutung zu, dass ein besonderes Ereignis

das Outcome beeinflusst hat, was in diesem Fall die Auswirkung der Corona-Pandemie sein könnte.

Betrachtet man die Ergebnisse differenziert nach Gruppen von Kindern unterschiedlichen Geschlechts, unterschiedlichen Bildungsstatus der Familie oder nach mit oder ohne Migrationshintergrund, fällt auf, dass die Gruppen unterschiedlich stark durch die Corona-Pandemie beeinflusst worden sind: Es zeigt sich z.B., dass im Einschulungsjahrgang 2021 der Anteil von Kindern mit auffälligen Befunden bei Kindern aus Familien mit niedrigem Bildungshintergrund in vielen Bereichen deutlich zugenommen hat. Bei Kindern aus Familien mit hohem und mittleren Bildungshintergrund zeigt sich dies nicht oder nicht mit dieser Deutlichkeit.

Konzertierte Impfangebote – Kooperation von Ärzteschaft, Kliniken und ÖGD

Autorinnen/Autoren K. Landenburger¹, T. Neugebauer², B. Joggerst¹
Institute 1 Gesundheitsamt Enzkreis, Pforzheim; 2 Internistische Praxis, Maulbronn

DOI 10.1055/s-0043-1762645

Mit Schließung der Impfzentren im September 2021 gab es für Menschen ohne Hausärzte in vielen Gegenden keine ausreichenden Impfangebote, insbesondere niederschwellig. In Pforzheim / Enzkreis ist das Gesundheitsamt aktiv geworden und hat innerhalb kürzester Zeit in einer konzertierten Aktion mit niedergelassener Ärzteschaft, MVZs der Kliniken, Verwaltung von Stadt und Landkreis ein Angebot entwickelt und eingerichtet, dass niederschwelliges Impfen möglich wird. Das Angebot fand erstaunlich schnell Resonanz und musste ausgeweitet werden. Es fand über insgesamt 6 Monate an mehreren Wochentagen die Woche (zwischen 2 und 6) statt. Es konnten über den gesamten Zeitraum insgesamt 15.279 Menschen geimpft werden, davon gut 35 % im Rahmen einer Grundimmunisierung. Das ist deutlich mehr als sowohl in Arztpraxen als auch in anderen Impfangeboten erreicht werden konnte. Die Möglichkeit, ohne Anmeldung spontan zu kommen, die improvisierte Atmosphäre in einer ehemaligen Pizzeria und die intensive Betreuung fremdsprachiger und sozial wenig integrierter Menschen wurden als Gelingensfaktoren identifiziert. Dies ist vor dem Hintergrund einer der schlechtesten Impfquoten in Baden-Württemberg eine Erfolgsgeschichte.

HPV-Impfung: Awareness steigern und Basiswissen vermitteln: die 6. Bayerische Impfwoche im Juli 2022 als gelungenes Beispiel

Autorinnen/Autoren M.-S. Ludwig¹, E. Gottwald¹, J. Milbradt¹, S. Speiser¹, L. Lechler¹, U. Nennstiel¹, C. Herr¹, S. Charbonnier², V. Brand², M. Pfob²

Institute 1 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Erlangen; 2 Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, München/Nürnberg

DOI 10.1055/s-0043-1762646

Hintergrund Bestimmte hochpathogene Humane Papillomviren (HPV, u.a. Typ 16 und Typ 18) können Krebs auslösen, insbesondere Gebärmutterhalskrebs bei Frauen, aber auch bei Männern andere seltener Tumore im Geschlechtsbereich (z.B. Peniskarzinome) oder im Mund-Rachenbereich. Die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) seit 2009 zunächst für Mädchen und seit 2018 auch für Jungen empfohlene HPV-Impfung schützt vor der HPV-induzierten Krebsentstehung, was aktuell durch große Registerstudien in Schweden und UK bestätigt werden konnte.

Die HPV-Impfquoten in Bayern sind bei Mädchen und Jungen trotz kontinuierlicher Zunahme in den letzten Jahren (auf ca. 45 % bei 15-jährigen Mädchen und ca. 17 % bei Jungen im Jahr 2020) noch zu niedrig. Um eine weitere Erhöhung der Impfquoten zu erreichen, ist es wichtig, die Zielgruppen mit wissenschaftlich fundiertem Informationsmaterial über die Themen HPV und HPV-Impfung aufzuklären. Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) hat daher zusammen mit der Landesarbeitsgemeinschaft

Impfen (LAGI), einem seit 15 Jahren bestehendem Netzwerk von Ärzten, Apothekern, Körperschaften, Hebammen, Kassen und Wissenschaftlern bei der 6. Bayerischen Impfwoche 2022 einen besonderen Schwerpunkt auf die HPV-Impfung gesetzt. Damit leistete Bayern einen wichtigen Beitrag zur Umsetzung des 94. Beschlusses der Gesundheitsministerkonferenz vom 16. Juni 2021, in dem alle Akteure im Gesundheitswesen dazu aufgerufen wurden, ein Wahrnehmen der durch die STIKO empfohlenen Schutzimpfungen trotz Pandemie zu bewirken und dabei z.B. in Aufklärungskampagnen den Fokus auf die HPV-Impfung zu legen.

Methodik/Umsetzung Für die Impfwoche wurden – in fachlicher Abstimmung mit der LAGI – neue zielgruppenspezifische Flyer für Eltern und Jugendliche sowie ein ansprechendes Plakat entwickelt. Im Zuge der Medienkampagne wurden auch Animationen für die Außenwerbung produziert. Diese Materialien wurden mit einem Aufruf zur aktiven Teilnahme an alle in der LAGI vertretenen Akteure, wie z.B. über das Ärzteblatt an niedergelassene Ärzte oder mit Unterstützung der Kammer an alle bayerischen Apotheken, versandt. Eine kostenfreie Bestellmöglichkeit für weitere Akteure aus Bayern wurde unter www.bestellen.bayern.de eingerichtet. Darüber hinaus konnten die Gesundheitsämter mit dem Impfwoche-Logo versehene Müsliriegel und Bentoboxen als Give-Aways bestellen.

Die Impfwoche wurde am 18. Juli von Staatsminister Holetschek pressewirksam am „Impfwoche-Stand“ in München zusammen mit hochrangigen Vertretern aus der LAGI eröffnet. Damit starteten viele Aktionen, die medial z.B. auf verschiedenen Social-Media-Kanälen, über regionale Zeitungen oder über eigens eingerichtete Websites begleitet wurden. Gesundheitsämter beteiligten sich mit eigenen Impfwoche-Aktionen sowie zum Teil mit gesonderten Impfberatungen. In Apotheken und Arztpraxen wurde die Impfwoche durch die Plakate und Flyer beworben und in Nürnberg fand am 22. Juli eine weitere Standaktion statt. Begleitend wurden in den Social-Media-Kanälen des StMGP Posts zur Ankündigung der Impfwoche, zur Aufklärung über die HPV-Impfung sowie Experteninterviews zur HPV-Impfung veröffentlicht.

Ergebnis Die Auswertung der medialen Kampagne durch die Media-Agentur des StMGP zeigte im Nachgang eine erfreulich große Reichweite. Dies wurde sichtbar u.a. durch gestiegene Seitenaufrufe der entsprechenden StMGP-Informationswebsite während des Impfwochzeitraumes, der Anzahl der Klicks und Seitenansichten der verschiedenen bespielten Social-Media-Kanäle und durch ermittelte Full-View-Raten. Die Analyse zeigt, dass viele Jugendliche durch Snapchat erreicht werden konnten, Eltern auch durch Facebook, Instagram oder Youtube. Für die Screenwerbung in U-Bahnhöfen in München und Nürnberg wurden ca. 1,3 Mio. Kontakte errechnet.

Zur Evaluation des Effektes der Impfwoche ist eine weitere kontinuierliche Auswertung von KV-Abrechnungsdaten zur HPV-Impfung vorgesehen. Sofern erste Ergebnisse zum Zeitpunkt des BVÖGD-Kongresses vorliegen, werden diese vorgestellt.

Ausblick Die Flyer und Plakate der erfolgreichen HPV-Impfwoche in Bayern werden weiterhin für die Awareness und Aufklärung zu dieser wichtigen Impfung genutzt und z.B. jedes Jahr von den Gesundheitsämtern an alle Schülerinnen und Schüler der 6. Klassen ausgeteilt.

Die HPV-Impfwoche ist zudem ein wichtiger Impuls für weitere Aktivitäten auf nationaler Ebene, wie z.B. durch die Nationale Lenkungsgruppe Impfen (NaLI).

Schutzmaßnahmen verhindern Ansteckungen in großem Masernausbruch – Aktuelles zu Masernimpfung, Diagnostik, Genotypisierung und Stand des WHO Eliminationsprogramms Masern

Autorinnen/Autoren M.K. Hüppe¹, A. Mankertz²

Institute 1 Gesundheitsamt Landkreis Hildesheim Nationales Referenzzentrum Masern, Mumps, Röteln, Hildesheim; 2 Robert Koch-Institut, Berlin

DOI 10.1055/s-0043-1762647

Masern sind mit einem R0-Wert von 12-18 eine extrem hochansteckende Viruskrankung, zumal wenn man das SARS-CoV-2 im Vergleich heranzieht, für

das R0-Werte von 3-4 ermittelt wurden. Ein Masernausbruch im Landkreis Hildesheim im Jahr 2019 war mit insgesamt 43 Fällen der größte in Niedersachsen, der seit dem Jahr 2009 verzeichnet wurde. Dieses Geschehen hat landes- und bundesweit für Schlagzeilen gesorgt. Die erste Erkrankung trat Mitte Januar auf. Ende Mai des Jahres erklärte das Gesundheitsamt den Ausbruch für beendet, nachdem unter Berücksichtigung der maximalen Inkubationszeit von 21 Tagen nach dem zuletzt gemeldeten Fall keine weiteren Meldungen erfolgt waren. Trotz der mit über 40 vergleichsweise hohen Zahl von Erkrankungen zog das Gesundheitsamt eine positive Bilanz des Ausbruchmanagements: Zum einen haben die risikoadaptierten Schutzmaßnahmen an den betroffenen Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindertagesstätten und insbesondere an den Schulen, weitere Ansteckungen verhindert. Zum anderen hat die intensive Öffentlichkeitsarbeit die Bevölkerung stark sensibilisiert und in der Folge fast zu einer Verdoppelung der durchgeführten Masernimpfungen geführt (+ 86 %).

Der Indexpatient zeigte am 13. Januar 2019 das für Masern charakteristische Exanthem und Fieber. Im Laufe des Januars erkrankten vier weitere Fälle. Im Februar stieg die Zahl der Neuerkrankungen auf acht und erreichte im März den Höhepunkt mit 20 neu erkrankten Personen. Im April war der Ausbruch mit elf neuen Fällen bereits wieder rückläufig. Zu diesem Zeitpunkt verstarb tragischerweise eine Frau an einer für Masern typischen Begleiterkrankung, einer Riesenzellpneumonie, einer schweren Ausprägung einer Lungenentzündung.

Ein Blick auf die Altersstruktur der Hildesheimer Fälle macht Impflücken in der Altersgruppe von 18 bis 49 Jahre deutlich: 71 % der Erkrankten in dieser Gruppe waren nicht gegen Masern geimpft. Dies zeigt erneut die Wichtigkeit der Impfung: Die MMR-Impfung ist die einzige Möglichkeit, sich vor den Masern zuverlässig und dauerhaft zu schützen. Auch wenn die Durchimpfungsquoten bei den Kindern inzwischen recht gut sind, bestehen insbesondere bei jungen Erwachsenen noch Schutzlücken. Auf dieser Beobachtung baut die STIKO-Empfehlung einer einmaligen MMR-Impfung für alle nach 1970 geborenen Erwachsenen auf, die sich auf Menschen ohne dokumentierte Impfung, mit nur einer Impfung in der Kindheit oder einer unklaren Impfhistorie bezieht.

Von den insgesamt 43 erkrankten Personen waren 23 Frauen und 20 Männer. In allen Fällen wurde der Genotyp D8-4683 und damit eine ursprünglich aus Indien stammende Variante des Masern-Wildvirus nachgewiesen. In keinem Fall wurde das Impfvirus nachgewiesen. Die Genotypisierungen wurden im Nationalen Referenzzentrum Masern, Mumps, Röteln am Robert Koch-Institut in Berlin durchgeführt. Das NRZ MMR bietet für symptomatische Verdachtsfälle eine kostenfreie Untersuchung an, die bei positivem Genomnachweis eine Genotypisierung nach sich zieht. Die Genomcharakterisierung ist aus mehreren Gründen wichtig:

1. Durch die Genotypisierung kann zwischen masernartigen, leichten Symptomen im Zusammenhang mit einer Impfung und einer echten Masernerkrankung unterschieden werden. Die im Verlauf des Masernausbruch verstorbenen Frau war kurz vor ihrem Tod geimpft worden, allerdings geschah dies erst mehrere Tage nach der Exposition. Die Untersuchung des NRZ MMR ergab eine Infektion mit dem Wildtypvirus. Dadurch konnten der Spekulation, dass die Impfung im Zusammenhang mit dem Todesfall stand, Tatsachen entgegengesetzt werden.
2. Die molekulare Typisierung von Masernviren ermöglicht, dass spontane Masernfälle und Ausbruchsgeschehen zu Transmissionsketten zugeordnet werden können. In Zusammenhang mit epidemiologischen Angaben entsteht damit ein detailgetreues Bild der Masernvirenzirkulation in Deutschland bzw. im internationalen Kontext. Der Ausbruch in Hildesheim war zu 100 % mit der Virusvariante D8-4683 assoziiert. Dieses Virus trat zu dem Zeitpunkt weltweit auf und prägte auch das damalige Geschehen in Deutschland.
3. Die Länge der Transmissionsketten von Masernviren stellt den entscheidenden Faktor für die Einschätzung des Standes der Masernvirenelimination dar. Wird der WHO durch die Deutsche Kommission der Verifizierung der Masern- und Rötelnelimination NAVKO im Jahresbericht mitgeteilt, dass eine Masernvirusvariante wie die im Hildesheimer Ausbruch nachgewiesene D8-4683 länger

als 12 Monate zirkuliert, bedeutet dies, dass das Eliminationsziel erneut verfehlt wurde.

Aus diesem Grund bittet das NRZ MMR bei Auftreten eines Masernverdachtsfalls mit Ausschlag und Fieber um Übersendung eines Rachenabstrichs (feuchter Tupfer), der innerhalb von fünf Tagen nach Symptombeginn entnommen wurde. Nähere Informationen finden sich auf der Webseite des NRZ MMR.

Aufgrund der großen Ansteckungsgefahr und des potenziell tödlichen Verlaufs der Masern – statistisch gesehen verstirbt einer von 1.000 an Masern Erkrankten an der Krankheit – besteht schon bei der Meldung des Verdachts einer Masernerkrankung unverzüglicher Handlungsbedarf durch das Gesundheitsamt, insbesondere bei Auftreten von Masern in Gemeinschaftseinrichtungen. Im Landkreis Hildesheim betraf dies zwei Kindertagesstätten und elf Schulen. Hier hat das Gesundheitsamt sofort risikoadaptierte Schutzmaßnahmen ergriffen. Es wurden die Impfausweise von 2.193 Kontaktpersonen kontrolliert. Darunter waren 1.584 Schüler, 216 Lehrer und anderes Schulpersonal sowie 224 Kontaktpersonen im persönlichen Umfeld der Erkrankten. Neben den Kontrollen in den Kindertagesstätten und Schulen hat das Gesundheitsamt im Verlauf des Ausbruchs mehr als 600 telefonische und 200 persönliche Beratungsgespräche geführt. Des Weiteren wurden zahlreiche Hausbesuche durchgeführt, um vor Ort Abstriche für die Labordiagnostik zu nehmen. In 81 Fällen, in denen laut Impfdokumentation keine Impfung erfolgt war, der Impfstatus unsicher war oder der Nachweis der Immunität nicht erbracht werden konnte, sprach das Gesundheitsamt Betretungsverbote aus. Das konsequente Vorgehen und der immense Aufwand für die Kontrollen zahlten sich aus: In den Kindertagesstätten und Schulen traten keine weiteren Masernfälle auf. Die Folgefälle wurden innerhalb der Familien und des privaten Umfelds beobachtet. Die stringente Vorgehensweise war damit absolut richtig: Hätte man an den Kindertagesstätten und Schulen nicht so geradlinig gehandelt, wäre es mit Sicherheit zu weiteren Ansteckungsfällen gekommen.

Der Masernausbruch und das daraus resultierende Interesse der Öffentlichkeit hatten auch positive Auswirkungen: Im Vergleich zum Vorjahr wurden in den Arztpraxen im Landkreis Hildesheim im ersten Quartal des Jahres 1.213 mehr Impfdosen gegen Masern verabreicht, das entspricht einem Plus von 86,1 Prozent. Dieses Ergebnis zeigt, dass viele Menschen im Rahmen der Informationskampagne im Rahmen des Ausbruchs erreicht wurden.

Es wurde kürzlich gezeigt, dass sich das Masernvirus im 6. Jahrhundert v. Chr. aus dem Rinderpestvirus entwickelt hat. Seitdem zirkuliert es in der menschlichen Bevölkerung und hat das Leben von unzähligen Menschen gekostet. Wir haben jetzt die historische Chance, dieses Virus durch eine flächendeckende Impfung mit einem sicheren und effektiven Impfstoff auszurotten. Lassen Sie uns dieses Ziel gemeinsam erreichen!

Zeckenzephalitis (FSME) – zunehmendes Problem für den ÖGD trotz Impfung

Autorinnen/Autoren G. Dobler

Institut Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr, München

DOI 10.1055/s-0043-1762648

Die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME, Zeckenzephalitis) ist die wichtigste durch Zecken übertragene Virusinfektion in Mitteleuropa. Trotz einer verfügbaren effektiven und sicheren Impfung nimmt die Zahl der jährlich gemeldeten FSME-Fälle in Deutschland in den letzten Jahren deutlich zu. Dabei ist die Zunahme insbesondere durch den Anstieg der Fallzahlen in den bekannten Risikogebieten Bayerns und Baden-Württembergs zu. Daneben breiten sich die Risikogebiete in Deutschland weiter nach Norden und Osten aus. In den letzten Jahren wurden eine Reihe von Landkreisen in Sachsen, Thüringen und Brandenburg zu Risikogebieten erklärt. Die Gründe für die Zunahme der Erkrankungsfälle trotz der verfügbaren Impfung sind weitgehend unklar. Eine ähnliche Entwicklung der Fallzahlen wird jedoch auch in den benachbarten hochendemischen Ländern (u.a. Schweiz, Österreich, Tschechien) beobachtet. Dabei zeigt diese ähnliche Entwicklung in Österreich, dem Land mit einer Durchimpfungsrate von > 80 %, dass die Entwicklung nichts mit der Durchimp-

fungsrate in der Bevölkerung zu tun hat. Damit scheinen Änderungen in der Ausbreitung, in der Zeckenaktivität und im natürlichen Übertragungszyklus in Zecken und Kleinsäugern eine entscheidende Rolle zuzukommen. Dem ÖGD kommt in dieser sich verändernden Epidemiologie der FSME eine entscheidende Rolle zu in der Aufklärung und Beratung der medizinischen Fachkreise und in der Prävention und Prophylaxe der zunehmend gefährdeten Bevölkerung zu.

TBD-Prev-Studie – Impfkzeptanz und Management der Impfberatung zur FSME bei niedergelassenen Ärzt:innen in Baden-Württemberg und Bayern

Autorinnen/Autoren A. Sogan-Ekinci^{1, *}, L. Coyer^{2,3, *}, J. Kuhn^{1,4, B.}, Greutelaers², F.S. Saller², J. Hailer⁵, S. Böhm², C. Wagner-Wiening^{1, **, M.M. Böhmer^{2,6, **}}

Institute 1 Gesundheitsschutz, Infektionsschutz und Epidemiologie, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg Landesgesundheitsamt, Stuttgart; 2 Landesinstitut Task Force Infektiologie, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), München; 3 Europäischen Trainingsprogramms für Interventionsepidemiologie, Pfad der Feldepidemiologie (EPIET), Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), Solna, Schweden; 4 Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie (PAE), Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin; 5 Gesundheitsschutz, Landratsamt Reutlingen – Kreisgesundheitsamt, Reutlingen; 6 Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Otto-von-Guericke Universität, Magdeburg; 7 Geteilte Erstautorenschaft; 8 Geteilte Letztautorenschaft

DOI 10.1055/s-0043-1762649

Hintergrund Im Jahr 2020 wurden in den Hauptendemiegebieten Baden-Württemberg und Bayern Rekordfallzahlen von Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) seit Beginn der Meldepflicht 2001 verzeichnet. Die Mehrzahl der Fälle waren ungeimpft. Die Zunahme an FSME-Erkrankungsfällen rückt die Bedeutung von Strategien zur Erhöhung der FSME-Impfquoten in FSME-Risikogebieten in den Vordergrund. Hierzu gehört auch die Aufklärung zu weiteren zeckenübertragenen Infektionen wie z.Bsp. Borreliose und Tularämie. Niedergelassene Ärzt:innen spielen hierbei als Multiplikatoren eine Schlüsselrolle. Mit dem Ziel, Strategien zur Erhöhung der FSME-Impfquoten abzuleiten sowie den Wissensstand zu FSME und weiteren zeckenübertragenen Krankheiten in der Bevölkerung und in der Ärzteschaft zu verbessern, wurde die TBD-Prev (Tick-Borne Disease Prevention) Studie durchgeführt.

Methoden Alle Ärzt:innen in der hausärztlichen Versorgung beider Bundesländer wurden zur Studienteilnahme eingeladen. Mittels standardisierter, selbstadministrierter Fragebögen wurden die Ärzt:innen anonym zu ihrem Aufklärungs-, Beratungs- und Impfverhalten befragt und ihr Bedarf an Informations-/Aufklärungsmaterialien erhoben. Die Erhebung erfolgte per Papierfragebogen per Post und mittels Online-Umfrage-Tool.

Ergebnisse Zwischen Mai und September 2022 gingen 1.524 postalische und 809 online-Rückmeldungen von insgesamt 14.046 Eingeladenen ein (Rücklaufquote = 17 %). 55 % der teilnehmenden Ärzt:innen war männlich, 71 % älter als 50 Jahre, und 51 % Teilnehmer:innen arbeitet in einer Einzelpraxis. Fast alle Teilnehmenden gaben an, die STIKO-Richtlinien zu kennen (91 %) und schätzten ihr Wissen über Risiken und Nutzen von Impfungen im Allgemeinen als ausreichend ein (98 %). FSME-Impfungen werden von 97 % angeboten, 69 % davon führen Impfberatungen bei Erstkonsultation neuer Patient:innen und 66 % regelmäßig aktiv bei allen Patient:innen durch. Insgesamt 24 % äußerten einen Bedarf an Informationsmaterial zur FSME-Impfung und zu zeckenübertragenen Krankheiten, darunter vor allem analoge Medien wie Flyer (82 %) und Poster (50 %). Aktualität, Qualitätssicherung, leichte Verständlichkeit und Unabhängigkeit von der Pharmaindustrie wurden als wichtigste Eigenschaften der Materialien genannt.

Diskussion und Schlussfolgerung Fast alle teilnehmenden Ärzt:innen bieten FSME-Impfungen an und fühlen sich bezüglich zeckenübertragener Erkrankun-

gen und FSME-Impfung gut informiert. Der Anteil der aktiven Impfberatung zu FSME und der aktiven Aufklärung von Patient:innen zu zeckenübertragenen Infektionen hat jedoch noch deutliches Verbesserungspotential. Die Ergebnisse der Befragung zeigen den Bedarf an zusätzlichen, niedrigschwelligen Informationsmaterialien. Auf Grundlage der Ergebnisse werden im weiteren Verlauf der Studie verschiedene Informationsmaterialien, insbesondere Flyer und Poster zur FSME-Impfung und zeckenübertragenen Erkrankungen erarbeitet die der Ärzteschaft als Grundlage für Beratung zur Verfügung gestellt werden.

Präventionsforschung im ÖGD

09:00 – 10:30 | Fachtagungsraum 0.214

Die Darstellung von Gesundheitsförderung und Prävention auf den Websites der baden-württembergischen Gesundheitsämter – Prev4ÖGD

Autorinnen/Autoren J. Mangold^{1,2, D.}, Hesmert^{2,3, A.}, Siegel^{2,4, A.J.}, Klein^{2, D.}, Häske^{2, S.}, Wössner^{2, M.A.}, Rieger^{2,4, S.}, Joos^{2,3, C.}, Mahler¹

Institute 1 Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Gesundheitswissenschaften, Abteilung Pflegewissenschaft, Tübingen; 2 Universitätsklinikum Tübingen, Zentrum für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung (ZÖGV), Tübingen; 3 Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin & Interprofessionelle Versorgung, Tübingen; 4 Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Tübingen

DOI 10.1055/s-0043-1762650

Hintergrund Gesundheitsförderung und Prävention zählen zu den Kernaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) [1]. Von zentraler Bedeutung für wirksame Gesundheitsförderung und Prävention ist unter anderem die Gesundheitskommunikation. Da sich das Internet zu einer der wichtigsten Informationsquellen für gesundheitsbezogene Informationen entwickelt hat und die Gesundheitsämter immer mehr im Interesse der Öffentlichkeit stehen, rücken auch ihre Websites mehr in den Fokus der Wahrnehmung. Vor diesem Hintergrund wurde der Frage nachgegangen, wie Gesundheitsämter die Thematik der Gesundheitsförderung und Prävention nicht übertragbarer Erkrankungen (G&PnÜE) auf ihren Websites darstellen.

Methodik Zur Beantwortung der Fragestellung wurden die Websites der 38 baden-württembergischen Gesundheitsämter analysiert. Mit Hilfe eines selbst entwickelten Analyseinstruments wurden die Präsentation der Thematik G&PnÜE auf den Websites sowie einzelne Projekte der G&PnÜE mittels quantitativer Inhaltsanalyse erfasst. U.a. wurden die adressierte Zielgruppe, das Themenfeld und das Setting für jedes Projekt erhoben. Freie Memos zu den einzelnen Websites und übergreifenden Themen ergänzten die Datenerhebung.

Ergebnisse & Diskussion Alle 38 Websites der baden-württembergischen Gesundheitsämter wurden gescreent. Der Prozess der Datenauswertung läuft aktuell, die finalen Ergebnisse können beim Kongress präsentiert werden. Es zeichnet sich ab, dass die Thematik der G&PnÜE auf den Websites der Gesundheitsämter sehr heterogen dargestellt wird. Auf einigen Websites werden zahlreiche Projekte der G&PnÜE vorgestellt, auf anderen ist die Thematik nur wenig dargestellt. Das Spektrum der dargestellten Projekte reicht von Einzelaktivitäten (z.B. Flyern, Newslettern oder einmaligen Veranstaltungen) bis hin zu komplexen Interventionen inklusive Evaluation. Es scheint Themenfelder zu geben, die überregional von hoher Relevanz sind. Oft wird in einem kurzen Text über die Projekte informiert, eine direkte Ansprache von Zielgruppen ist nur selten erkennbar.

Ausblick Die Studie bietet einen ersten systematischen Überblick über die Darstellung der Thematik der G&PnÜE auf den Websites von Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg. Die Ergebnisse eröffnen die Möglichkeit, diesen Weg der Gesundheitskommunikation auf Grundlage einer aktuellen Bestands-

aufnahme weiterzuentwickeln und so noch effektiver für die Gesundheitsförderung zu nutzen. Beispielsweise könnte verstärkt eine direkte Ansprache der verschiedenen Zielgruppen auf den Websites ergänzt werden.

Quellen [1] Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (2021): Leitbild für einen modernen öffentlichen Gesundheitsdienst. Zugriff über <https://www.akademie-oegw.de/die-akademie/leitbild-oegd.html>. Zuletzt eingesehen: 07.11.2022

Wie kommt der ÖGD zu seinen Themen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention? – Eine qualitative Studie (Prev4ÖGD)

Autorinnen/Autoren A.J. Klein¹, S. Wössner¹, D. Häske¹, D. Hesmertl², J. Mangold³, A. Siegel⁴, M.A. Rieger⁴, C. Mahler³, S. Joos^{1,2}

Institute 1 Universitätsklinikum Tübingen, Zentrum für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung (ZÖGV), Tübingen; 2 Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin & Interprofessionelle Versorgung, Tübingen; 3 Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Gesundheitswissenschaften, Abteilung Pflegewissenschaft, Tübingen; 4 Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Tübingen

DOI 10.1055/s-0043-1762651

Hintergrund Das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) des Landes Baden-Württemberg formuliert Gesundheitsförderung, -planung und -berichterstattung als Kernaufgaben des ÖGD. Dieser Auftrag wird mit dem übergeordneten Ziel verknüpft, sozial bedingte und geschlechterbezogene Ungleichheiten von Gesundheitschancen abzubauen sowie auf sich verändernde gesundheitliche und sozialmedizinische Problemlagen zu reagieren. In diesem Sinne stellt eine bedarfs- und zukunftsorientierte Ausrichtung von Gesundheitsförderung und Prävention einen Teil des gesetzlichen Auftrags des ÖGD in Baden-Württemberg dar. Angesichts mit dem Klimawandel einhergehender bevölkerungsmedizinischer Herausforderungen gewinnt dies zusätzlich an Relevanz.

Vor diesem Hintergrund hat die vorliegende Studie zum Ziel, die aktuelle Praxis der Themensetzung und Maßnahmenentwicklung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg zu explorieren.

Methodik Es wurden 16 problemzentrierte Interviews mit Mitarbeitenden unterschiedlicher Hierarchieebenen an Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg durchgeführt. Mit einem Leitfaden wurden Erfahrungen zu selbst durchgeführten bzw. verantworteten Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention erhoben, verbunden mit einem Fokus auf Prozessabläufen und Rahmenbedingungen.

Die Dauer der Interviews betrug durchschnittlich 1 Std. 17 Min. (Range: 49 Min bis 1 Std. 58 Min.). Das Sampling richtete sich am Prinzip der „Information Power“ [1], d.h. dem Informationsgehalt des erhobenen Materials im Hinblick auf die angewandten Analyseverfahren und das Forschungsziel, aus. Die transkribierten Interviews werden mittels der reflexiven thematischen Analyse nach Braun und Clarke [2] ausgewertet.

Ergebnisse Derzeit werden die Interviews ausgewertet, die finalen Ergebnisse werden zum Zeitpunkt des Kongresses vorliegen. Bereits jetzt zeichnen sich wichtige Faktoren für die Auswahl der Themenbereiche und die Art entwickelter Maßnahmen ab. Haltungen und Überzeugungen von Personen auf Leitungsebene, sei es innerhalb politischer Gremien wie dem Gemeinderat, innerhalb des Gesundheitsamtes oder innerhalb von Institutionen (z. B. Schulen) scheinen eine zentrale Rolle dafür zu spielen, inwiefern bzw. welche Themen der Gesundheitsförderung und Prävention verfolgt werden. Daten scheinen insbesondere zu Beginn eines Projekts eine wichtige Funktion zu haben z.B. als Argumentationsgrundlage ggü. Entscheidungsgremien und potenziellen Fördermittelgebern. Bestehende Finanzierungsstrukturen und Gesetzesformulierungen kristallisieren sich als wichtige Rahmenbedingungen heraus. So deutet sich an,

dass diese die Möglichkeiten der Durchsetzung und Ausgestaltung von Themen und Aktivitäten der Gesundheitsförderung bedeutsam mitbestimmen.

Diskussion Die Ergebnisse liefern erste Daten, die zum besseren Verständnis und zur Optimierung der aktuellen Bedingungen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention beitragen. Insbesondere helfen sie, sowohl mögliche Perspektiven im Hinblick auf Veränderungen von Rahmenbedingungen als auch Potenziale einer engeren Verzahnung von Forschung/Wissenschaft und ÖGD zu beleuchten.

Quellen [1] Malterud K., Siersma V.D., Guassora A.D. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research* 2016; 26 (13): 1753–1760

[2] Terry G., Hayfield N., Clarke V., Braun V. Thematic Analysis. In C. Willig & W. Stainton Rogers (Hrsg.) *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology* (S. 17-37). Sage. 2017

Präventionsmaßnahmen implementieren – Chancen und Herausforderungen der Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis. Ein- und Ausblicke aus dem Projekt Familie +

Autorinnen/Autoren C. Niermann¹, F. Butscher², A. Kretzer³, A. Ziegel-dorf⁴, F. Arway⁵, R. Wolf⁶

Institute 1 Medical School Hamburg (MSH) University of Applied Sciences and Medical University, Hamburg; 2 Technische Universität München Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften, Munich; 3 Plattform Ernährung und Bewegung (peb), Berlin; 4 Universität Leipzig Fakultät für Sportwissenschaften, Leipzig; 5 Universität Konstanz, Social and Health Sciences, Konstanz; 6 Landkreis Oberhavel, Fachbereich Gesundheit, Oranienburg

DOI 10.1055/s-0043-1762652

Hintergrund Ziel des Projekts Familie + (gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit) war es, bei Grundschulkindern in den Lebenswelten Schule und Familie einen gesunden Lebensstil zu fördern. Maßnahmen, die in der Schule und in Familien durchgeführt wurden, wurden wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Durch die gesundheitsfördernden Maßnahmen sollten gewichtsbezogene Verhaltensweisen (Bewegung, Ernährung, sedentäres Verhalten, Schlaf) verbessert werden. Dabei setzten die gesundheitsfördernden Maßnahmen in den beiden für Kinder wichtigsten Lebenswelten an – in der Schule und der Familie. Hierfür wurde für beide Lebenswelten eine Sammlung gesundheitsfördernder Maßnahmen erstellt. Zu jeder schulbasierten Maßnahme gibt es eine äquivalente familienbasierte Maßnahme, um das Zusammenspiel von Elternhaus und Schule bzgl. der Gesundheitsförderung zu verbessern. Die Einbeziehung von kommunalen Akteuren (z. B. Gesundheitsamt), Schulleitungen und Lehrkräften sowie Familien über den gesamten Projektverlauf hinweg, setzt eine enge Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft(ler:innen) und Praxis(akteur:innen) voraus. In dem hier vorgestellten Beitrag beleuchten wir die Perspektiven der unterschiedlichen Projektbeteiligten und leiten aus dieser Synthese die wichtigsten Merkmale und Herausforderungen der Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis ab.

Methoden Das Projekt Familie + beinhaltet drei Phasen: 1) Entwicklung, 2) Implementierung und Evaluation und 3) Transfer und Verbreitung. In allen drei Phasen waren/sind die verschiedenen Praxisakteur:innen beteiligt. Die gesundheitsfördernden Maßnahmen wurde in 47 Klassen aus 9 Grundschulen in drei Modellregionen (Landkreis Oberhavel, Saarpfalz-Kreis, Stadt Leipzig) durchgeführt und begleitet. Das Studiendesign folgte einer unkontrollierte hybride Effektivitäts-Implementierungs Evaluation mit einem mehrstufigen „mixed methods“ Ansatz. Hierbei kamen in den Projektphasen Online-Fragebögen, Einzel- sowie Fokusgruppeninterviews mit Familien, Lehrkräften, und kommunalen Akteuren zum Einsatz. Nach einer Synthese der Daten wurden zunächst qualitative Inhaltsanalysen durchgeführt. Ziel war es, Aspekte, in denen sich Merkmale und Herausforderungen manifestieren, zu identifizieren und daraus

übergeordnete Kategorien abzuleiten. Diese Kategorien wurden anschließend den entsprechenden Aspekten des Wissenschaftssystems gegenübergestellt.

Ergebnisse Wir fanden in den Aussagen von Familien, Lehrkräften und Schulleitungen sowie kommunalen Akteur:innen Hinweise auf diverse Probleme in der Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis. Während beispielsweise „die Wissenschaft“ in ihrem Streben nach „qualitativ hochwertigen Daten“ dazu tendiert, die Implementierungs- und Evaluationsprozesse zu standardisieren und zu kontrollieren (d.h. Störvariablen, Einflüsse von außen soweit es geht auszuschalten), ist dieses Vorgehen für die Umsetzung in der Praxis untauglich und geht an der Realität der Praxisakteur:innen vorbei. Im Gegensatz dazu haben diese die Erwartung und den Bedarf, die Abläufe größtmöglich zu individualisieren und an die spezifischen Gegebenheiten nicht nur der Kommune, sondern auch der Schulen oder einzelnen Klassen anzupassen, was wiederum die Wissenschaft vor Herausforderungen hinsichtlich der Evaluation stellt. Insgesamt reflektieren die Aussagen eine Fehlpassung zwischen der für wissenschaftliche Projekte üblichen und erforderlichen „rigiden“ wissenschaftlichen Vorgehensweise einerseits und den realen Lebensbedingungen von Familien, Schulen und Kommunen andererseits.

Diskussion und Fazit Die Zusammenarbeit zwischen den zwei per se sehr unterschiedlich funktionierenden Systemen – Wissenschaft und Praxis – ist eine große Herausforderung. Gleichzeitig aber auch eine der wichtigsten Voraussetzungen für einen gelingenden Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis. Dabei kann weder das Ignorieren wissenschaftlicher Arbeitsprinzipien noch ein Übergehen der Lebensrealität derjenigen Menschen, die gesundheitsfördernde Maßnahmen umsetzen sowie derjenigen, an die sie sich eigentlich richten/die sie nutzen sollen, die Lösung sein. Ein Mittelweg scheint schwierig zu sein. Aus diesem Grunde ist es wichtig, zunächst die Konsequenzen für die Implementierung von Präventionsmaßnahmen aufzudecken, die sich ergeben, wenn sich das Vorgehen stärker oder weniger stark an den klassischen wissenschaftlichen Methoden und Prinzipien bzw. stärker oder weniger stark an den Rahmenbedingungen und Bedarfen der Praxis orientiert. Das gegenseitige Verständnis und eine Zusammenarbeit, die auf Vertrauen beruht ist eine wichtige Voraussetzung. Auf dieser Grundlage ist es möglich, unterschiedliche Zielstellungen für die Zusammenarbeit zu formulieren und Aspekte einer gelingenden Zusammenarbeit abzuleiten, um eine – für alle Beteiligten – erfolgreiche Präventionsmaßnahme zu implementieren.

Gesundheitsförderung und Prävention nicht-übertragbarer Erkrankungen durch Gesundheitsämter während der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse einer Onlinebefragung

Autorinnen/Autoren A. Siegel^{1,2}, D. Hesmert^{2,3}, J. Mangold^{2,4}, A. Klein², S. Wössner², D. Häske², M.A. Rieger^{1,2}, S. Joos^{2,3}, C. Mahler⁴

Institute 1 Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen; 2 Zentrum für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung (ZÖGV), Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen; 3 Institut für Allgemeinmedizin & Interprofessionelle Versorgung, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen; 4 Institut für Gesundheitswissenschaften, Abteilung Pflegewissenschaft, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen

DOI 10.1055/s-0043-1762653

Hintergrund Zu den Kernaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) zählen Prävention und Gesundheitsförderung. Unklar ist, in welchem Ausmaß die Gesundheitsämter Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention nicht-übertragbarer Erkrankungen (G&PnÜE) während der COVID-19-Pandemie fortführen konnten. Da während der Pandemie Infektionsschutzmaßnahmen höchste Priorität hatten, ist anzunehmen, dass zahlreiche Aktivitäten im Bereich G&PnÜE zurückgestellt oder storniert werden mussten.

Fragestellung Am Beispiel der Gesundheitsämter in Baden-Württemberg (BW) wurden folgende Fragen untersucht: Welche personellen Ressourcen (Vollkräf-

te) stehen den Gesundheitsämtern in BW für G&PnÜE-Aktivitäten zur Verfügung und wie viele Vollkräfte wurden während der COVID-19-Pandemie tatsächlich im Bereich G&PnÜE eingesetzt? Welche G&PnÜE-Aktivitäten wurden während der Pandemie durchgeführt, welche wurden zurückgestellt und welche sollen vorrangig wieder aufgenommen werden, sobald wieder mehr Ressourcen für G&PnÜE-Aktivitäten eingesetzt werden können?

Methoden Alle 38 Gesundheitsämter in BW wurden am 1.9.2022 per E-Mail eingeladen, an einer Umfrage zur oben genannten Fragestellung teilzunehmen. Hierfür wurde ein selbstentwickelter, teilstandardisierter Online-Fragebogen eingesetzt. Pro Gesundheitsamt sollte nur ein Fragebogen ausgefüllt werden. Der Befragungszeitraum endete am 4.11.2022. Die Daten der explorativen Studie wurden deskriptiv-statistisch mithilfe der Software SPSS ausgewertet.

Ergebnisse Von den 38 Gesundheitsämtern in BW nahmen 34 an der Befragung teil (89,5%). Auf die Frage nach den offiziell zur Verfügung stehenden Personalstellen (Vollkräften) für G&PnÜE-Aktivitäten antworteten 30 der 34 Gesundheitsämter. Diesen 30 Ämtern stehen im Mittel 2,44 Vollkräfte für G&PnÜE-Aktivitäten zur Verfügung (Median 2,00; SD 1,41; Range 0,2–5,00). In den zurückliegenden 12 Monaten – also unter Pandemie-Bedingungen – konnten diese 30 Ämter im Mittel 1,23 Vollkräfte für G&PnÜE-Aktivitäten einsetzen (Median 0,95; SD 1,24; Range 0,00–4,50). Die Befragten nannten beispielhaft 61 G&PnÜE-Aktivitäten, die sie in den zurückliegenden 12 Monaten durchführten. Sie nannten 69 G&PnÜE-Aktivitäten, die während der Pandemie zurückgestellt werden mussten; 40 dieser 69 Aktivitäten sollten nach Meinung der Befragten vordringlich wieder aufgenommen werden. Die Analyse der während der Pandemie zurückgestellten und laut den Befragten vordringlich wiederaufzunehmenden G&PnÜE-Aktivitäten zeigt charakteristische Unterschiede in Bezug auf Setting, Thema und Ausrichtung (Verhaltens- vs. Verhältnisprävention) der Aktivitäten: So erschien den Befragten z.B. die Wiederaufnahme von (während der Pandemie zurückgestellten) verhältnispräventiven Aktivitäten tendenziell dringlicher als die Wiederaufnahme verhaltenspräventiver Aktivitäten, und die Wiederaufnahme von (zurückgestellten) Aktivitäten im Setting Arbeitsplatz/Betrieb erschien tendenziell dringlicher als die Wiederaufnahme von Aktivitäten im Setting Kita/Kindergarten.

Diskussion und Schlussfolgerungen Der hohe Rücklauf ermöglicht eine valide Beantwortung der Forschungsfragen. Die Analyse der Personalsituation im Bereich G&PnÜE während der Pandemie zeigt, dass die Anzahl der für G&PnÜE-Aktivitäten einsetzbaren Vollkräfte unter den Gesundheitsämtern sehr stark variierte. Inwieweit die Ergebnisse einen Hinweis auf die prioritäre Aufnahme verhältnispräventiver und bestimmter settingbezogener Aktivitäten im Bereich G&PnÜE des ÖGD in BW geben, wird zu diskutieren sein.

Leichenschau als Aufgabe des Gesundheitsamtes

09:00 – 10:30 | Tagungsraum 1

Die ärztliche Leichenschau im Spiegel der Rechtsmedizin

Autorinnen/Autoren K. Albrecht

Institut Brandenburgisches Landesinstitut für Rechtsmedizin (BLR), Potsdam

DOI 10.1055/s-0043-1762654

Die Anzahl der Sterbefälle in Deutschland überschritt im Jahr 2021 zum ersten Mal seit Jahrzehnten die Schwelle von 1 Million. Fälle, welche sämtlichst einem letzten ärztlichen Dienst zugeführt werden müssen – der Leichenschau. Diese Untersuchung stellt einen regelmäßigen Bestandteil ärztlicher Tätigkeit dar und ist wesentliche Voraussetzung zur Erstellung einer Todesbescheinigung. Dem leichenschauhaltenden Arzt/Ärztin kommt beim Ausfüllen dieses urkundlichen Dokuments eine zentrale und verantwortungsvolle Aufgabe zu. Hier wird

die Weiche zum weiteren Vorgehen gestellt, nämlich neben der Benennung der Todesursache, insbesondere die Entscheidung zur Klassifizierung der Todesart, welches dann ggf. eine Einschaltung der Ermittlungsbehörden zur Folge haben kann. Im Fall eines nicht-natürlichen oder ungeklärten Todesfalls kann dann im Zuge der weiterführenden Ermittlungen auch eine rechtsmedizinische Untersuchung des Leichnams notwendig werden. Die Ausführungen der Todesbescheinigungen als auch die jeweilig zugrundeliegenden Bestattungsgesetze sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich ausgestaltet, welches mithin eine Herausforderung für den ausfüllenden Arzt/Ärztin, insbesondere vor dem Hintergrund landesübergreifender Rettungsdienste darstellen kann. Mit den Bestimmungen zur Leichenschau verfolgt der Gesetzgeber eine Reihe von Zielen, denen persönlichkeitsrechtliche, straf- und zivilrechtliche, soziale und gesundheitspolitische Bedeutung zukommt. Die Leichenschau an sich ist standardisiert durchzuführen, wobei sich an der in Kürze erscheinenden aktualisierten AWMF-Leitlinie „Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau“ der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin orientiert werden kann. In der gegenständlichen Präsentation sollen Grundzüge der ärztlichen Leichenschau unter besonderer Berücksichtigung rechtsmedizinischer Aspekte, einschließlich der Krematoriumsleichenschau, skizziert und insbesondere auf mögliche Fallstricke bei der Durchführung und Befundbewertung hingewiesen werden.

Erste Beurteilung der intersektoralen Arbeit im Projekt: Pilotierung einer bundeseinheitlichen elektronischen Todesbescheinigung (eTB)

Autorinnen/Autoren K. Ferling¹, J. Milanovic¹, N. Gruba¹, O. Eckert¹, D. Borucki², U. Vogel², S. Weber²

Institute 1 Statistisches Bundesamt (Destatis), Bonn; 2 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Bonn

DOI 10.1055/s-0043-1762655

Höchstes Ziel des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist Schutz, Aufrechterhaltung und Förderung der Gesundheit des Einzelnen und der Gesamtbevölkerung. Hierzu bedarf es aktueller Kenntnisse über den Gesundheitszustand und die Sterblichkeit auf kommunaler, Landes- und Bundesebene. Die Schaffung einer validen und reliablen Gesundheitsberichterstattung hat oberste Priorität. Deren Qualität hängt jedoch von der Kooperation diverser Akteure ab. Voraussetzung sind u.a. die ärztlicherseits vorgenommenen, medizinischen Angaben auf den Todesbescheinigungen. Die von verschiedenen Stellen vorzunehmende Bearbeitung der je nach Bundesland variierenden Papier-Todesbescheinigung ist stark fehleranfällig und zeitintensiv, allerdings für eine korrekte Gesundheitsberichterstattung und Todesursachenstatistik unerlässlich. Durch einen intersektoralen Digitalisierungsprozess ließe sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit deutlich verbessern.

Eine intersektorale Digitalisierung wird im Projekt „Pilotierung einer bundeseinheitlichen elektronischen Todesbescheinigung (eTB)“, welches das Statistische Bundesamt (DESTATIS) gemeinsam mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchführt, angestrebt. Der Go-Live ist für Februar 2023 in drei Pilotregionen angedacht.

Ziel ist die Verbesserung der Todesursachenstatistik hinsichtlich Aktualität und Datenqualität. Hierzu müssen die abhängig vom jeweiligen Bundesland zu erhebenden Items der Todesbescheinigungen harmonisiert und eine medienbruchfreie elektronische Versendekette bereitgestellt werden. Mittels einer neu entwickelten mobilen Applikation (eTB-App) werden die Daten der bisher papiergebundenen Todesbescheinigung seitens der Leichenschauenden elektronisch erfasst und an nachbearbeitende Behörden (Standes- und Gesundheitsämter) digital versenden. Die App-Eingabefelder entsprechen einem bundeseinheitlichen Datensatz und wenigen landesspezifischen Datenfeldern. Effizienz und Effektivität des Ausfüllens sollen durch einfache bzw. intuitive Bedienbarkeit, kontextsensitive Menüführung, Plausibilitätsprüfungen zu Voll-

ständigkeit und bestimmten Zeitangaben sowie das automatische Befüllen personalisierter Felder gesteigert werden. Neben einer besseren Lesbarkeit soll eine zeitnahe, verlässliche und präzise Datenerhebung gewährleistet werden. Im Rahmen des Vortrags wird eine erste Beurteilung der intersektoralen Arbeit im Pilotprojekt erfolgen.

Daten für Taten im ÖGD – Ein Diskussionsbeitrag

Autorinnen/Autoren S. Gleich

Institut Landeshauptstadt München, Gesundheitsreferat, München

DOI 10.1055/s-0043-1762656

Nicht zuletzt die Coronapandemie hat die enorme Bedeutung von Daten für die erforderlichen Interventions- und Präventionsmaßnahmen in der täglichen Arbeit des ÖGD aufgezeigt. Alle Gesundheitsämter verfügen in ihrem Zuständigkeitsbereich über viele und wichtige Daten zu den Arbeitsfeldern des ÖGD. Diese Daten stammen aus ganz unterschiedlichen Bereichen wie dem amtsärztlichen Dienst, dem Infektionsschutz, dem Krisenmanagement und dem Management infektiologischer Sonderlagen, dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, dem Sozialpsychiatrischen Dienst sowie der Gesundheitsberichterstattung und Prävention.

Diese Daten werden von den Ämtern zwar häufig für Tätigkeitsberichte ausgewertet, welche der Amtsleitung und sonstigen übergeordneten Behörden zur Verfügung gestellt werden. Wissenschaftliche Publikationen für ein breites Fachpublikum werden aus diesem „Datenschatz“ jedoch derzeit nur von wenigen Gesundheitsämtern verfasst.

Im Vortrag soll die praktische und wissenschaftliche Arbeit eines Großstadtgesundheitsamtes am Beispiel der systematischen Auswertung von Daten aus Todesbescheinigungen dargestellt werden. Diese Vorgehensweise brachte wichtige Erkenntnisse mit unmittelbarer Auswirkung auf die praktische Arbeit des Münchner Gesundheitsreferates. Es werden konkrete Beispiele zur Hygieneüberwachung medizinischer Einrichtungen, zur Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs, zu forensisch wichtigen und rechtlichen Aspekten der Leichenschau sowie zu bekannten und neuen Infektionskrankheiten bei Verstorbenen vorgestellt.

Abschließend werden anhand der Münchner Erfahrungen mögliche Vorgehensweisen zur Vernetzung von Gesundheitsämtern untereinander und Perspektiven zum Aufbau wissenschaftlicher Kooperationen aufgezeigt.

Verdrängung der Fachexpertise der Sozialpsychiatrischen Dienste aus der Eingliederungshilfe

09:00 – 10:30 | Tagungsraum 2

Auswirkungen der Umsetzung des BTHG in Hamburg

Autorinnen/Autoren D. Vennemann

Institut Bezirksamt Eimsbüttel, Fachamt für Gesundheit, Hamburg

DOI 10.1055/s-0043-1762657

Mit Einführung des Fallmanagements (FM) hat Hamburg bereits im Jahre 2014 eine grundlegende Zentralisierung der Eingliederungshilfe (EGH) vorgenommen und ein zentrales Fachamt, angegliedert an den Bezirk Wandsbek, eingerichtet. Zunächst verblieb noch die Antragstellung bei den bezirklichen Grundversicherungsämtern. Mit Umsetzung des BTHG am 01.01.2020 wurde auch diese zentralisiert. Durch diese zentrale Begutachtung und die zeitgleiche Schaffung der offenen Beratungsstelle der Anbieter der Eingliederungshilfe (ASP) wurden die Sozialpsychiatrischen Dienste der Bezirke weitgehend aus dem Verfahren gedrängt.

Nutzen und Schaden für das psychiatrische Versorgungssystem im Hamburg werden in diesem Vortrag gegenüber gestellt. Die Entwicklungen in der Hansestadt zu diesem Thema werden kritisch beleuchtet und teilweise an Hand von aktuellen Zahlen dargestellt.

Um die bezirkliche Versorgung besonders schwieriger Klient:innen (sog. Systemsprenger) zu verbessern, gibt es nun in Hamburg (unterstützt durch die Gesundheitsbehörde) regionalisierte Modellprojekte, über die einführend hier berichtet werden wird.

Auswirkungen des BTHG in Schleswig-Holstein und Niedersachsen

Autorinnen/Autoren P. Schlegel¹, K. Petzold²

Institute 1 Landkreis Harburg, Sozialpsychiatrischer Dienst, Winsen (Luhe);

2 Kreis Ostholstein, Sozialpsychiatrischer Dienst, Eutin

DOI 10.1055/s-0043-1762658

Schon vor Inkrafttreten des BTHG war die Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe sowohl organisatorisch wie auch inhaltlich recht heterogen. Während in einigen Kreisen und Städten die fachliche Hilfeplanung für psychisch Kranke Menschen in unterschiedlichem Umfang bei den sozialpsychiatrischen Diensten angesiedelt war (teils durch Beteiligung, teils in Federführung) und damit Synergieeffekte und die fundierte Kenntnis des regionalen Hilfesystems genutzt werden konnten, arbeiteten in anderen Kommunen Hilfeplaner*innen als Mitarbeiter*innen der Sozialämter unter der Vorgabe, Kosten zu sparen. Die Qualität der Hilfeplanung war dementsprechend recht unterschiedlich. Mit Einführung des BTHG wurden jeweils landeseinheitliche, sehr umfangreiche und am ICF orientierte Bedarfsermittlungsinstrumente entwickelt, die vom Charakter her deutlich mehr Verwaltungstätigkeit herausfordern als sozialpädagogische Qualität abbilden. Da dieses „bürokratische Monster“ auch mit aufgestockten Personalressourcen in den SpDi´s nicht mehr zu bewältigen war, ohne die anderen Kernaufgaben zu vernachlässigen, wurde die Hilfeplanung von den allermeisten bisher beteiligten SpDi´s zum größten Teil an die Sozialämter abgegeben, die dazu eine Vielzahl von Sozialpädagogen*innen zur Übernahme der vorwiegend bürokratischen Aufgaben einstellten. Lediglich vereinzelt gelang der Erhalt einer Einflussnahme fundierter sozialpsychiatrischer Fachlichkeit auf die individuelle Hilfeplanung, sei es durch Einrichtung oder Ausbau eines eigenen Fachgebietes im Gesundheitsamt geschaffen wie in den Landkreisen Ostholstein, der Region Hannover oder im Landkreis Harburg oder durch Einrichtung einer eigenen Abteilung im SpDi, die im Auftrag des Sozialamts tätig ist, wie im Lübeck.

Infolge fortbestehenden Personal Mangels, wenig am Menschen orientierter Arbeitsweise und der vom BTHG vorgegebenen Antragspflicht der Betroffenen kommt es überall zu langwierigen und zähen Verfahren, schwer psychisch kranke Menschen fallen zunehmend durch die Maschen, Leistungserbringer, insbesondere im stationären Bereich, reduzieren ihre Angebote. Die SpDi´s sind zunehmend damit befasst, schwer kranke Menschen, die die Schwelle zur Antragstellung nicht schaffen über lange Zeiträume zu begleiten, andere bei der Antragstellung an der Hand zu nehmen und dann aufgrund der langwierigen Verfahren über längere Zeiträume zu begleiten. Zudem fällt auf, dass die vormalig ganzheitliche, sprich kostenträgerübergreifende Herangehensweise der SpDi´s im bürokratischen Dschungel des BTHG verlorengegangen und ein einseitiger Fokus auf professionelle EGH-Angebote dominiert. Kritisch gesehen wird auch die ungünstige Kollateralentwicklung zunehmender rechtlicher Betreuungsverfahren für betroffenen Klient*innen zur Bewältigung des Verfahrens und damit ein gegenteiliger Effekt der ursprünglich vom Gesetzgeber angestrebten Intention, die Rechte Betroffener zu stärken.

Verdrängung der Fachexpertise aus der Eingliederungshilfe Umgang mit dem BTHG aus Sicht der Sozialpsychiatrischen Dienste NRW und Hessen

Autorinnen/Autoren M. Schol-Tadic¹, E. Sakellaridou²

Institute 1 Fachdienstleitung Betreuungsbehörde und Sozialpsychiatrischer Dienst, Fachbereich Gesundheit, Der Kreisausschuss des Kreises Groß-Gerau; 2 Kreis Mettmann Gesundheitsamt, Sozialpsychiatrischer Dienst, Mettmann

DOI 10.1055/s-0043-1762659

Die Veränderungen, die die Umsetzung des BTHG mit sich gebracht hat und weiterhin mit sich bringt, sind auch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Nordrhein-Westfalen und Hessen spürbar. Für die Gruppe der Menschen mit psychischen Störungen erfolgte diese Planung zumeist mit Beteiligung des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) oder unter dessen Federführung. Die Expertise des SpDi war im Rahmen der Hilfeplanung, den Hilfeplankonferenzen, ein fester Bestandteil. Es konnten so individuelle Hilfeplanungen erfolgen, das Bedarfserhebungs-Instrument war der IBRP. Die Betroffenen und meist alle an einer eventuellen Leistungserbringung beteiligten Personen waren anwesend und konnten ihre Expertise aus den einzelnen Bereichen beisteuern.

In NRW wurden „Empfehlungen der Hilfeplankonferenz an den Kostenträger“ aufgrund von IBRP und dem darin beschriebenen Behinderungsbild abgegeben, dies bildete auch Grundlage für das Vorliegen einer seelischen Behinderung. Über die Zeit kam es in Teilen NRW's dazu, dass nur noch „besondere Fälle“ in den Hilfeplankonferenzen besprochen wurden, nämlich die, die eines besonderen Beratungsbedarfes bedurften. Mit der Einführung des BTHG bauten beide überörtlichen Sozialhilfeträger eigene Fachdienste für Hilfeplanung und zur Feststellung der wesentlichen Behinderung auf. Mit dem 1.1.2020 fanden keine HPKs mehr statt, die Gebietskörperschaften erfahren auf keinem Wege mehr etwas über das Geschehen in der EGH, außer durch Berichte der Leistungserbringer in PSAG oder GPV.

In Hessen erfolgten die Hilfeplanung ebenfalls im Rahmen der Hilfeplankonferenzen, an denen der überörtliche Sozialhilfeträger, der Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWV Hessen) selbstverständlich beteiligt war. In gemeinsamer Beratung und meist offenem Austausch wurde mit allen Beteiligten auf Basis des IBRP die Hilfe für die Betroffenen geplant. In Hessen wurde im September 2018 das Gesetz zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes vom Landtag angenommen und ein Landesrahmenvertrag geschlossen. Das Bedarfserhebungsinstrument wurde der ITP Hessen, um den eingeschlagenen Weg der integrierten und personenzentrierten Bedarfsermittlung und Teilhabepanung in der Eingliederungshilfe fortzusetzen. Der ITP wurde durch den „Personenzentrierte integrierte Teilhabeplan“ (PIT) abgelöst wurde. Die Umstellung der einzelnen Kreise und kreisfreien Städte erfolgte in Hessen stufenweise und ist seit 01.01.2022 mit der Stufe 7 abgeschlossen. Nun erfolgt die Hilfeplanung nach dem Lebensabschnittsmodell entweder durch den örtlichen Sozialhilfeträger (Kinder und Jugendliche und ältere Personen, die erstmals einen Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe stellen) oder den LWV Hessen, der für die Bedarfsermittlung erwachsener Personen zuständig ist.

Die Fachexpertise des Gesundheitsamtes mit den Mitarbeiter*innen des SpDi ist fast gänzlich aus der Hilfeplanung verdrängt worden. Der überörtliche Sozialhilfeträger oder der örtliche Sozialhilfeträger führen die Ermittlung der Bedarfe durch. Die Bedarfsermittlung und Hilfeplanung erwachsener Personen im mittleren Lebensabschnitt erfolgt durch den überörtlichen Sozialhilfeträger durch Hilfeplaner*innen oder Mitarbeiter*innen des sogenannten Fachdienstes, wenn erstmalig ein Antrag auf Eingliederungshilfe gestellt wird.

Dieses Vorgehen hat, neben dem Phänomen der Verdrängung der fachlichen Expertise des ÖGD aus dieser Hilfeplanung, auch den Nachteil, dass es möglich ist, dass Personen mit besonderen Hilfebedarfen erst spät(er) mit dem SpDi in Kontakt kommen bzw. dass der SpDi an dem Prozess der Hilfeplanung und Hilfestaltung nicht mehr unmittelbar einbezogen ist und mitwirken kann.

Der Weg der Hilfestellung bleibt für den ÖGD ungewiss, was auch die Koordination von Hilfen vor Ort, welche durch die Psychiatriekoordination erfolgen soll, schwieriger werden lässt.

Corona Lessons Learned – Krisenresiliente Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Autorinnen/Autoren F. Bauer

Institut Landeshauptstadt Dresden, Amt für Gesundheit und Prävention, Amtsleitung, Dresden

DOI 10.1055/s-0043-1762660

Hintergrund Die Corona-Pandemie hat wie ein Brennglas die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes offenbart. Neben seiner beratenden und unterstützenden Funktion muss er im Rahmen gesundheitlicher Notlagen auch Aufgaben des Krisenmanagements übernehmen. Damit wird neben der Notwendigkeit stets aktueller Fachexpertise auch eine Agilität bzw. eine Managementexpertise in den Gesundheitsämtern benötigt. Gleichzeitig wurde in der Corona-Pandemie deutlich, dass resiliente Strukturen hierfür nicht bestanden, sondern parallel zur Lage errichtet wurden. Abweichend vom Vorgehen vieler Kommunen in Deutschland wurde in der Landeshauptstadt Dresden kein Krisenstab auf Ebene des Verwaltungsvorstandes installiert, sondern eine parallele Struktur des Coronamanagements im Amt für Gesundheit und Prävention aufgebaut. Somit kam dem Amt die fachliche und organisatorische Steuerung des Pandemiemanagements zu. Die Struktur orientierte sich dabei an der aus dem Katastrophenschutz stammenden Führung im Stab.

Ziele Der Beitrag informiert über das Vorgehen des Amtes für Gesundheit und Prävention der Stadt Dresden und geht dabei auf die folgenden Punkte explizit ein:

1. Darstellung der Stabstruktur im Amt für Gesundheit und Prävention in Abgrenzung zur klassischen Stabarbeit auf Ebene eines Verwaltungsvorstandes,
2. Analyse der Stärken und Schwächen des gewählten Ansatzes,
3. Ableitung von Erkenntnissen zur Stärkung der Krisenresilienz bzw. des Risikomanagements im Öffentlichen Gesundheitsdienst insbesondere im Hinblick auf Ressourcenallokation und Verankerung auf normativer Ebene für künftige Krisenlagen.

Methode Deskriptive Betrachtung des Krisenmanagements im Amt für Gesundheit und Prävention Dresden im Status quo. Vergleich mit einer in Dresden durchgeführten, externen Evaluation des Krisenmanagements und Beschreibung von Handlungsfeldern unter anderem auf struktureller und personeller Ebene zur besseren Vorbereitung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf künftige Krisenlagen.

Ergebnisse Der Öffentliche Gesundheitsdienst muss zur Wahrnehmung seiner Kernaufgabe des Gesundheitsschutzes adäquate Managementstrukturen zur Krisenbewältigung etablieren. Vorbild können dabei Stabstrukturen aus dem Katastrophenschutz sein, die auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst übertragen werden. Hierzu bedarf es aber einer Entwicklung interner Abläufe und Entscheidungsketten, Klärung von amtsinternen Zuständigkeiten im Krisenfall, Prozessbeschreibungen und eine Verankerung in entsprechenden Dienst- bzw. Handlungsanweisungen. Dies nicht zuletzt auch zur Legitimation des Handelns und zur Definition des Zeitpunkts, ab dem die Regelstruktur verlassen und eine Stabstruktur eingenommen werden muss. Hier können die Erkenntnisse aus dem Vorgehen des Amtes für Gesundheit und Prävention Dresden dienlich sein, das in der Corona-Pandemie eben jene Struktur eingenommen hat. Unter Hinzuziehung der Erkenntnisse aus einem externen Evaluationsprozess können Stärken herausgearbeitet und Schwächen minimiert werden. Im Ergebnis kann so eine entsprechende Stabstruktur skizziert werden, die bei Bedarf aktiviert wird, bis dahin jedoch das Arbeiten im Stab auch fortlaufend erproben muss.

Diskussion Im Kern war die Corona-Pandemie primär eine Aufgabe des Infektionsschutzes und damit in originärer Zuständigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die Gesundheitsämter vor Ort haben dabei die federführende

Rolle in der Kommunikation mit Bürger*innen und gesellschaftlichen Akteur*innen eingenommen. Es ist nach Ansicht des Autors zu diskutieren, wie die Erkenntnisse aus der Pandemiebewältigung nachhaltig in die Gesundheitsämter dergestalt einfließen können, dass etablierte Stabstrukturen auch unterhalb einer globalen gesundheitlichen Notlage, beispielsweise bei großen Ausbruchsgeschehen auf regionaler Ebene, aktiviert werden können. Damit können das Risikomanagement aber auch die Resilienz einer Institution im Umgang mit herausfordernden Lagen gestärkt werden.

Fachausschuss Krisenmanagement – Block 1

09:00 – 10:30 | Tagungsraum 3

Gemeinsamkeiten stärken, Unterschiede leben – partizipative Entwicklung praxisorientierter Handlungsempfehlungen für ein gelingendes Pandemiemanagement in baden-württembergischen Gesundheitsämtern

Autorinnen/Autoren M. Steinisch^{1,3}, B. Wrede³, E. Buck¹, M. Eichinger^{1,2}, H. Röhrbein¹, R. Wendlinger¹, K. Hoffmann¹

Institute 1 Universität Heidelberg, Medizinische Fakultät Mannheim, Zentrum für Präventivmedizin und Digitale Gesundheit, Mannheim;

2 Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik, Abteilung für Pädiatrische Epidemiologie, Mainz; 3 Jugendamt und Gesundheitsamt, Mannheim

DOI 10.1055/s-0043-1762661

Einleitung Das Pandemiemanagement im Rahmen der COVID-19 Pandemie stellte den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) vor große Herausforderungen. Insbesondere in den Gesundheitsämtern (GÄ) mussten innerhalb kurzer Zeit viele Strukturen (z.B. Personal- und Organisationsstruktur in den Funktionsbereichen) und Prozesse angepasst werden (z.B. Ermittlung von Kontaktpersonen). Eine umfassende Analyse aufgeworfener Herausforderungen und die darauf aufbauende Entwicklung praxistauglicher Lösungsansätze könnte einen Beitrag zur langfristigen Stärkung des ÖGD leisten. Im Rahmen der Studie (1) identifizierten wir daher Handlungsfelder, die für die Weiterentwicklung des Pandemiemanagements an GÄ relevant sein könnten, (2) priorisierten diese in Gesprächen mit Vertreter*innen von GÄ und (3) entwickelten gemeinsam mit Mitarbeitenden des ÖGD für einen ausgewählten Themenbereich praxisorientierte Handlungsempfehlungen.

Methoden Wir führten mit 21 Mitarbeitenden aus drei GÄ in Baden-Württemberg, die unterschiedliche Hierarchieebenen und Aufgabenbereiche im Pandemiemanagement abdeckten, semistrukturierte Interviews (09/21-02/22). In den Interviews wurden Barrieren und Erfolgsfaktoren für ein gelingendes Pandemiemanagement sowie Ideen zur Stärkung des Pandemiemanagements fokussiert. Die Interviews wurden mittels thematisch strukturierender Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet. Die identifizierten Handlungsfelder wurden anschließend in bilateralen Gesprächen mit 8 Vertreter:innen aus 8 GÄ in Baden-Württemberg hinsichtlich ihrer Eignung zur Bearbeitung im Rahmen eines Workshops priorisiert (05/22-06/22). Abschließend wurde zum priorisierten Handlungsfeld im Juni 2022 ein mehrstündiger Workshop mit 16 Teilnehmenden aus 11 GÄ und dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (SM BW) unter externer Moderation durchgeführt, in dem praxisorientierte Handlungsempfehlungen entwickelt und konsentiert wurden.

Ergebnisse Im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse konnten 21 Handlungsfelder zur Stärkung des Pandemiemanagements identifiziert werden (u.a. Einheitlichkeit des Vorgehens der GÄ, Digitalisierung, Kommunikation der Gesetz-

gebung). *Einheitlichkeit des Vorgehens der GÄ* wurde von einer Mehrheit der Vertreter:innen der GÄ für den Workshop priorisiert. Im Rahmen des Workshops mit dem Titel „Gemeinsamkeiten stärken, Unterschiede leben: Was kann der ÖGD aus der Pandemie lernen?“ wurden zu folgenden Themen Handlungsempfehlungen entwickelt und konsentiert: (1) Beibehalten eines regelmäßigen Austausches zwischen den Leitungen der GÄ und dem SM BW, (2) Etablierung eines regelmäßigen Austauschformats auf operativer Ebene unterhalb der Amtsleitungen, (3) Schaffung und Nutzung einer digitalen Plattform für Wissensaustausch und Zusammenarbeit, (4) Vereinfachung des digitalen Datenaustauschs sowie (5) Beteiligung der GÄ an der Erstellung verbindlicher Dokumente, wie z.B. Gesetzestexte und einheitlicher Leitfäden für den ÖGD. Allen Empfehlungen ist gemein, dass den beteiligten Instanzen Ressourcen für eine klare Zuständigkeit in Organisation und Umsetzung der genannten Empfehlungen bereitgestellt werden sollten. Übergeordnet herrschte zudem Konsens, dass insgesamt Regelstrukturen geschaffen werden sollten, die in einem Krisenfall nicht neu aufgebaut werden müssen, sondern intensiviert werden können.

Schlussfolgerung/Ausblick Die Studie liefert erstmals qualitative Daten zu den Erfahrungen von Mitarbeitenden im COVID-19-Pandemiemanagement verschiedener GÄ in Baden-Württemberg. Die darauf basierenden partizipativ entwickelten konsentierten Handlungsempfehlungen können einen Beitrag zur Weiterentwicklung des Pandemiemanagements und zur langfristigen Stärkung des ÖGD leisten. Sie liefern konkrete Anhaltspunkte für den operativen Bereich des ÖGD sowie für politische Entscheidungsträger*innen und können bei Fragen der Ressourcenallokation Hinweise bezüglich der wahrgenommenen Wichtigkeit unter ÖGD-Mitarbeitenden geben.

Bewältigung der Corona-Pandemie auf Ebene eines Gesundheitsamtes Organisationsstruktur und CORONA-Handbuch am Beispiel der Landeshauptstadt Düsseldorf

Autorinnen/Autoren H. Höglund-Braun¹, L. Ehlkes¹, S. Rehmet²

Institute 1 Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf, Düsseldorf;

2 Robert-Koch-Institut, Abteilung 3: Infektionsepidemiologie, PAE-Koordination, Berlin

DOI 10.1055/s-0043-1762662

Hintergrund Seit März 2020 sind die deutschen Gesundheitsämter mit der Bewältigung der Pandemie befasst.

Präpandemische, generische Pandemiepläne wurden im Betrieb erprobt, jedoch mussten in den meisten Fällen organisatorische und personelle Strukturen der Corona-Einheiten von jeder Kommune, auch aufgrund der Länge dieser Gesundheitskrise, neu entwickelt werden – häufig mit sehr ähnlichen Ergebnissen.

Epidemien und Pandemien werden den öffentlichen Gesundheitsdienst auch in Zukunft begleiten, weshalb das Know-how zur schnellen Etablierung belastbarer Krisenstrukturen auf der lokalen Ebene in Zukunft ein essentieller Bestandteil des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes bleiben wird.

Wir beschreiben die Lehren aus dem Düsseldorfer Corona-Management und präsentieren einen Leitfadens, welcher während der Corona-Pandemie stetig verbessert und den unterschiedlichen Phasen der Pandemie sowie den damit verbundenen Herausforderungen angepasst wurde.

Ziel Das Ziel war, ein stabiles System zum Corona-Management zu entwickeln, welches einerseits bei schwankenden und besonders bei rasch steigenden Fallzahlen skalierbar und gleichzeitig so belastbar ist, dass auch ein zuverlässiger Langzeit-Einsatz gewährleistet werden kann.

Ergebnisse Die Skalierbarkeit des Systems und die Akquise von Personal sowie die Einbettung in eine städtische Verwaltungsstruktur stellten die größte Herausforderung dar. Es wurden Inzidenz-abhängige Personalschlüssel für die jeweiligen Organisationseinheiten etabliert.

Die im Diagramm dargestellte Organisationsstruktur wurde als besonders effizient bewertet und etabliert. Die von den einzelnen Bereichen bearbeiteten

Inhalte wurden im Corona-Handbuch verschriftlicht. Dabei sind die Kapitel den verschiedenen Funktionseinheiten zuzuordnen. Das Handbuch ist als lebendes Dokument konzipiert. Neben der Aufgabenbeschreibung der jeweiligen Funktionseinheit innerhalb der Kriseneinheit umfassen die Kapitel Prozessbeschreibungen, um eine rasche und effiziente Einarbeitung zu gewährleisten und beinhalten Vorlagen und Hinweise auf den Personalschlüssel.

Im Verlauf der Pandemie mussten viele Prozesse und der Personalschlüssel aufgrund sich verändernder Lagen (Infektionszahlen) und neuer Empfehlungen und Verordnungen angepasst werden. Eine regelmäßige Aktualisierung der Kapitel war daher bis zum Ende der Pandemie erforderlich.

Diskussion Auch für den Fall einer weiteren Epidemie oder Pandemie ist davon auszugehen, dass Änderungen der Regelstrukturen vorgenommen werden müssen. Die vorliegenden Dokumente können dabei die Lehren, welche im Rahmen der Corona-Pandemie gemacht wurden weitergeben und als Blaupause zukünftiger Kriseneinheiten dienen.

Dabei können die Dokumente individuell auf die Gegebenheiten vor Ort und auf den auslösenden Erreger angepasst werden. Zeit und Ressourcen können so während einer Phase höchster Arbeitsbelastung für diesen Bereich geschont, oder die schon etablierten Prozesse entsprechend angepasst werden.

Die Tauglichkeit der Düsseldorfer Prozesse konnte im Verlauf der Affenpocken-Ausbreitung im Frühjahr/Sommer 2022 bereits erfolgreich geprüft und positiv bestätigt werden.

Krisenmanagementstrukturen am Robert Koch-Institut während der COVID-19-Pandemie im Vergleich zu vergangenen Lagen

Autorinnen/Autoren U. Grote¹, M. an der Heiden¹, H. Striegl¹, K. Perseke¹, V. Bremer¹, A. Halm¹, T. Jung-Sendzik¹, N. Litzba¹, I. Markus¹, T. Schneider¹, M. Schöll¹, M. Schranz¹, P. von Berenberg-Gossler¹, N. Zeitlmann¹, O. Hamouda¹, L. Schaade², U. Rexroth¹

Institute 1 Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut,

Berlin; 2 Zentrum für Biologische Gefahren und Spezielle Pathogene,

Robert Koch-Institut, Berlin

DOI 10.1055/s-0043-1762663

Hintergrund Das Robert Koch-Institut (RKI) führt zur Vorbereitung auf epidemische Ereignisse unterschiedlichen Ausmaßes einen internen Krisenplan, der durch regelmäßige Schulungen trainiert und bei Bedarf aktiviert wird. So wurden im Januar 2020 am RKI für die COVID-19-Lage ein Krisenstab für strategische Entscheidungen und ein Lagezentrum als operative Unterstützung aktiviert. In dieser Auswertung werden Schlüsselindikatoren aktivierter Krisenmanagementstrukturen des RKI während der COVID-19-Pandemie mit vergangenen Lagen wie z.B. dem EHEC/HUS Ausbruch 2011 verglichen.

Methoden Während der Aktivierung von Krisenmanagementstrukturen erhobene Metadaten wie z.B. die Anzahl der Tage, an denen das Lagezentrum besetzt war (Dauer), die Anzahl der im Lagezentrum tätigen Personen (personeller Aufwand) und die Anzahl der Aufgaben wurden ausgewertet und in Bezug zu insgesamt 8 vergangenen Lagen seit 2009 gesetzt (Stand 31.10.2022).

Ergebnisse Die RKI-Krisenmanagementstrukturen für COVID-19 sind seit 34 Monaten aktiviert (Januar 2020–Oktober 2022). In diesem Zeitraum tagte der Krisenstab 379 Mal und das Lagezentrum war an 963/1.018 Tagen (94,6 %) besetzt. Vorherige RKI-Krisenmanagementstrukturen waren zwischen 1,5 Monate (Ebolafieber-Ausbruch in der Demokratischen Republik Kongo, 2018) und 8,5 Monate (Ebolafieber-Ausbruch in Westafrika, 2014–2016) aktiviert. Während der COVID-19-Lage wurden bislang 16.769 Schichten mit bis zu 12 Mitarbeitenden pro Schicht geleistet. Im Lagezentrum wurden bislang ca. 280 Mitarbeitende eingesetzt; in vorherigen Lagen die Zahl zwischen 2–58 Mitarbeitenden. Im COVID-19-Lagezentrum wurden bisher über 5.690 Aufgaben koordiniert, bei vorherigen Lagen zwischen 14–275. Wie in jeder Lage trugen zahlreiche Organisationseinheiten des RKI zur Bearbeitung dieser Aufgaben bei.[1]

Relevant für die COVID-19 Lage war, für die einzelnen Positionen im Lagezentrum sogenannte Position Leads zu benennen, um den Personaleinsatz zu steuern, SOPs zu erstellen bzw. anzupassen sowie Austauschmöglichkeiten zu bieten.

Fazit Die Dauer und Dimension der COVID-19 Pandemie unterscheidet sich stark von vorherigen Lagen und hat große Herausforderungen im Krisenmanagement mit sich gebracht: über lange Zeiträume sind eine große Anzahl von Mitarbeitenden zu trainieren, motivieren und einzusetzen, eine große Vielfalt von Aufgaben zu koordinieren und Positionen sowie Abläufe ständig anzupassen. Eine gute Vorbereitung (z. B. bestehende SOP und Räumlichkeiten), ein flexibler, bedarfsgerechter Einsatz von Ressourcen sowie Möglichkeiten für regelmäßige Austausche waren wichtig.

Literatur

[1] Halm A., Grote U., an der Heiden M. et al. Das Lagemanagement des Robert Koch-Instituts während der COVID-19-Pandemie und der Austausch zwischen Bund und Ländern. Bundesgesundheitsbl 2021; 64: 418–425. doi:10.1007/s00103-021-03294-0

Fachausschuss Umweltmedizin – Block 1

09:00 – 10:30 | Tagungsraum 4

Per- und polyfluorierte Alkylsubstanzen (PFAS): Trinkwasser-Monitoring in Sachsen-Anhalt

Autorinnen/Autoren R. Schnorr

Institut Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Magdeburg

DOI 10.1055/s-0043-1762664

Per- und polyfluorierte Alkylsubstanzen (PFAS) sind eine Stoffgruppe von etwa 5.000 synthetischen Verbindungen. Durch die vielfältigen Emissionen und Verteilungspfade sowie die hohe Persistenz und Mobilität, vor allem der kurzkettigen PFAS, verbreiten sich solche Stoffe ubiquitär in der gesamten Biosphäre und damit auch im Wasserkreislauf.

Diese Verbindungen, die zahlreiche Kohlenstoff-Fluor-Bindungen aufweisen, sind chemisch und thermisch sehr stabil und weder abiotisch noch biologisch abbaubar. D. h., dass sie sich in Flora und Fauna anreichern und so z. B. Lebensmittel und Trinkwasser verunreinigen können.

Im Februar 2020 haben das Europäische Parlament und der Rat der Europäischen Union eine neue Trinkwasserrichtlinie (EU-TWRL) veröffentlicht, die einen Parameterwert für die Summe von 20 ausgewählten PFAS von 0,1 µg/L vorgibt. Daraufhin hat das Umweltbundesamt (UBA) den Ländern empfohlen, ein geeignetes Analysenverfahren zu etablieren und sich im Rahmen eines Roh- und Trinkwasser-Monitorings einen Überblick zum Vorkommen dieser Stoffe zu verschaffen.

Hier berichten wir über unsere ersten Untersuchungsergebnisse und geben einen Überblick über die Eigenschaften der 20 PFAS (EU-TWRL). Außerdem fassen wir den heutigen Kenntnisstand zur toxikologischen Bewertung und den technischen Möglichkeiten zur Trinkwasseraufbereitung zusammen.

Belastungen durch per- und polyfluorierte Alkylsubstanzen (PFAS) in Boden und Grundwasser landwirtschaftlicher Flächen in Mannheim – Ergebnisse und Maßnahmen

Autorinnen/Autoren C. Brüggemeier¹, D. Schutz¹, F. Felgenträger², P. Schäfer¹, N. Oster¹

Institute 1 Stadt Mannheim – Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt, Mannheim; 2 Stadt Mannheim – Fachbereich Klima, Natur, Umwelt, Mannheim

DOI 10.1055/s-0043-1762665

Hintergrund Umweltpersistente Per- und polyfluorierte Alkylsubstanzen (PFAS) sind aufgrund ihrer potentiell hepato- und reproduktionstoxischen Eigenschaften umweltmedizinisch relevant. In Deutschland wurden in den vergangenen Jahren PFAS belastete Flächen identifiziert, teilweise mit erheblichen Folgen für ihre Nutzung und betroffene Menschen. Auf mit PFAS belasteten landwirtschaftlichen Flächen in Mannheim werden seit 2015 Boden- und Grundwasseruntersuchungen durchgeführt sowie Maßnahmen zur Abwendung von Gefahren für den Menschen ergriffen.

Ziele Es sollen das PFAS-Spektrum, seine flächige Verteilung und Verlagerung im Untersuchungsgebiet sowie die zum Schutz der Bevölkerung hinsichtlich der Wirkungspfade Boden-Grundwasser und Boden-Pflanze ergriffenen Maßnahmen beschrieben werden.

Methode Es wurden zwischen 2015 und 2022 alle kontaminationsverdächtigen Flächen im Eluat und im Feststoff sowie die dort befindlichen Beregnungsbrunnen, Eigenwasserversorgungsanlagen und ein nahegelegenes Wasserwerk untersucht. Angebaute Lebens- und Futtermittel sowie Honig aus der Umgebung wurden beprobt.

Ergebnisse 545 von insgesamt untersuchten 1.370 ha waren mit einer Quotientensumme (QS) > 1 mit PFAS belastet. Insbesondere bei kurzkettigen PFAS zeigte sich im Verlauf eine Tiefenverlagerung. Im Jahr 2022 wiesen sechs von 60 Beregnungsbrunnen eine QS > 1 auf. In drei von fünf beprobten Eigenwasserversorgungsanlagen und im einzigen beprobten Wasserwerk waren PFAS in nicht relevanten Konzentrationen (QS < 1) nachweisbar. Untersuchungen von Honigproben zeigten 2022 relevante PFAS-Belastungen, woraufhin diese Chargen nicht in den Handel kamen. Die Landwirtschaftsverwaltung hat Anbauempfehlungen herausgegeben hinsichtlich Nutzpflanzen, die PFAS in geringem Maß aufnehmen. 2022 konnten keine weiteren relevanten Belastungen von landwirtschaftlichen Produkten mehr nachgewiesen werden.

Schlussfolgerungen Die Verteilung von PFAS betrifft mit 545 von 1.370 ha 40 % der gesamten untersuchten Fläche und ist somit erheblich. Insbesondere kurzkettige PFAS verlagern sich über den Pfad Boden-Grundwasser in die Tiefe und haben vereinzelt zu relevanten Grundwasserkontaminationen mit QS > 1 geführt. Trinkwasser ist bislang nicht relevant von PFAS-Kontaminationen betroffen. Die Gefahr, dass große Wasserversorgungsanlagen künftig belastet sein könnten, ist aufgrund ihrer Lage entgegen dem Grundwasserstrom aus heutiger Sicht unwahrscheinlich. Honig aus dem betroffenen Gebiet ist weiterhin mit PFAS belastet und wird zur Abwehr von Gefahren für die menschliche Gesundheit nicht in Verkehr gebracht. Die Ergebnisse des Vor-Ernte-Monitorings zeigten einen relevanten Eintrag über den Pfad Boden-Pflanze, der im zeitlichen Zusammenhang mit entsprechenden Anbauempfehlungen minimiert werden konnte. Zudem erfolgt die landwirtschaftliche Bewässerung kontaminationsabhängig. Es sind weiterhin jährliche behördliche Beprobungen der Eigenwasserversorgungsanlagen, ein Vor-Ernte-Monitoring sowie Untersuchungen von Honigproben zum Schutz der Verbraucher notwendig.

HBM-Folgeuntersuchung zur PFOA-Belastung der Bevölkerung in einem bayerischen Landkreis

Autorinnen/Autoren H. Lahne¹, D. Gerstner¹, J. Szperalski¹, S. Dietrich¹, W. Völkel¹, W. Schober¹, C. Herr^{1,2}, S. Heinze^{1,2}, C. Quartucci^{1,2}

Institute 1 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), München; 2 Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Klinikum der Universität München, Ludwig-Maximilians-Universität, München

DOI 10.1055/s-0043-1762666

Hintergrund Die Herstellung von Perfluorooctansäure (PFOA) in einem Industriebetrieb in einem bayerischen Landkreis hatte eine weitläufige Kontamination der Umwelt in weiten Teilen des Landkreises zur Folge. Das Trinkwasser stellte für die dort lebende Bevölkerung die Hauptaufnahmequelle für PFOA dar. In einer Human-Biomonitoring-(HBM)-Untersuchung der Bevölkerung durch das zuständige Gesundheitsamt und das LGL im Jahr 2018 konnten erhöhte PFOA-Konzentrationen im Blut der Bevölkerung des Landkreises gemessen

sen werden. Mittlerweile wurde die Trinkwasserversorgung im Landkreis saniert, sodass das Trinkwasser als bisher wichtigste Quelle bei der Aufnahme von PFOA keine Rolle mehr spielt. In einer HBM-Folgeuntersuchung im Jahr 2022 nach Ablauf einer Halbwertszeit von vier Jahren wird überprüft, ob sich erwartungsgemäß eine Verringerung der inneren Belastung mit PFOA in der Bevölkerung nachweisen lässt.

Methoden Um die Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen zur Sanierung der Trinkwasserversorgung belegen zu können, wurden für die Folgeuntersuchung nur Personen einbezogen, die bereits 2018 am HBM teilgenommen hatten. Die Blutentnahmen fanden im Juni und Juli 2022 statt. Zur Bestimmung des PFOA-Gehaltes im Blut wurden pro Person drei Serumröhrchen mit jeweils 5 ml Blut gewonnen. Zusätzlich wurden mittels Fragebogen soziodemographische Merkmale, der Gesundheitszustand, das Ernährungsverhalten sowie weitere Faktoren zu den Lebensumständen der Probanden abgefragt.

Ergebnisse Konkrete Ergebnisse zur inneren PFOA-Belastung der Bevölkerung sowie zum Vergleich mit den Daten aus dem Jahr 2018 werden für Ende des Jahres 2022 erwartet.

Schlussfolgerung Die Ergebnisse der Folgeuntersuchung sind sehr relevant, um festzustellen, inwieweit sich die innere Belastung der Bevölkerung mit PFOA durch die ergriffenen Maßnahmen zur Sanierung der Trinkwasserversorgung nach Ablauf einer Halbwertszeit verbessert hat.

Fachausschuss Infektionsschutz – Block 2 – Tuberkulose

11:00 – 12:30 | Fachtagungsraum 0.226

Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance von TB-Patienten in Frankfurt am Main

Autorinnen/Autoren K.L. Büttel¹, C. Rausch¹, D. Schmidt¹, P. Tinnemann¹, U. Götsch¹

Institut 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Abteilung Infektiologie, Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0043-1762667

Die Behandlung der Tuberkulose dauert i.A. mindestens sechs Monate. Nicht selten wird die Therapie vorzeitig abgebrochen mit der Folge einer raschen Reaktivierung und einer möglichen Gefährdung Dritter durch Ansteckung. Die Weltgesundheitsorganisation WHO befürwortet daher die überwachte Einnahme von Tuberkulosemedikamenten (DOT = directly observed therapy), um den Therapieerfolg zu sichern. Dafür kommen medizinisches Personal, Sozialarbeiter oder Familienmitglieder in Betracht.

Um das Behandlungsergebnis der Patienten zu verbessern, werden in Frankfurt am Main folgende die Compliance fördernde Maßnahmen ergriffen:

- Patienten werden nach Eingang der Meldung in der Klinik besucht, um früh einen Eindruck von der zu erwartenden Compliance zu gewinnen. Falls erforderlich werden Übersetzer bestellt.
- Wenn bei diesem Besuch oder im Verlauf des Klinikaufenthaltes Zweifel an der erforderlichen Compliance aufkommen, werden die Patienten ggf. nochmals aufgesucht, erneut aufgeklärt und nach Entlassung in das Gesundheitsamt geladen, um eine DOT zu beginnen, die von arbeitstäglchen Vorstellungen der Patienten bis hin zu wöchentlichen Besuchen reichen kann.
- Als Anreiz erhalten bedürftige Patienten Monatstickets für den öffentlichen Nahverkehr, sofern sie die Termine zu Beginn der DOT einhalten.
- Als weiterer Anreiz wird im Gesundheitsamt Unterstützung beim Umgang mit anderen Behörden geleistet.

Ergebnisse Von 2016 bis 2022 wurden 29 Patienten vom Gesundheitsamt Frankfurt am Main im Sinne einer DOT betreut. In einem Fall wurde die Medikamenteneinnahme einer Patientin und ihrer Tochter per Handyvideo über-

wacht. Fünf Personen waren weiblich, 24 männlich, das Altersspektrum reichte von 19 Jahre bis 71 Jahre, der Altersmedian betrug 37 Jahre. Monatstickets wurden in 11 Fällen ausgeben. In vielen Fällen entwickelte sich der tägliche Besuch im Gesundheitsamt besonders bei nicht Erwerbstätigen im Laufe der Zeit zu einer geschätzten Gewohnheit, die dazu beitrug, den Tag zu strukturieren. Vier von 29 Patienten mussten trotz allen Bemühungen wegen eines Therapieabbruchs zwangsweise im Bezirkskrankenhaus Parsberg bzw. Obermain abgesondert werden. Insgesamt hat die Zahl der Zwangseinweisungen von durchschnittlich zwei pro Jahr in den Jahren von 2002 bis 2015 auf eine pro Jahr seit 2016 abgenommen.

Clusteranalyse von Tuberkulosestämmen in Frankfurt am Main mittels MIRU-VNTR Typisierung und Gesamtgenomsequenzierung

Autorinnen/Autoren J. Haller¹, S. Corell², S. Niemann³, V. Dreyer³, D. Schmidt¹, K.-L. Büttel¹, C. Rausch¹, P. Tinnemann¹, U. Götsch¹

Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt, Abteilung Infektiologie; 2 Hausarztpraxis Dr. med. B. Wörner, Maintal; 3 Forschungszentrum Borstel, Molekulare und Experimentelle Mykobakteriologie, Borstel
DOI 10.1055/s-0043-1762668

Bei der Mehrzahl der Patienten mit Tuberkulose liegt ein kultureller Nachweis vor. In Frankfurt am Main werden seit 2008 die entsprechenden Tuberkulosestämmen auf Veranlassung des Gesundheitsamtes von den Laboren zur Typisierung an das nationale Referenzzentrum nach Borstel geschickt. Primär wurden die Stämme mit MIRU-VNTR (Mycobacterial interspersed repeat units – Variable Number of Tandem Repeats) typisiert, einem genetischen Verfahren, das etwa 1 % des Genoms erfasst. Nachträglich erfolgte die umfassendere Gesamtgenomsequenzierung (engl: Whole genome sequencing; WGS). Mit beiden Methoden können die Tuberkulosestämmen genotypisiert und Ähnlichkeiten zwischen den Typisierungsmustern untersucht werden. Wenn Stämme ein nahezu identisches Muster aufweisen, werden sie in einem Cluster gruppiert. Auf diese Weise können Infektionsketten nachvollzogen oder aufgedeckt werden.

Von 612 Tuberkulosekulturen aus den Jahren 2008-2016 liegen Ergebnisse beider Verfahren vor. Mit Hilfe der WGS konnte gezeigt werden, dass 16 der durch MIRU-Typisierung definierten Zweiercluster genotypisch weiter voneinander entfernt sind und nicht zu einem Cluster gehören. Ebenso wurden mittels WGS je drei Dreier- und Fünfercluster aufgelöst. Insgesamt definierte die MIRU-Typisierung 60 Cluster mit 168 Fällen, WGS hingegen 37 Cluster mit 117 Fälle. Mittels logistischer Regression wurde der Zusammenhang zwischen Clusterzugehörigkeit als Outcome-Variable und Geschlecht, Altersgruppe, Herkunft, Ansteckungsfähigkeit, HIV-Infektion, prekären Wohnverhältnissen, Alkoholkrankheit, iv-Drogenkonsum und jeglicher Resistenz gegen Tuberkulosemedikamente untersucht.

Beide Verfahren identifizieren die Herkunft aus Deutschland, männliches Geschlecht und iv-Drogenkonsum als Risikofaktoren für eine Clusterzugehörigkeit. Bei der MIRU-Typisierung wurde zusätzlich das Vorliegen einer Medikamentenresistenz des TB-Stammes als Risikofaktor identifiziert, beim WGS hingegen Alkoholkrankheit, prekäre Wohnverhältnisse und die Ansteckungsfähigkeit der Tuberkulose.

Durch die höhere Genauigkeit des WGS im Vergleich zur MIRU werden mittels WGS weniger Fälle Clustern zugeordnet. Dennoch kristallisiert sich eine klare und plausiblere Risikokonstellation für die Clusterzugehörigkeit heraus.

Tuberkulosescreening nach §36 Abs.4 IfSG bei Geflüchteten aus der Ukraine

Autorinnen/Autoren B. Häcker¹, C. Breuer^{1,2}, M. Priwitzer³, R. Otto-Knapp¹, T. Bauer^{1,4}

Institute 1 Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose e.V. (DZK), Berlin; 2 Amt für Gesundheit und Prävention, Abt. Hygienischer Dienst, Dresden; 3 Gesundheitsamt Landeshauptstadt Stuttgart, Stuttgart;

4 Klinik für Pneumologie, Lungenklinik Heckeshorn, Helios Klinikum Emil von Behring, Berlin

DOI 10.1055/s-0043-1762669

Tuberkulose (TB) ist mit einer Inzidenz von 5/100.000 Einwohner in Deutschland eine seltene Erkrankung [1], weltweit zeigt sich jedoch ein anderes Bild mit circa 10 Millionen Neuerkrankungen pro Jahr [2]. Für die Ukraine wird eine Inzidenz von 73/100.000 Einwohner angegeben [3], wobei ein hoher Anteil von 31 % von multiresistenter TB (MDR-TB) an den Neuerkrankungen besteht.

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) schreibt im §36 Abs. 4 ein Zeugnis über Tuberkulosefreiheit für Personen vor, die in eine Gemeinschaftsunterkunft für Flüchtlinge oder Asylsuchende aufgenommen werden sollen. Dieses Zeugnis muss sich bei Personen ab dem vollendeten 15. Lebensjahr (mit Ausnahme von Schwangeren) auf eine Röntgenaufnahme der Lunge oder auf andere von den obersten Landesbehörden zugelassene Untersuchungsbefunde, z.B. IGRA, stützen, bei jüngeren Personen ist von einer Röntgenaufnahme abzugehen. Ziel ist die zeitnahe Identifizierung von Tuberkuloseerkrankungen zur Vermeidung von möglichen Ansteckungen, die durch beengte Unterkünfte und viele, gemeinsam Untergebrachte begünstigt wird.

Seit Beginn des Krieges in der Ukraine am 24.02.2022 wurden bis dato über eine Million Geflüchtete aus der Ukraine in Deutschland registriert, wobei nur ein Teil in Gemeinschaftsunterkünften aufgenommen wurde. Die Indikation eines TB-Screenings bei Geflüchteten aus der Ukraine wurde sowohl national wie auch international kontrovers diskutiert und unterschiedlich umgesetzt [4, 5]. So können Methoden und Umfang der Untersuchungen in den jeweiligen Untersuchungseinrichtungen variieren.

Um ein besseres Bild über die Tuberkulosesituation bei Geflüchteten aus der Ukraine, aber auch über den Umfang und das Ergebnis des TB-Screenings nach §36 Abs.4 IfSG zu erhalten, erfolgte die nun vorgestellte Umfrage. Über den Arbeitskreis Tuberkulose wurden Gesundheitsämter gebeten, Daten zu Art, Umfang und Ergebnis des TB-Screenings anonymisiert zur Verfügung zu stellen. Insgesamt beteiligten sich 21 Gesundheitsämter sowohl aus Städten als auch auf Kreisebene. Es konnten so Daten von über 25.000 Personen zusammengetragen und ausgewertet werden. Dabei zeigte sich ein sehr heterogenes Bild an angewendeten Screeningmaßnahmen, die von einem reinen Symptomscreening, über immunologische Tests (THT/IGRA) zu Röntgenuntersuchungen reichten. Die Auswertung beschreibt die durchgeführten Untersuchungen in verschiedenen Altersgruppen und die Häufigkeit einer Tuberkulose bzw. einer latenten Tuberkulose-Infektion in dieser umfangreichen Stichprobe. Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, rationale Empfehlungen zum Tuberkulosescreening von Geflüchteten aus der Ukraine zu erstellen.

Literatur

[1] Robert Koch-Institut Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2020, Berlin 2021

[2] World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2022. Geneva 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

[3] WHO. Tuberculosis Country profiles: Ukraine. https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&entity_type=%22country%22&lan=%22EN%22&iso2=%22UA%22. Letzter Zugriff 11.11.2022

[4] European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) and World Health Organization (WHO). Testing for TB infection and screening for TB disease among refugees arriving in European countries from Ukraine <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/testing-tuberculosis-infection-and-screening-tuberculosis-disease-among-incoming>, letzter Zugriff 11.11.2022

[5] Brinkmann F, Feiterna-Sperling C, Günther A, Breuer C, Hartmann P, Hufnagel M, Priwitzer M, Otto-Knapp R, Witte P, Diel R, Häcker B. Untersuchung auf Tuberkulose bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen aus der Ukraine. *Pneumologie* 2022; 76 (7): 479–484. German.

Der ÖGD im Fokus der Wissenschaft

11:00 – 12:30 | Fachtagungsraum 0.214

Evidenztransfer zwischen Wissenschaft und Praxis im kommunalen ÖGD: Das Qualifikationsmodell des EvidenzÖGD-Projektes

Autorinnen/Autoren L. Arnold¹, S. Bimczok¹, D. Dilmaghani², N. Dragano², A. Kietzmann³, A. Melville-Drevis³, S. Götze², S. Weyers², D. Starke¹

Institute 1 Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Düsseldorf; 2 Heinrich Heine Universität, Institut für Medizinische Soziologie, Düsseldorf; 3 Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf, Düsseldorf

DOI 10.1055/s-0043-1762670

Die Sicherstellung eines nachhaltigen Evidenztransfers zwischen ÖGD-Praxis und -Wissenschaft setzt Fachwissen und Methodenkompetenz der Public Health Fachkräfte voraus. Hierfür ist einerseits eine Synthese von Wissenschaft und Praxis erforderlich, andererseits bedarf es neuer Qualifikationsansätze in der Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Der Forschungsverbund Öffentliche Gesundheit hat ein Qualifikationsmodell entwickelt, das Nachwuchskräfte und Mitarbeiter:innen im ÖGD dazu befähigen soll, an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis im kommunalen ÖGD tätig zu sein. Aufbauend auf einer systematischen Literaturrecherche wurden 23 Expert:inneninterviews durchgeführt. Die Ergebnisse wurden in einem zweitägigen Stakeholder-Workshop mit mehr als 40 Teilnehmenden anhand der Methode des Strategic Orientation Mapping reflektiert. Alle Workshopergebnisse wurden den Teilnehmenden anschließend zur erneuten Kommentierung vorgelegt. Diese iterative Vorgehensweise diente der Vorbeugung von "group thinking" Prozessen und stellte die partizipative Einbindung relevanter Stakeholder bei der Entwicklung des Qualifikationsmodells sicher.

Das sechsmonatige Basismodul wird 2023 pilotiert und umfasst ein strukturiertes, interdisziplinär ausgerichtetes Trainee-Konzept mit Rotationselementen zwischen allen Verbundpartner:innen. Die Rotation wird vor Ort durch ein Mentoring begleitet, um das Erreichen der Lernziele sicherzustellen. Begleitend finden institutionsübergreifende Trainings zum Erwerb relevanter Forschungskompetenzen statt, die die Trainees im Rahmen eines gemeinsamen Forschungsprojektes anwenden. Die begleitende Prozessevaluation erlaubt eine etwaig notwendige Adaption des Curriculums und der definierten Lernziele, die vorab im Rahmen institutionsspezifischer Logbücher festgelegt wurden. Im Vortrag wird das Qualifikationsmodell vorgestellt.

Die Implementierung eines multiprofessionellen Qualifikationsmodells, das explizit für den Evidenztransfer zwischen Wissenschaft und Praxis auf kommunaler Ebene befähigt, kann die evidenzinformierte Aufgabenwahrnehmung des ÖGD substantiell stärken. Um das Modell in andere Kontexte übertragen zu können, werden Gelingensfaktoren und Barrieren im Rahmen der Pilotierungsphase identifiziert und passende Implementierungsstrategien entwickelt.

Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die ÖGD-Strukturen in der Kommunalverwaltung

Autorinnen/Autoren B. Szagun, T. Pfänder

Institut RWU Hochschule Ravensburg-Weingarten, Weingarten

DOI 10.1055/s-0043-1762671

Einleitung Der kommunale öffentliche Gesundheitsdienst ist weitgehend föderal geregelt und meist auf kommunaler Ebene organisiert. Sein Aufgabenspektrum reicht vom Gesundheitsschutz bis zu planerischen Koordinationsaufgaben im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Seine fachliche Ansiedlung innerhalb der Kommunalverwaltung hat Auswirkungen auf seine Schwerpunktsetzung. Untersucht wird, welche Effekte sich durch die Pandemie

auf die kommunale ÖGD-Ansiedlung sowie die Fluktuation auf Leitungsebene ergeben haben.

Methoden Datengrundlage ist der GBE-Monitor als nonreaktiv erhobene längsschnittliche Forschungsdatenbank zur kommunalen GBE. Die Ersterhebung in kreisfreien Städten und Landkreisen erfolgte direkt vor Pandemiebeginn 11-12/2019 inkl. der Strukturinformationen (Verwaltungsorganigramme). Letztere wurden im Rahmen einer Zweiterhebung 5-6/2022 aktualisiert (Stichprobe von 349 über beide Zeitpunkte, exkl. Stadtstaaten). Betrachtet werden die Entwicklung von 2019-2022 insgesamt, Assoziationen mit Strukturmerkmalen und erkennbaren Wechseln der Amtsleitung.

Ergebnisse Die häufigsten Ansiedlungen des ÖGD in der Kommunalverwaltung 2019 waren gemeinsam mit den Themenfeldern Soziales (54,2%), Jugend (47,3%), Veterinärwesen (41,8%) und Ordnung (25,2%), seltener mit dem Thema Umwelt oder als eigenes Dezernat bzw. Abteilung (9,5%). Im Zeitraum 2019-2022 ergaben sich bei 22,3% der Kommunen Änderungen und dabei insgesamt leichte Verschiebungen zugunsten der Themenfelder Ordnung oder Veterinärwesen. Unterschiede zeigen sich zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten, auch bzgl. der Trends. In Kommunen mit erkenntlichem Wechsel der Amtsleitung (88 von 192, 45,8%) erfolgte häufiger eine Änderung der strukturellen Zuordnung des ÖGD.

Diskussion Am häufigsten ist der kommunale ÖGD in der Verwaltung mit den Themenfeldern Jugend und Soziales vergesellschaftet. Dem von der Pandemie geprägten Aufgabenspektrum entsprechend stieg von 2019-2022 der Anteil der Zuordnungen zu Ordnung und Veterinärwesen. Für kreisfreie Städte ist dieser Trend nicht nachweisbar, wodurch sich eine gewisse Auseinanderentwicklung von Städten und Landkreisen zeigt. Die Trends werden bzgl. potentieller Auswirkungen auf die Aufgabenbreite des kommunalen ÖGD diskutiert. Besondere Aufmerksamkeit verdient der Wechsel von knapp der Hälfte der Amtsleitungen in der Stichprobe über einen Zeitraum von 2,5 Jahren, was weit über der demografisch erwartbaren Fluktuation liegt.

Partizipative Studienentwicklung zur arbeitsplatzbezogenen psychischen Gesundheit im bundesweiten Forschungs-, Trainings- und Evidenznetzwerk für die Öffentliche Gesundheit (ÖGD-FORTE)

Autorinnen/Autoren J. Mack¹, K. Schmidt², S. Duwendag², D. Cremer³, M. Hudak², K. Kajikhina⁴, C. Hövener⁴, S. Pruskil⁵, M. Drecktrah⁶, T. Zimmermann⁶, A. Mohsenpour², B. Joggerst¹, K. Bozorgmehr²

Institute 1 Gesundheitsamt Pforzheim Enzkreis, Landratsamt Enzkreis, Pforzheim; 2 Universität Bielefeld, Bielefeld; 3 Gesundheits-, Veterinär- u. Lebensmittelüberwachungsamt, Bielefeld; 4 Robert Koch-Institut, Berlin; 5 Gesundheitsamt Hamburg-Altona, Hamburg; 6 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg
DOI 10.1055/s-0043-1762672

Mit ÖGD-FORTE wird mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ein bundesweites Netzwerk aus Akteur:innen des Öffentlichen Gesundheitsdiensts (ÖGD) und der Public Health-Forschung aufgebaut. Die Notwendigkeit einer verbesserten Verbindung zwischen ÖGD-Praxis und Public Health-Forschung zeigte sich zuletzt seit der COVID-19-Pandemie deutlich. Für eine effektive Netzwerkbildung ist es grundlegend, dass sich die Public Health-Forschung an den Bedarfen des ÖGDs orientiert und dieser seine Interessen aktiv einbringt.

Aus diesem Grund wurde in einem partizipativen Prozess seit Januar 2022 im Austausch zwischen der AG2 Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung an der Universität Bielefeld mit Vertreter:innen aus Gesundheitsämtern aus ganz Deutschland das Studiendesign für die erste gemeinsame empirische Studie erarbeitet. Der Fokus der ersten Studie des ÖGD-FORTE Netzwerks liegt auf der arbeitsplatzbezogenen psychischen Belastung von Mitarbeiter:innen des Öffentlichen Gesundheitsdiensts im Zeitverlauf. Mögliche psychische Belastungen am Arbeitsplatz sind in den vergangenen Jahren immer mehr ins öffentliche Bewusstsein gerückt. Aktuell existieren jedoch kaum empirische

Erkenntnisse zur arbeitsplatzbezogenen psychischen Belastung von Mitarbeitenden im ÖGD, obwohl diese vor allem seit der Covid-19 Pandemie mit besonderen Herausforderungen konfrontiert wurden.

In dieser mixed-methods Längsschnittstudie werden seit Herbst 2022 Mitarbeiter:innen in 14 teilnehmenden Gesundheitsämtern befragt. Die erste Erhebungswelle findet im November und Dezember 2022 statt. Anschließend sollen ca. alle sechs Monate quantitative Folgerhebungen durchgeführt werden, um einen Zeitverlauf darstellen zu können (Längsschnittstudie). Dies ist zunächst bis Ende 2024 geplant. Die quantitativen Erhebungen werden gezielt ergänzt durch qualitative Interviews.

Mit der Studie sollen folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

- Welche zeitlichen sowie standortabhängigen Unterschiede gibt es im Hinblick auf die arbeitsplatzbezogene psychische Belastung von Mitarbeiter:innen im ÖGD? (quantitative Erhebung)
- Welche strukturellen Maßnahmen und individuellen Bewältigungsstrategien können der psychischen Belastung von ÖGD-Mitarbeiter:innen entgegenwirken? (qualitative Erhebung)
- Welche individuellen, organisationsbezogenen und strukturellen standortabhängigen Faktoren spielen eine Rolle für die Wahrnehmung (qualitative Erhebung) bzw. stehen in Zusammenhang (quantitative Erhebung) mit der arbeitsplatzbezogenen psychischen Belastung von ÖGD-Mitarbeiter:innen?

Die erhobenen Daten werden dahingehend erhoben und aufbereitet, dass eine Identifizierung der Teilnehmenden und eine Zuordnung zu den Gesundheitsämtern, in denen sie beschäftigt sind, nicht möglich sind. Danach erfolgt eine gemeinsame, d.h. kollaborative Analyse, an der auch teilnehmende Gesundheitsämter mitwirken können. Die Ergebnisse fließen zum einen in wissenschaftliche Publikationen ein und werden zum anderen so aufbereitet, dass sie der Information und der Erstellung von Handlungsempfehlungen für Mitarbeiter:innen des ÖGD dienen.

Kompetenzen und Kooperation: Warum die gemeinsame Besinnung die Bedeutsamkeit und die Wirksamkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes erhöhen kann

Autorinnen/Autoren K. Linthorst¹, N. Rosenkötter²

Institute 1 Hochschule Coburg, Fakultät Ganzheitliche Gesundheitswissenschaften, Coburg; 2 Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Düsseldorf
DOI 10.1055/s-0043-1762673

Hintergrund Nur gemeinsam konnten den vielfältigen Herausforderungen, insbesondere in der Hochphase der pandemischen Lage begegnet werden. Alle Berufsgruppen im öffentlichen Gesundheitsdienst waren gefordert sich dem einem Ziel zu widmen, mit all ihren Kompetenzen und Fähigkeiten. Gleichwohl ergab sich die Gelegenheit mit Schwächen und Fehlern transparenter umzugehen und vor allem aus solchen zu lernen. Niemals zu vor hat der Öffentliche Gesundheitsdienst, vor allem die Gesundheitsämter vor Ort so viel Aufmerksamkeit erhalten. Eine Herausforderung für alle, ein Erwachen für alle – wenn auch an der ein oder anderen Stelle ein bitteres Erwachen.

Das diesjährige Motto: „Der Öffentliche Gesundheitsdienst – wichtiger denn je!“ lässt ein Lernen über die pandemische Lage hinaus vermuten. Eine Stärkung des ÖGDs wäre jedoch nicht nur aus pandemischer Perspektive oder mit der rein infektiologischen Brille erstrebenswert. Aktuell besteht die Chance, die öffentliche Gesundheit, die Bevölkerungsgesundheit in all seinen Facetten in den Fokus zu rücken. So bedarf es das viel besagte „ganze Dorf“. Der ÖGD hat die Kraft Gesundheit in alle Politikbereiche zu tragen. Dafür braucht es eine Besinnung auf die ganzheitlichen eigenen Stärken und Fähigkeiten. Diese ergeben sich aus den multiprofessionellen Teams in den Ämtern und den vielfältigen beruflichen Hintergründen der Belegschaft.

Ein starker ÖGD als Best Practice Beispiel für einen modernen, zukunftsweisen Sozialstaat, der sich für gesundheitliche Chancengleichheit stark macht und seine hochqualifizierte und vor allem breite Expertise nutzt. Die Herausforderungen aus der Pandemie sind zugleich Kern der Verantwortung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die Datenlage zum Themenkomplex gesundheitlicher Ungleichheiten ist seit Jahren eindeutig und stellt zugleich die Notwendigkeit der Handlung und Intervention der Kommunen in den Fokus (vgl. Mielck/Wild 2021). Insbesondere die Kommunale Gesundheitsförderung, deren Bestrebungen stets das Ziel der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit als Grundlage formulieren, ist hier gefordert. Dabei kann eine Besinnung auf die eigenen Kompetenzen, die aktuell u. a. durch die Arbeiten von Quilling et al. (2021) dargestellt werden, hilfreich sein – nicht nur für die eigene Profession der Gesundheitswissenschaften, sondern insbesondere für Nicht-Gesundheitswissenschaftler*innen im ÖGD.

Ebenso bedeutungsvoll scheinen der Austausch und das Miteinander zu sein. Während die intersektorale Zusammenarbeit zwischen diversen Akteuren deutlich ist (u. a. Bentgens 2021, Schlicht et al. 2021), wird die Zusammenarbeit innerhalb des ÖGD noch zu wenig thematisiert, obgleich das Erleben in der Praxis eine Vielzahl an Konflikt- und Gelingensfeldern aufzeigt.

Methode/Vorgehen Daher möchten wir den Kongress nutzen, um in Form eines Vortrags und einer anschließenden Diskussion sowohl die wissenschaftlichen Hintergründe zu beleuchten, als auch Menschen aus den verschiedenen Bereichen des ÖGDs zu Wort kommen zu lassen. Neben den unterschiedlichen Kompetenzen werden Themen der Kooperation und Vernetzung für eine erfolgreiche und zielgerichtete Arbeit im ÖGD in den Fokus gerückt.

Zahnmedizin – Block 2

11:00 – 12:30 | Fachtagungsraum 0.241

Zahnputzkompetenzen im Setting Grundschule

Autorinnen/Autoren U. Brix¹, A. Bergmann², P. Petrakakis¹
Institute 1 Gesundheitsamt des Rhein-Erft-Kreises, Zahnärztlicher Dienst, Bergheim; 2 Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf, Zahnärztliche Gutachten und Hilfen, Kariesprophylaxe, Düsseldorf
 DOI 10.1055/s-0043-1762674

Einleitung Gruppenprophylaktische Maßnahmen haben sich in Deutschland seit der Neufassung von § 21 SGB V in Form von aufsuchenden Betreuungen in Kitas und Schulen etabliert. Kernleistungen der Gruppenprophylaxe (GP) sind zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen, Fluoridierungsmaßnahmen, Ernährungsberatungen und praktisches Zähneputzen. Obwohl die GP seit vielen Jahren als erfolgreiches Modell der aufsuchenden Gesundheitsvorsorge gilt, gibt es Hinweise darauf, dass die prophylaktischen Inhalte von den Adressaten nicht hinreichend reproduziert werden können.

Material und Methode Um die Zahnputzkenntnisse bei Drittklässlern in Grundschulen einer kreiseigenen Stadt des Rhein-Erft-Kreises (REK) zu evaluieren, wurden im Rahmen einer Gesundheitsaktion im Schuljahr 2018/2019 durch den Zahnärztlichen Dienst des REK eine Anfärbe- und Zahnputzaktion sowie eine kurze schriftliche Befragung zum Mundhygieneverhalten durchgeführt. Die Erhebung und Dokumentation des Plaquebefalls wurde anhand der Modifikation eines geläufigen Mundhygiene-Index (M-OHI) vor und nach dem Zähneputzen im Oberkiefer-Frontzahnbereich durchgeführt.

Ergebnisse 301 der insgesamt 484 Drittklässler nahmen teil (62,2 %). Es konnten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede im M-OHI festgestellt werden. Im Seitenvergleich wurde jedoch ein signifikant höherer M-OHI in der rechten Kieferhälfte beobachtet. Obwohl die Mehrzahl der Probanden angegeben hatte, sich die Zähne vor dem Schulbesuch geputzt zu haben, lag bei nur 3,5 % der

Kinder eine völlige Plaquefreiheit vor. Zudem konnten nur 42,2 % der Befragten die bei der GP vermittelte KAI-Zahnputztechnik konkret benennen. Bei Kindern, welche die KAI-Technik namentlich angeben konnten, war signifikant weniger Plaque vorhanden.

Diskussion Die Ergebnisse weisen auf Wissensdefizite und Mängel in der praktischen Umsetzung des Zähneputzens bei den untersuchten Drittklässlern hin. Die Vermittlung einfacher Zahnputztechniken im Milchgebiss sowie ihre schrittweise Anpassung in Abhängigkeit vom Zahnwechsel und den jeweiligen individuellen Fähigkeiten könnte einen sinnvollen Ansatz zur Verbesserung der Zahnputzkompetenz darstellen. Ein Paradigmenwechsel der GP-Programme hin zu mehr praktischer Anleitung beim Zähneputzen und die Konzentration der theoretischen Inhalte auf das zielgruppenorientierte Putzen ist zu empfehlen. Dazu ist neben dem Ausbau personeller Ressourcen eine Optimierung der bisherigen Abläufe in der GP notwendig.

Zahnbehandlungsangst – (k)ein Thema für den Zahnärztlichen Dienst

Autorinnen/Autoren S. Fiedler
Institut Gesundheitsamt des Rhein-Erft-Kreises, Zahnärztlicher Dienst, Bergheim
 DOI 10.1055/s-0043-1762675

Einleitung Zahnbehandlungsangst ist ein weit verbreitetes Problem, das mit einer Prävalenz von 60 %-80 % sehr viele Menschen betrifft. Eine solche Angst geht nicht selten mit Aufschub oder gar gänzlichem Vermeiden von Zahnarztbesuchen einher. Folgen können, neben zahnmedizinischen Erkrankungen wie Karies oder Parodontitis, auch Konsequenzen für die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität, sowie Nachteile für die Allgemeingesundheit sein. Entzündungsprozesse und systemische Belastungen sind nicht auszuschließen und auch ein erhöhter Konsum von schmerzreduzierenden Substanzen ist eine mögliche Folgeerscheinung.

Der Zahnärztliche Dienst der Gesundheitsämter hat durch regelmäßige Besuche in Schulen und Kindertagesstätten vielfältige Möglichkeiten, Zahnbehandlungsangst zu erkennen und der Entstehung und Verfestigung solcher Ängste entgegenzuwirken.

Inhalte des Vortrages Im Rahmen des Vortrags zum Thema Zahnbehandlungsangst und deren Relevanz im Zahnärztlichen Dienst werden Prävalenz, Ätiologie und Interventionsmethoden der Zahnbehandlungsangst vorgestellt. Neben einem kurzen Anriss der 2019 veröffentlichten S3 Leitlinie zum Thema Zahnbehandlungsangst bei Erwachsenen wird vor allem die Zahnbehandlungsangst bei Kindern in den Fokus genommen. Es werden Indikatoren für das Erkennen von Zahnbehandlungsangst bei Kindern im Rahmen von Gruppenprophylaxe und Reihenuntersuchungen aufgezeigt und praxisnahe Kommunikationsstrategien und Herangehensweisen dargestellt, die helfen, Zahnbehandlungsangst zu mindern und deren Entstehung vorzubeugen.

Beispielhaft werden zudem Projekte des Zahnärztlichen Dienstes des Rhein-Erft-Kreises zum Thema Zahnbehandlungsangst vorgestellt, um identifizierte Best-Practices zu präsentieren und Anregungen für andere Gesundheitsämter zu geben.

Diskussion Die empfohlenen Herangehensweisen lassen Kinder im Rahmen der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und Gruppenprophylaxe-Sitzungen in Kindertagesstätten und Schulen positive Eindrücke und Erlebnisse erfahren und diese Erfahrungen auch in die eigenen Familien tragen. Dieser präventive Ansatz bietet die Möglichkeit der Entstehung von Zahnbehandlungsangst vorzubeugen, vorhandene Ängste zu erkennen, zu mindern sowie bei Bedarf individuelle Beratungen anzustoßen.

COVID-19, Post- und Long-COVID in der Begutachtung

11:00 – 12:30 | Tagungsraum 1

COVID-19 als Berufskrankheit oder Arbeitsunfall – Bericht über erste Erfahrungen Begutachtung von COVID-19 für die gesetzliche Unfallversicherung

Autorinnen/Autoren A. Nienhaus

Institut Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg

DOI 10.1055/s-0043-1762676

COVID-19 kann als Berufskrankheit oder als Arbeitsunfall anerkannt und entsprechend entschädigt werden. Bisher wurden bereits mehr als 200.000 Versicherungsfälle von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) anerkannt. Der Anteil anerkannter Berufskrankheiten ist dabei etwa dreimal größer als der Anteil der Arbeitsunfälle. Der Anteil der Betroffenen, die nach der akuten Phase Symptome im Sinne von Long-COVID entwickeln, ist schwer abzuschätzen. In einer Follow-up-Studie von Versicherten mit einer anerkannten Berufskrankheit wegen COVID-19 gaben ein Jahr nach der Infektion rund 15 % der Befragten an, an ausgeprägter Erschöpfung zu leiden und 7 % gaben ausgeprägte Konzentrations- und Gedächtnisstörungen an. Bei Versicherten mit Hospitalisierung wegen COVID-19 oder mit Vorerkrankungen war der Anteil der Betroffenen höher als bei anderen COVID-19-Patienten. In der gleichen Studie gab etwa jeder dritte Teilnehmende an, einen Reha-Bedarf zu haben und 13 % hatten bereits eine stationäre Reha wegen COVID-19 absolviert. Die Begutachtung der Folgeschäden von COVID-19 bereitet bei der Begutachtung für die GUV Probleme, da es sich bei Long-COVID um ein Syndrom handelt mit vielfältigen unterschiedlichen Symptomen, die teilweise auch durch Belastungssituationen, wie sie für die Pandemie typisch sind, verursacht werden können. Je nach Art der Beschwerden sind eine ausführliche Funktionsdiagnostik und der Einsatz von bildgebenden Verfahren notwendig, um evtl. organische Gründe für die Beschwerden zu sichern bzw. auszuschließen. Bei ausgeprägter Erschöpfung, Leistungsknick sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen ist eine neuropsychologische Funktionsdiagnostik notwendig. Bei Kurzatmigkeit oder Herzkreislaufbeschwerden sind Lungenfunktionsteste oder kardiologische Untersuchungen und Begutachtungen notwendig. Für einen Zusammenhang der Beschwerden mit der SARS-CoV-2-Infektion spricht, wenn sie im zeitlichen Zusammenhang mit COVID-19 aufgetreten sind und wenn es keine Erkrankungen in der Vorgeschichte gibt, die die Beschwerden ebenfalls erklären können. Da eine Krankheitsprognose in den meisten Fällen noch problematisch ist, steht die medizinischen Behandlung und Reha im Moment noch im Vordergrund.

Begutachtung von Post Covid aus arbeitsmedizinisch-pneumologischer Sicht

Autorinnen/Autoren D. Nowak

Institut LMU Klinikum, Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, München

DOI 10.1055/s-0043-1762677

Die Begutachtung des Post-Covid-Syndroms stellt angesichts des komplexen, noch nicht vollständig verstandenen Krankheitsbildes nach einer SARS-CoV-2 Infektion eine interdisziplinäre Herausforderung dar. Neben der fachspezifischen Beurteilung infektbedingter Organschäden liegt die wesentliche Problematik in der gutachtlichen Objektivierung und Kausalitätsbewertung der vielgestaltigen subjektiven Beschwerdebilder, insbesondere einer geklagten Fatigue-Symptomatik und von Dyspnoe. Nach Sicherung einer SARS-CoV-2

Infektion (in der Regel mittels PCR-Virus- oder Antikörpernachweis) ist ein gestuftes gutachtliches Vorgehen zu empfehlen, bei dem im ersten Schritt eine symptomorientierte Organdiagnostik zur Sicherung bzw. zum weitestgehenden Ausschluss infektbedingter Organschäden erfolgt. Im zweiten Schritt ist die Objektivierung von Funktionsschäden, im dritten Schritt die Kausalitätsbeurteilung vorzunehmen, gefolgt von einer quantitativen Einschätzung der Krankheitsfolgen und Rehabilitationsmöglichkeiten.

Bei der arbeitsmedizinisch-pneumologischen Begutachtung ist das komplette Spektrum der nicht-invasiven Funktionsdiagnostik einzusetzen, regelhaft einschließlich Spirometrie und Ganzkörperplethysmographie, sehr sensitiven Bestimmung der Diffusionskapazität sowie der differentialdiagnostisch essentiellen Spiroergometrie. Ggf. ist zu prüfen, ob Funktionsschäden zum Verlauf der Bildgebung (hochauflösende Computertomographie) kompatibel sind. Ein für Covid-19 Folgeerkrankungen typischer Lungenfunktionsverlust ist gegenwärtig nicht zu benennen, wobei restriktive Ventilationsstörungen und Gasaustauschstörungen häufiger beschrieben werden als obstruktive Beeinträchtigungen. Bei vorliegenden Anhaltspunkten für eine abgelaufene Lungenembolie oder im Rahmen der Covid-19-Akutphase aufgetretenen kardiovaskulären Komplikationen sollte eine Echokardiographie, Bestimmung kardialer Funktionsmarker und/oder eine kardiologische Vorstellung, gegebenenfalls Zusatzbegutachtung, ergänzend erfolgen.

Bestehen pulmonale Gesundheitsschäden nach Covid-19 Erkrankung, ist zu prüfen, ob es sich um die Erstmanifestation einer bronchopulmonalen Erkrankung handelt oder ob die Erkrankung in geringerem Schweregrad bereits vor der Covid-19 Erkrankung bestand. In diesem Fall bleibt eine richtunggebende Verschlimmerung durch die Covid-19 Erkrankung (zum Beispiel bei Vorliegen von Pneumokoniosen, weiteren fibrotischen Lungenerkrankungen, COPD) abzugrenzen.

Rehabilitationsmaßnahmen können geeignet sein, eine Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen und Beschwerden nach Covid-19 zu erreichen. Eine Empfehlung hierzu sollte nach gutachterlicher Einschätzung abgegeben werden.

Veränderungen durch das BTHG in Koordination und Verbund

11:00 – 12:30 | Tagungsraum 2

BTHG und Koordination in Verbundstrukturen – wie passt das zusammen?

Autorinnen/Autoren B. Kaltschnee

Institut Main-Kinzig-Kreis, Amt für Gesundheit und Gefahrenabwehr 57.3 Gesundheit – Betreuungsbehörde Main-Kinzig-Kreis, Gelnhausen

DOI 10.1055/s-0043-1762678

Die Stärkung der Rechte von Menschen mit Behinderungen in Folge der UN-Behindertenrechtskonvention war und ist das Ziel des BTHG. Im Mittelpunkt steht die Befähigung zur selbstbestimmten Lebensführung Behinderter bei gesellschaftlicher Teilhabe und Rehabilitation. Ausdrücklich muss das Wunsch- und Wahlrecht von Leistungsberechtigten bei der konkreten Ausgestaltung der Unterstützungsleistung berücksichtigt werden.

In vielen Bundesländern änderte sich mit Inkrafttreten der 3. Stufe des BTHG zum 01.01.2020 grundlegend der Prozess der Regelung von Teilhabeleistungen behinderter Menschen mit bisher bewährten und eingespielten regionalen Strukturen. Zentrale Plattformen des transparenten Zugangsverfahrens in die Eingliederungshilfe bildeten die etablierten Hilfeplankonferenzen. Sie dienen der Verknüpfung der individuellen Hilfeplanungen für einzelne Leistungsbe-rechtigte mit der Steuerung der Angebote unter Einbindung aller relevanter Akteure im regionalen Verbund. In einigen Bundesländern wurden die Hilfe-

plankonferenzen inzwischen zum Leidwesen vieler Beteiligten der Regionalplanung eingestellt.

Die Implementierung des Systems der „Hilfen aus einer Hand“ (Beantragung, Planen, Überprüfen und Bescheiden eines Leistungsträgers) führt nun einmal zur grundlegenden Änderung des Prozesses der Hilfeplanung, der bisher möglichst ergebnisoffen und unter Beteiligung vieler Player unterschiedlicher Profession und Zuständigkeit gestaltet war. Nicht nur aus Sicht der kommunalen Psychiatriekoordination kam es nahezu zum kompletten Reset im Prozess der Teilhabepflichtung und zu enormen Umbrüchen der Koordination und Steuerung regionaler Hilfeplanstrukturen. Gleichzeitig fielen im Kontext pandemischer Einschränkungen regionale Gremien der Koordination aus und dies verstärkte den Eindruck der ‚Black Box‘ im Prozess der Gestaltung von Teilhabeleistungen. Regionale Gemeindepyschiatrische Verbände, die sich der Versorgungsverpflichtung insbesondere schwerstkranker Menschen mit komplexen Hilfebedarfen verpflichtet fühlen und dies als wesentliches Qualitätsmerkmal eines Verbundes verstehen, benötigen ein offenes Forum der Kommunikation und Koordination aller in der Hilfeplanung Beteiligten, um sicherzustellen, dass sich eine wohnortnahe und personenzentrierte Hilfeplanung im Sinne der Stärkung der Rechte Betroffener entwickeln kann.

Fachausschuss Umweltmedizin – Block 2

11:00 – 12:30 | Tagungsraum 4

Das Konzept der Human-Biomonitoring-Kommission am Umweltbundesamt zur gesundheitlichen Bewertung krebserzeugender Stoffe im menschlichen Körper

Autorinnen/Autoren C. Röhl¹, P. Apel², Y. Chovolou³, M. Kolossa-Gehring², U. Pabel⁴, T. Schettgen⁵, K.-M. Wollin⁶

Institute 1 Landesamt für soziale Dienste (LAsD) Schleswig-Holstein, Neumünster; 2 Umweltbundesamt (UBA), Berlin; 3 Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz Nordrhein-Westfalen (LANUV), Recklinghausen; 4 Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), Berlin; 5 Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, RWTH Universität, Aachen; 6 Ehemals Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Hannover
DOI 10.1055/s-0043-1762679

Zur Bewertung des gesundheitlichen Risikos einer Schadstoffbelastung des Körpers leitet die Human-Biomonitoring-Kommission (HBM-Kommission) am Umweltbundesamt (UBA) seit fast 30 Jahren Human-Biomonitoring-Werte ab (HBM-I- und HBM-II-Werte). Voraussetzung für die Ableitung von HBM-Werten ist, dass es für den betrachteten Stoff eine Dosis gibt, die so niedrig ist, dass bei einer Unterschreitung keine Gesundheitsgefahr mehr zu befürchten ist. Für bestimmte krebserregende Stoffe, nämlich solche für die keine Wirkungsschwelle existiert, können keine HBM-Werte abgeleitet werden. Die Höhe der Exposition gegenüber diesen Stoffen in Bevölkerungsstudien oder in der Umweltmedizin konnte daher bisher lediglich im Vergleich zu vorhandenen Referenzwerten eingeordnet werden. Gleichwohl ist es wichtig, Human-Biomonitoring-Daten gerade für solche besonders besorgniserregenden Stoffe gesundheitlich bewerten zu können.

Daher hat die HBM-Kommission zur Bewertung krebserzeugender Stoffe, insbesondere solcher ohne gesicherte Wirkungsschwelle, nun ein ergänzendes Konzept erarbeitet, das mit seinem risikobasierten Ansatz entscheidend über das rein deskriptiv-statistische Referenzwertkonzept hinausgeht. Statt eines HBM-Wertes wird ein Dosis-Deskriptor der inneren Belastung berechnet, mit dem für eine beliebige Konzentration des Karzinogens im Blut oder Urin das zusätzliche Lebenszeitkrebsrisiko als Voraussetzung für die Bewertung der Körperlast berechnet werden kann.

Zunächst ist es erforderlich, den Wirkmechanismus der Krebsentstehung zu ermitteln. Das Fehlen einer Wirkungsschwelle wird z.B. in der Regel für genotoxische Karzinogene angenommen. Auf Basis quantitativer Dosis-Deskriptoren der äußeren Exposition (z.B. Unit Risk, Oral Slope Factor), Kenntnissen des Stoffwechsels und substanzspezifischer Biomarker im Menschen wird der Dosis-Deskriptor der inneren Belastung für den jeweiligen Stoff ermittelt. Mithilfe dieses Dosis-Deskriptors können schließlich zusätzliche Lebenszeitrisiken für bestimmte Stoffkonzentrationen oder umgekehrt ermittelt werden. Das Konzept mit seinen Voraussetzungen und Unsicherheiten wird am Beispiel von Benzol erläutert.

Die berechneten Lebenszeitkrebsrisiken können zur Begründung und Priorisierung von Risikomanagementmaßnahmen herangezogen werden. A priori-Vorgaben, z.B. in Form bestimmter Leitwerte, liefert das hier beschriebene Vorgehen jedoch bewusst nicht, um den wissenschaftlichen Teil der toxikologischen Risikoabschätzung von dem der Risikobewertung als Teil des Risikomanagements abzugrenzen. Der Grundsatz des Risikomanagements, die Belastung durch genotoxische Karzinogene so weit zu minimieren, wie dies möglich ist (ALARA-Prinzip), hat davon unabhängig weiterhin Bestand. Die vorgestellten konzeptionellen Überlegungen sollen hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit in einer Validierungsphase für ausgewählte Modellsubstanzen überprüft werden. Nach Erprobung und Evaluation wird zu entscheiden sein, ob das vorgestellte Konzept tragfähig oder ggf. durch Modifikation zu verbessern ist.

Risikobewertung und Risikomanagement als neues Element der Trinkwasserüberwachung – Konsequenzen für den ÖGD

Autorinnen/Autoren U. Rädcl

Institut Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Magdeburg

DOI 10.1055/s-0043-1762680

Die europäische Richtlinie 2020/2184 über die Qualität des Trinkwassers[1] beschreibt die Anforderungen an die Trinkwasserqualität, ersetzt die bisherige Richtlinie 98/83/EG und ist durch die Mitgliedsstaaten bis zum 12.01.2023 in nationales Recht umzusetzen.

Neben neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen in der Überwachung der Trinkwasserqualität wurde für das gesamte Versorgungssystem vom Einzugsgebiet über die Aufbereitung/Desinfektion und Speicherung des Trinkwassers bis zur Trinkwasser-Installation die Anwendung eines risikobasierten Ansatzes verpflichtend eingeführt, wie es auch von der WHO empfohlen wird.

Risikobewertung und Risikomanagement bilden die Grundlage für einen risikobasierten Ansatz und für ein verbessertes Überwachungskonzept. Durch einfallbezogene Anpassung der Untersuchungen und zusätzliche Prozesskontrollen wird dem Anspruch einer auf Prävention ausgerichteten Überwachung der Trinkwasserversorgung noch stärker Rechnung getragen.

Bei der Risikobewertung sind die beim Wasserversorger vorliegenden Erkenntnisse zu seinem Versorgungsgebiet, die vorhandenen Untersuchungsergebnisse sowie Erkenntnisse aus der Überwachung des Rohwassers nach Wasserrahmenrichtlinie[2] zu berücksichtigen. Durch den Wasserversorger ist nachzuweisen, dass die jeweiligen Grenzwerte deutlich unterschritten werden und auch perspektivisch keine Risiken zu erwarten sind, die zu einer Verschlechterung der Trinkwasserqualität führen können. Nach Prüfung der von den Wasserversorgern eingereichten Unterlagen können die Gesundheitsbehörden einer Anpassung des Untersuchungsplans zustimmen.

In diesem Vortrag werden die wesentlichen Anforderungen an eine Risikobewertung und an die Durchführung eines Risikomanagements vorgestellt. Dabei stehen die Aufgaben der Gesundheitsämter im Rahmen des Vollzugs der TrinkwV im Vordergrund.

[1] Richtlinie (EU) 2020/2184 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 2020 über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch

[2] RICHTLINIE 2000/60/EG DES Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Oktober 2000 zur Schaffung eines Ordnungsrahmens für Maßnahmen der Gemeinschaft im Bereich der Wasserpolitik

„Reines Ried“ – Aktion gegen Arzneimittelrückstände im Grundwasser

Autorinnen/Autoren R. Leonhardt¹, H. Martin¹, M. Abdel-Tawab², U. Heudorf^{3,4}

Institute 1 Hessisches Landesamt für Naturschutz, Umwelt und Geologie, Dezernat W2 – Gewässergüte, Wiesbaden; 2 Landesapothekerkammer Hessen, Frankfurt am Main; 3 MRE-Netz Rhein-Main, Frankfurt am Main; 4 Landesärztekammer Hessen, Frankfurt am Main
DOI 10.1055/s-0043-1762681

Hintergrund Reines, sauberes Grundwasser ist eine Voraussetzung für reines, gesundes Trinkwasser. Bundes- und landesweite Monitoringprogramme von Oberflächengewässern (1, 2) z.T. auch von einzelnen Gesundheitsämtern (z.B. 3) zeigen regelhaft Spurenstoffbelastungen. Persistente Stoffe werden dann auch in Monitoringprogrammen zur Grundwasserbeschaffenheit nachgewiesen. Aus dem Grundwasser des Hessischen Rieds wird ca. ein Viertel des Trinkwassers für ganz Hessen gewonnen. Zum Erhalt der guten Qualität des Grundwassers wurde im Jahr 2021 die Aktion „Reines Ried“ (4) gestartet – eine Kampagne, in der verschiedene Stakeholder Maßnahmen zur Verringerung von Spurenstoffeinträgen in die Gewässer erarbeiten und umsetzen. Ein Modul der Aktion befasst sich mit Arzneimittelrückständen.

Material und Methode Gemeinsam mit VertreterInnen der Landesärzte- und der Landesapothekerkammer Hessen wurden die Grundwasserdaten aus dem Hessischen Ried im Hinblick auf Arzneimittelrückstände gesichtet. Darüber hinaus wurde eine Recherche nach evtl. bereits vorhandenen Projekten zum Grundwasserschutz in anderen Regionen durchgeführt.

Ergebnisse und Diskussion Bei der Sichtung der Grundwasserdaten wurden zwei Arzneistoffgruppen als vordringlich ermittelt: verschiedene Antibiotika sowie Schmerzmittel wie Diclofenac, aber auch Röntgenkontrastmittel. Für diese wurden – teilweise in Übernahme von bereits vorhandenen Aktivitäten der Stadt Essen („Essen macht's klar“) (5) – verschiedene Projekte entwickelt und z.T. schon gestartet. Über die bisherigen Aktivitäten zu einem sachgerechten Einsatz von Antibiotika (z.B. 6) hinaus, wurden die hessischen Ärzte in einem Beitrag im Hessischen Ärzteblatt (7) zur richtigen Entsorgung von Antibiotika („Arzneimittelreste gehören in die Tonne, nicht ins Klo“) und zur sachgerechten Anwendung topischer Diclofenac-Präparate informiert („Erst Wischen dann Waschen“). Denn: wenn die Hände nach dem Auftragen von Diclofenac erst mit einem im Restmüll zu entsorgenden Tuch abgewischt und danach erst gewaschen werden, wird das Waschwasser um bis zu zwei Drittel geringer belastet. Ebenso werden ApothekerInnen über die Landesapothekerkammer Hessen wie auch über diverse Veröffentlichungen in der pharmazeutischen Fachpresse (8, 9, 10) sensibilisiert, ihre Aufklärungsarbeiten für die Bevölkerung in Bezug auf die richtige Entsorgung von Arzneimitteln und deren richtige Anwendung zu verstärken. Gemeinsame Aktivitäten mit Sportverbänden, Schulen etc. sind geplant, um den hohen, oft auch „präventiven“ Einsatz von Schmerzmitteln im Sport zu vermindern. Gemeinsam mit Radiologen wird im Jahr 2023 ein Projekt zur Reduktion von Röntgenkontrastmitteln im Abwasser starten.

Wir erwarten, dass mit dieser Kampagne die Belastung der Oberflächengewässer in der Region und letztlich auch des Grundwassers an persistenten Arzneistoffen gesenkt werden kann. Eine Evaluation der Projekte ist geplant. Weitere Informationen – und später auch Ergebnisse – siehe unter (4).

(1) <https://www.umweltbundesamt.de/themen/wasser/wasser-bewirtschaften/mikroverunreinigungen-in-gewaessern>

(2) <https://www.hlnug.de/themen/wasser/fliessgewaesser/fliessgewaesser-chemie/spurenstoffe>

(3) <https://frankfurt.de/service-und-rathaus/verwaltung/publikationen/gesundheitsamt/umwelt-und-gesundheit/oberflaechengewaesser-in-frankfurt-am-main-1996---2017>

(4) <https://www.spurenstoff-dialog-hessen.de/hessisches-ried/>

(5) <https://machts-klar.de/>

(6) <http://www.mre-rhein-main.de/antibiotika.php>

(7) <https://www.laekh.de/heftarchiv/ausgabe/2022/november-2022>

(8) <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/haende-erst-abwischen-dann-waschen-130595/>

(9) <https://ptaforum.pharmazeutische-zeitung.de/nebenwirkungen-fuer-die-umwelt-130266/seite/alle/>

(10) Landesapothekerkammer Hessen: Warum ist es wichtig, Arzneimittel richtig zu entsorgen? LAK aktuell, Ausgabe 05/2022

Grünes Badewasser im Schwimmbad (Landkreis Reutlingen, 2022)

Autorinnen/Autoren R. Busato, L. Eichner, C. Schlegel

Institut Landratsamt Reutlingen, Kreisgesundheitsamt Reutlingen, Reutlingen

DOI 10.1055/s-0043-1762682

Hintergrund Bei einer Regelbegehung eines Schwimmbades im Landkreis Reutlingen wurde in einem Becken grünes Wasser vorgefunden. Laut Betreiber war das Wasser bereits nach der Grundreinigung bei der Befüllung des Beckens grün. Das Phänomen des „grünen Wassers“ in Schwimmbädern wird vielerorts immer wieder berichtet; die Ursache dafür ist jedoch oft nicht konkret nachvollziehbar. Im vorliegenden Fall veranlasste das Kreisgesundheitsamt Reutlingen verschiedene Untersuchungen des Beckenwassers.

Methoden Neben den regulären Eigenuntersuchungen des Badbetreibers nach DIN 19643 (mikrobiologische und chemische Parameter) ließ das Kreisgesundheitsamt Reutlingen eine Stufenkontrolle für mikrobiologische Parameter des Wasserkreislaufs (Füllwasser, Badewasseraufbereitung und Beckenwasser) am Landesgesundheitsamt Stuttgart (LGA) durchführen. Eine Wasserprobe des betroffenen Beckens wurde am Chemischen- und Veterinäruntersuchungsamt (CVUA) Sigmaringen nach ausgewählten Parametern wie chemische Kenngrößen, unterschiedliche Metalle (z.B. Eisen, Kupfer), Lösungsmittel, Kohlenwasserstoffe und Desinfektionsnebenprodukte untersucht.

Ergebnisse Die Eigenuntersuchungen des Badbetreibers nach DIN 19643 waren unauffällig. Das LGA konnte in den untersuchten Proben ebenfalls keine mikrobiologischen Auffälligkeiten feststellen. Phototrophe Algen konnten ebenfalls nicht mikroskopisch nachgewiesen werden. Die Untersuchungen vom CVUA waren ebenfalls unauffällig. Es wurden keine Metallkonzentrationen festgestellt. Lediglich fiel ein erhöhter Wert beim Parameter Total Organic Carbon (TOC) mit 1,6 mg/l auf.

Diskussion Die Eigenuntersuchungen des Badbetreibers sowie die Untersuchungen durch das LGA und CVUA konnten keine Anhaltspunkte als Ursache der Grünfärbung des Beckenwassers feststellen. Es konnten keine Algen nachgewiesen werden; auch waren die Konzentrationen der Metalle nicht erhöht. Allerdings könnte der erhöhte Wert beim Parameter TOC auf einen erhöhten Eintrag von organischen Stoffen wie Huminsäuren hindeuten. Huminstoffe sind Restprodukte mikrobieller Abbauprozesse organischen Materials. Sie kommen naturgemäß in Erdschichten und Gewässern vor und können Wasser grünlich verfärben. Huminstoffe können durch Starkregen in das Grundwasser gelangen. Die Verfärbung des Badewassers ist gesundheitlich unbedenklich und stellt damit lediglich ein optisches Phänomen dar. Von Seiten des Kreisgesundheitsamtes Reutlingen war somit keine kostspielige Neubefüllung des Badebeckens erforderlich.

Plenum – Lessons learned Coronapandemie

16:00 – 17:30 | Kongress-Saal

Der ÖGD als wissenschaftliche Disziplin – Die COVID-19-Pandemie als Brücke zur Wissenschaft

Autorinnen/Autoren A. Kossow^{1,2}, B. Grüne¹, A. Küfer-Weiß¹, F. Neuhann³, M. Buess¹, A. Wolff¹, B. Michaelis¹, J. Nießen¹, J. Hurraß¹, C. Joisten^{5,6}

Institute 1 Gesundheitsamt der Stadt Köln, Infektions- u. Umwelthygiene, Köln; 2 Institut für Hygiene, Universität Muenster, Münster; 3 Heidelberg Institute of Global Health, University Heidelberg; 4 School of Medicine and Clinical Sciences, Levy Mwanawasa Medical University, Lusaka, Zambia;

5 Department for Physical Activity in Public Health, Institute of Movement and Neurosciences, Am Sportpark Müngersdorf, Köln; 6 German Sport University Cologne, Köln

DOI 10.1055/s-0043-1762683

Einleitung Das öffentliche Gesundheitswesen (ÖGW) etabliert sich zunehmend auch als wissenschaftliche Disziplin. Daran hat im Kontext der COVID-19-Pandemie die Zusammenarbeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) mit wissenschaftlichen Institutionen einen wesentlichen Anteil geleistet. In diesem Beitrag sollen die zentralen Projekte und Publikationen des Gesundheitsamtes Köln vorgestellt und anhand dessen ein gelungener Wissens-Praxis-Transfer, aber auch die möglichen Herausforderungen dargestellt werden.

Material und Methoden Alle Publikationen werden in der zeitlichen Abfolge dargestellt. Es wird gezeigt, welche Kooperationen bisher bestanden haben und in welchen Fällen eine weitere Zusammenarbeit resultiert.

Ergebnisse Insgesamt wurden 23 Arbeiten aus dem Gesundheitsamt oder mit Beteiligung des Gesundheitsamtes Köln einem peer-review Prozess unterzogen und publiziert (Stand November 2022). Diese reichen von Publikationen des Gesundheitsamtes Köln über Veröffentlichungen in Zusammenarbeit mit Einzelpersonen an wissenschaftlichen Institutionen bis hin zu Beteiligungen an Forschungsverbänden und Konsortien. Mehr als 20 Dissertationen wurden initiiert und teilweise abgeschlossen.

Bisher konnten 2 Projekte (CoCoS, CoCo-Fakt) verstetigt werden.

Herausforderungen bestanden in Bezug auf die finanzielle Abdeckung von Ethikanträgen und Publikationskosten sowie der Bereitstellung zeitlicher Ressourcen und dem Zugang zur wissenschaftlichen Infrastruktur.

Schlussfolgerungen Die COVID-19-Pandemie war eine große Chance, das ÖGW als wissenschaftliche Disziplin weiter zu entwickeln. Gesundheitsämter erheben im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben und damit verbundener Fragestellungen wertvolle und public health relevante Daten, die zum Wohle der Bevölkerung wissenschaftlich analysiert und als Basis für politische Entscheidungen aufbereitet werden sollten. Der ÖGD solltem hierbei unterstützt und in weitere Studien eingebunden werden, um diese wertvolle Ressource auch zukünftig weitzunutzen zu können.

Gesundes Aufwachsen im Fokus des ÖGD nach der Pandemie

Autorinnen/Autoren M. Dietrich

Institut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

DOI 10.1055/s-0043-1762684

Anlässlich des 72. wissenschaftlichen Kongresses der Bundesverbände der Ärztinnen und Ärzte sowie der Zahnärztinnen und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) in Potsdam, der unter dem Motto „Der ÖGD – Wichtiger denn je!“ steht, ist es der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ein besonders Anliegen, die Kindergesundheit (wieder) ins Zentrum des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu stellen.

Unter dem vorläufigen Titel „Gesundes Aufwachsen im Fokus des ÖGD nach der Pandemie“ gilt es zunächst das Leitbild für einen modernen ÖGD in Erinnerung

zu rufen. Dieses sieht den Gesundheitsschutz und die Gesundheitsförderung von Kindern als Kernaufgabe des ÖGD an. Vor diesem Hintergrund möchte die BZgA daran erinnern, dass eine Weiterentwicklung des ÖGD im Sinne eines ‚Umdenkens‘ vom bisherigen „Old Public Health“-Ansatz hin zu einem „New-Public-Health“-Ansatz für die erfolgreiche Umsetzung des Kinderschutzes in Kommunen nötig ist.

Zur Unterstützung der Kommunen stellt die BZgA im Bereich der Kindergesundheit zahlreiche Angebote zur Verfügung. Dabei reicht das Spektrum von den *Frühen Hilfen* über Aufklärungsmaterialien rund um die Gesundheit und Entwicklung von Kindern bis hin zu Angeboten zur Suchprävention und Kinderimpfungen.

Die Corona-Pandemie hat wie ein Brennglas gezeigt, dass insbesondere Kinder und ihre Familien von den Folgen der Pandemie betroffen sind, die ohnehin schon vielfältigen Belastungen ausgesetzt sind: beengte Wohnverhältnisse, psychische Belastungen und Erkrankungen, Flucht- und Migrationserfahrungen, Armut und Bildungsbenachteiligung sowie fehlendes soziales Netzwerk.

Frühe Hilfen konnten durch ihre bereits vorhandene systemübergreifende, kommunale Netzwerkstruktur flexibel auf die Corona-Pandemie reagieren. So profitierten etwa Frauen, die in Geburtskliniken entbunden haben, insbesondere in dieser Zeit von den Lotsendiensten der Frühen Hilfen in Geburtskliniken. Viele neue Ansätze konnten durch die zusätzlichen Mittel des Corona-Aufholpaketes entwickelt werden, um die Belastungen für die Familien in den Frühen Hilfen abzumildern. Um Hinweise darauf zu bekommen, welche längerfristigen Folgen Familien in Belastungslagen zu bewältigen haben, hat das NZFH eine Wiederholung der Studie KID-03 durchgeführt. Eine repräsentative Elternbefragung ergänzt um die Auswertung kinderärztlicher Einschätzungsbögen im Rahmen der U3 und U7 geben Aufschluss über den Gesundheits- und Entwicklungsstatus der Kinder und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten der Eltern während der Pandemie.

Das Internetportal der BZgA www.kindergesundheit-info.de liefert Informationen rund um die Gesundheit und Entwicklung von Kindern zu Alltagsthemen wie Essen, Schlafen und Spielen sowie zu Gesundheitsthemen wie häufige Krankheiten im Kindesalter, Allergien, Passivrauchen und Früherkennungsuntersuchungen. Fachkräfte und Einrichtungen des Gesundheitswesens, der Frühpädagogik und der Kinder- und Jugendhilfe finden hier Arbeitsmaterialien und Hintergrundinformationen für ihre Arbeit mit Eltern und Kindern. Ein Großteil der Inhalte ist unter einer Creative-Commons-Lizenz gestellt und kann kostenlos nichtkommerziell weiterverwendet werden – in eigenen Internetangeboten und Printmedien oder über den PDF-Service – als maßgeschneiderte Infopakete mit eigenem Absender für die Arbeit mit Eltern und Kitas. Speziell für die kommunale Gesundheitsförderung und Prävention wurde im Jahr 2022 eine Auswahl relevanter Inhalte und Anlaufstellen in der neuen Rubrik „Kindergesundheit in der Kommune“ eingerichtet, die u. a. BZgA-Angebote für den Bedarf kommunaler Akteure im Themenfeld Kinder und ihre Familie bündelt. Zukünftige Schritte zur Weiterentwicklung des Online-Angebotes können von fortlaufenden Nutzungsanalysen und vom kontinuierlichen Austausch mit Multiplikatoren und Verantwortlichen profitieren, um den Kommunikationsanforderungen und -bedarfen vor Ort, im ÖGD, Fachstellen und Kitas zu entsprechen.

Um **Impfungen im Kindesalter** sowie die allgemeine Impfbereitschaft weiter zu fördern, bietet die BZgA kostenlose Informationsmaterialien an: darunter einen Impfkalendar, ein Merkblatt zum schmerz- und stressarmen Impfen sowie Plakate zum Impfen. Alle Materialien lassen sich gut in der Arbeit des ÖGD vor Ort einsetzen – bspw. bei Schuleingangsuntersuchungen oder zur Streuung in (früh-) kindlichen Bildungseinrichtungen. Weiterhin stehen unter www.impfen-info.de aktuelle Informationen zu Impfungen und zum Masernschutzgesetz (auf der gemeinsamen Internetseite www.masernschutz.de von BMG, PEI, RKI und BZgA) auch in verschiedenen Sprachen bereit. Die überwiegende Mehrheit der Eltern in Deutschland ist Impfungen gegenüber positiv eingestellt. Dies ergab eine repräsentative Bevölkerungsbefragung der BZgA im Sommer 2021 zum Impfen.

Die Angebote der BZgA zur **Suchtprävention im Kindesalter** setzen primär auf die Förderung von Lebenskompetenzen und die Stärkung der Persönlichkeit von Kindern im Alter von 4 bis 12 Jahren. Die Mitmach-Initiative „Kinder stark machen“ richtet sich an alle Erwachsenen, die Verantwortung für Kinder tragen: Eltern, Erzieherinnen/Erzieher, Lehrkräfte, Trainerinnen/Trainer. In Kooperation mit den Breitensportverbänden werden ein Schulungsangebote sowie Aktionsboxen für Veranstaltungen angeboten. In Zusammenarbeit mit lokalen Präventionsstellen erreicht das „Kinder stark machen“-Erlebnisland bundesweit Eltern und Kinder auf Familien- und Sportveranstaltungen. Die BZgA unterstützt zudem das Programm „Klasse 2000“ zur Förderung der Gesundheits- und Lebenskompetenzen im Grundschulalter, bei dem Lehrkräfte evaluierte Materialien für den Unterricht erhalten.

Für zwölf- bis 16-jährige Kinder und Jugendliche legt die BZgA mit der Kampagne „Null Alkohol – Voll Power“ einen Fokus auf das Hinauszögern des Einstiegs in den Alkoholkonsum, und wendet hier ebenfalls eine ressourcen- und kompetenzorientierte Strategie an. Als attraktive Alternative zum Alkoholkonsum in der Freizeit können im Rahmen der „Voll Power-Schultour“ in verschiedenen lebenskompetenzfördernden Workshops aus den Bereichen Sport, Musik und Theater positive Verhaltensangebote von den Kindern und Jugendlichen ausprobiert werden.

Die kommunale Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich Kindergesundheit ist ein Kernbestandteil der BZgA Aufgabenfelder. Der BZgA ist es ein besonderes Anliegen, den ÖGD in diesem Bereich weiter zu unterstützen und Angebote zur Verfügung zu stellen, die den Anforderungen und -bedarfen vor Ort, im ÖGD, entsprechen.

28.04.2023

Fachausschuss Infektionsschutz – Postersitzung

08:00 – 10:00 | Fachtagungsraum 0.226

Aufklärung eines diffusen SARS-CoV-2-Ausbruchsgeschehens in der Düsseldorfer Altstadt durch Integration von Genomsequenzierungsdaten in die Kontaktpersonennachverfolgung

Autorinnen/Autoren L. Ehlkes¹, T. Houwaart², S. Belhaj¹, E. Tawalbeh¹, A. Walker³, A.T. Dilthey²

Institute 1 Gesundheitsamt Düsseldorf; 2 Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene, Heinrich Heine Universität, Düsseldorf; 3 Institut für Virologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich Heine Universität, Düsseldorf

DOI 10.1055/s-0043-1762685

Die Kontaktpersonennachverfolgung (KoNa), als Methode zum Aufspüren von Quellfällen und dem Verhindern von Sekundärfällen, ist ein seit Jahrzehnten etabliertes und unverzichtbares Werkzeug zur Eindämmung von Infektionskrankheiten. Während der Nutzen dieser Methode unbestreitbar ist, so sind die Limitationen immanent. Insbesondere bei Aerosol-übertragenen Erkrankungen mit einer langen Inkubationszeit ist die klassische Befragung der Fälle häufig wenig effektiv. Gleichzeitig wurden virologische und bioinformatische Methoden in den letzten Jahren rasant weiterentwickelt, ohne dass diese angemessene Anwendung in der Praxis der Gesundheitsämter gefunden haben. In Kooperation mit der Universität Düsseldorf hat das Gesundheitsamt Ende 2020 die Integrated Genomic Surveillance (IGS) etabliert; eine Genomsequenzierung und bioinformatische Analyse positiver SARS-CoV-2-Isolate. Die Daten werden

innerhalb von 72 Stunden nach positivem PCR-Nachweis an das Gesundheitsamt übermittelt und dort im Rahmen einer erweiterten KoNa genutzt.

Wir demonstrieren die erfolgreiche Implementierung der IGS in die KoNa des Gesundheitsamts Düsseldorf. Mit dieser Methodik konnten Ursprung, Transmissionsketten sowie das wahre Ausmaß zweier zeitgleich auftretender Ausbruchsgeschehen in der Düsseldorfer Altstadt im Juni 2021 beschrieben werden. Während der erste Ausbruch (n=67) auf eine * n Reiserückkehrende * n aus Mallorca zurückzuführen war, konnte der zweite Ausbruch (n=36) auf mehrere, z.T. untereinander nicht bekannte Reiserückkehrende aus Katalonien zurückgeführt werden, welche sich dort im Rahmen eines Ausbruchs infiziert hatten. Das diffuse Ausbruchsgeschehen in der Düsseldorfer Altstadt, dem mehr als 10% der in dieser Zeitspanne in Düsseldorf gemeldeten SARS-CoV-2-Fälle zuzurechnen sind, hätte ohne die Implementierung der IGS in die traditionelle KoNa nicht aufgeklärt werden können. Mittels der beschriebenen Methodik können Ausbrüche mit minimaler Verzögerung aufgeklärt und Interventionen eingeleitet werden. Zudem können Sequenzierungsdaten mit anderen Gesundheitsbehörden im In- und Ausland geteilt werden, um überregionale Transmissionsketten nachzuverfolgen.

Ausbruchsuntersuchung – "Zwei genetisch verbundene SARS-CoV-2-Ausbrüche in Pflegeheimen in Düsseldorf, Deutschland, Oktober"

Autorinnen/Autoren H. Höglund-Braun¹, L. Ehlkes¹, S. Geis², A. Walker^{3,4}, A. Dilthey^{3,4}, S. Rehmet⁵

Institute 1 Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf, Abteilung Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz, Düsseldorf; 2 Universitätsklinikum Düsseldorf, Leitung Stabstelle Krankenhaushygiene, Düsseldorf; 3 Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Virologie, Düsseldorf; 4 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene, Düsseldorf; 5 Robert-Koch-Institut, PAE-Koordination, Abteilung 3: Infektionsepidemiologie, Berlin
DOI 10.1055/s-0043-1762686

Hintergrund Wir berichten über zwei zusammenhängende Ausbrüche in zwei Düsseldorfer Pflegeheimen mit insgesamt 32 betroffenen Personen.

Während der Zeit der Ausbrüche wurde eine große Anzahl von Isolaten im Rahmen des "integrierten genomischen Überwachungsprojekts" (IGS) Ganzgenomsequenziert. Diese Daten wurden mit Informationen aus der Kontaktpersonennachverfolgung zusammengeführt.

Ergebnisse Der erste Ausbruch umfasste 25 Fälle, 19 Bewohner*innen und 6 Angestellte.

Der zweite Ausbruch umfasste 5 Fälle, 3 Bewohner*innen und 2 Angestellte. Durch die Ganzgenomsequenzierung (WGS) wurden zwei weitere Virusübertragungen außerhalb des Pflegeheims nachgewiesen.

Ein spezialisiertes Untersuchungsteam (Task Force Pflegeheime) bündelte und untersuchte alle Fälle und Kontaktpersonen im Zusammenhang mit SARS-CoV-2-positiven Fällen in Pflegeheimen. Dieses Team stellte fest, dass zwei Fälle aus beiden Pflegeheimen denselben Nachnamen trugen und, wie sich herausstellte, eine familiäre Verbindung vorlag. Mit Hilfe herkömmlicher Informationen zur Ermittlung von Kontaktpersonen hatte keine Verbindung hergestellt werden konnte, da ein enger Kontakt nicht gemeldet worden war. Die Sequenzierungsdaten ergaben in beiden Fällen genetisch gleiche Stämme (1 Basenpaar Unterschied). Auf Fall X1 folgten 24, auf Fall Y1 4 weitere Fälle in ihren jeweiligen Pflegeheimen. Fall X1 hatte nur 20,8 % und Fall Y1 nur 25 % der Bewohner und des Personals als enge Kontaktpersonen angegeben, die sich später mit demselben Ausbruchsstrang infiziert herausstellte. Die Ansteckungsrate betrug 21,3 % bei allen Bewohnern (19/89) und 21,4 % (6/28) bei den Mitarbeitern von Haus A. Die mittlere Inkubationszeit betrug 9,7 Tage. In Haus B betrug die Ansteckungsrate 2,2 % bei allen Bewohnern (3/134) und 3,9 % (2/51) bei den Angestellten. Die mittlere Inkubationszeit betrug 3,8 Tage. Die Sterblichkeitsrate aller Infizierten im Ausbruch betrug 15,6 % (5/32). Alle Todesfälle betrafen Haus A. Wir konnten auch einen Fall aus dem Ausbruch ausschließen. Dieser

Fall hatte starke epidemiologische Verbindungen zu einem anderen Fall, wies aber mehr als 5 Basenpaare Unterschied im WGS auf.

Schlussfolgerungen Bei diesem Ausbruch wurden Übertragungsketten mit Hilfe von Standardmethoden der Kontaktverfolgung und der Ganzgenomsequenzierung als zusätzliches Instrument zur Identifizierung viraler Übertragungsnetzwerke identifiziert. Die Kombination der klassischen Ermittlung von Kontaktpersonen mit der Ganzgenomsequenzierung in integrierten genomischen Überwachungssystemen kann zur effizienten Ermittlung von Kontaktpersonen und zur Unterbrechung viraler Übertragungsnetzwerke beitragen.

Betreuung von Pflegeeinrichtungen während der Coronapandemie

Autorinnen/Autoren R. Golmohammadi¹, S. Bujok¹, G.A. Wiesmüller², J. Hurraß¹

Institute 1 Stadt Köln, Gesundheitsamt, Abteilung für Infektions- und Umwelthygiene, Köln; 2 Uniklinik RWTH Aachen, Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin; Zentrum für Umwelt, Hygiene und Mykologie Köln, Köln

DOI 10.1055/s-0043-1762687

Vulnerable Gruppen waren seit Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie im März 2020 im Fokus besonderer Schutzmaßnahmen. Gleich im März 2020 wurden die Aktivitäten zum Schutz der Risikogruppen im Untereinsatzabschnitt (UEA) Risikogruppen zwischen Gesundheitsamt und Feuerwehr/Rettungsdienst gebündelt, in die Struktur des Stabs Feuerwehreinsetzleitung integriert und bei der Feuerwehr u.a. als Interventionsteam für ambulante, stationäre Pflege und Behinderteneinrichtungen stationiert.

Aufgabe des Interventionsteams ist es bis heute, die Einrichtungen bei der Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen zu unterstützen, Ausbrüche einzugrenzen und die Beschäftigten auf die Arbeit in Isolationsbereichen vorzubereiten. Zu diesem Zweck bieten wir Vor-Ort-Termine, telefonische Beratungen und Schulungen für die Beschäftigten an. Im Rahmen unserer Vor-Ort-Termine versuchen wir, die Abläufe in Isolationsbereichen und -zimmern zu optimieren, die organisatorische und räumliche Trennung von betroffenen und nicht betroffenen Bereichen zu verbessern und Gemeinschaftsangebote in einem möglichst sicheren Rahmen zu ermöglichen. Grundlage unserer Empfehlungen sind dabei die einschlägigen Empfehlungen des RKI, insbesondere die während der Pandemie regelmäßig angepassten Empfehlungen „Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen“ sowie die Regelungen des Arbeitsschutzes.

Zur Beurteilung der Effektivität unserer Angebote befragen wir zurzeit im Rahmen dieser Arbeit die Einrichtungen hinsichtlich der umgesetzten Maßnahmen in Abhängigkeit unserer Vor-Ort-Besuche und Schulungen mittels standardisierter Fragebögen. Wichtige Bezugsparameter der Auswertung sind dabei Umfang und Zeitpunkt der ergriffenen Maßnahmen. Unsere Auswertung erfolgt getrennt nach Art und Größe der Einrichtungen, sowie der Anzahl der COVID-19-Ausbrüche. Außerdem betrachten wir die Problemstellungen für den ÖGD anhand der Erfahrungen unseres Teams.

Wir gehen davon aus, dass die eigenständige Vorbereitung der Einrichtungen und zeitnahe Unterstützung vor Ort sowie das Bereitstellen von Informationen in verständlicher Form die Schlüsselfaktoren für ein erfolgreiches Ausbruchmanagement darstellen. Im Rahmen der Befragung soll überprüft werden, ob die Einrichtungen selber diese Einschätzung teilen, welche unserer Angebote als besonders hilfreich wahrgenommen werden und an welchen Stellen es Verbesserungsbedarf gibt. Die damit gewonnenen Einblicke sollen dazu genutzt werden, zu ermitteln, welche Aspekte unserer engmaschigen Betreuung den gewünschten Nutzen bringen. Dies soll helfen, bestehende Unterstützungsangebote zu optimieren, um zukünftig in vergleichbaren Situationen angemessen handeln zu können.

Brücken aus der Isolation in die medizinische Versorgung – Begleitung Covid-19-Erkrankter durch das Gesundheitsamt Köln

Autorinnen/Autoren A. Küfer-Weiß¹, A. Wolff¹, M. Buess¹, A. Kossow^{1,2}, J. Nießen¹, B. Grüne¹

Institute 1 Gesundheitsamt Stadt Köln, Infektions- und Umwelthygiene, Köln; 2 Institut für Hygiene, Universitätsklinikum Münster, Münster
DOI 10.1055/s-0043-1762688

Hintergrund Die Corona-Pandemie brachte ein bis dato neues Krankheitsbild und die Pflicht zur häuslichen Absonderung betroffener Personen mit sich. In der Großstadt Köln zeigte sich schnell, dass die Beobachtung durch die untere Gesundheitsbehörde sowie die hausärztlichen und klinischen Versorgungsmöglichkeiten an ihre Grenzen kamen. Übergeordnete Ziele waren möglichst schnell gute Expertise mit dem neuen Krankheitsbild aufzubauen sowie die stationäre Patientenversorgung durch eine qualitativ hochwertige ambulante Begleitung zu entlasten.

Methode In Zusammenarbeit mit dem Amt für Informationsverarbeitung der Stadt Köln konnten die Gesundheitsdaten durch Entwicklung eines neuen Software-Programms DiKoMa (= digitales Kontaktpersonenmanagement) im April 2020 digitalisiert werden. Durch Sichtung der von den Betroffenen geführten digitalen Symptomtagebücher und Priorisierung nach individuellem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf erfolgten nach einer hinterlegten Wiedervorlagestrategie risikoadaptierte Anrufe über den Zeitraum der Absonderungspflicht und der kritischen Krankheitsphase. Um eine niedrigschwellige Erreichbarkeit für möglichst alle betroffenen Personen zu gewährleisten, wurden verschiedene Kontaktmöglichkeiten etabliert:

- Notfalltelefon (24/7 bis 04/22; aktuell 8 Stunden Mo-Sa)
- Quarantäne-Hotline
- Quarantäne-E-Mail-Postfach
- Symptomtagebuch (Fieber- und Verschlechterungsmeldungen)

Ergebnisse Über den Zeitraum der Pandemie wurden täglich zwischen 100 und 900 Anrufen im Bereich der Quarantäne-Betreuung durchgeführt. Dabei variiert die Dauer der Anrufe von wenigen Minuten bis hin zu ca. 90 Minuten Arbeitsaufwand pro Person inklusive Dokumentation. In Kooperation mit der Feuerwehr der Stadt Köln erfolgte seit April 2020 eine erweiterte prästationäre intensivmedizinische Diagnostik ausgewählter Risikopersonen. In diesen frühen Visiten wurde über das Bild der ‚silent hypoxemia‘ im Rahmen der Covid-19-Pneumonie berichtet (erniedrigte Sauerstoffsättigung bei subjektivem Wohlbefinden). In gleicher Kooperation wurde das Biomonitoring eingeführt, das neben den Reihen- und anlassbezogenen Testungen in stationären Pflege- und Behinderteneinrichtungen, Geflüchtetenunterkünften, Schulen und Kindergärten für die PCR-Testungen von symptomatischen Kontaktpersonen zuständig war. Aufgrund des kritischen Krankheitsbildes wurde die gleichzeitige Durchführung von Messungen der Sauerstoffsättigung sowie der Atemfrequenz etabliert und ein ‚silent hypoxemia score‘ eingeführt. Weiterhin entwickelte sich eine eng vernetzte Zusammenarbeit mit den Kölner Kliniken. Im November 2021 zum Zeitpunkt der Zulassung neutralisierender monoklonaler Antikörper (nMAB) wurde zur direkten Vermittlung betroffener Personen eine eigens dafür eingerichtete Antikörperambulanz eröffnet. Im Gesundheitsamt bestehende Fachabteilungen, wie z.B. der sozialpsychiatrische Dienst (SPDi) mit einem speziell für Covid-19-Erkrankte Personen und deren Angehörige eingerichteten Sorgentelefon, wurden in die möglichen Versorgungsstrukturen mit aufgenommen.

Diskussion In der Begleitung der Personen unter Absonderungspflicht kommen unterschiedliche Aspekte zum Tragen. Das übergeordnete Ziel war, die „richtigen Patienten ins Krankenhaus“ zu leiten. Dies impliziert die telefonische Beratung und Beruhigung bei mildem Krankheitsverlauf, das Sicherstellen bzw. Überführen in die ambulante ärztliche Versorgung bei entsprechender Notwendigkeit, aber auch das Hinwirken auf eine stationäre Behandlung bei Personen, die z.B. aus Angst vor der Klinik oder infolge der ‚silent hypoxemia‘ von

sich aus keine Hilfe in Anspruch nehmen wollten. Diese Unterscheidung ist häufig rein telefonisch nicht zu treffen, weshalb es einer organisierten und strukturierten Zusammenarbeit bedarf. Die Zeit der Isolation und Quarantäne ist häufig geprägt von Unsicherheiten und Ängsten, aber auch von Gefühlen wie Einsamkeit, Verlassenheit und Trauer. Der Einfluss mentaler und psychischer Faktoren auf den Heilungs- und Genesungsverlauf ist bekannt, daher ist anzunehmen, dass eine gute psychosoziale Begleitung während der Absonderungszeit einen positiven Effekt haben kann. Die Sterberate in Köln liegt mit 0,24% (zum Vergleich Deutschland 0,43%, Europa 0,81%, USA 1,1% und Global 1,04%, Stand 15.11.2022, Quelle WHO und RKI) deutlich unter anderen Städten und Ländern. Es deutet darauf hin, dass die risikoadaptierte Betreuung in Isolation und Quarantäne in Kombination mit den kooperativen Vernetzungen der versorgenden Strukturen sich auch darauf auswirkt.

Zusammenfassung Die Zielsetzungen der im Gesundheitsamt Köln eingeführten digital gesteuerten risikoadaptierten telefonischen Quarantänebetreuung sind:

- Niedrigschwellige Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, digitale Symptomtagebücher)
- Beratung zur individuellen Umsetzung von Quarantäne- und Isolationsmaßnahmen mit Focus auf den häuslichen Infektionsschutz
- Ansprechpartner bei Sorgen und Ängsten mit Vermittlung zum sozialpsychiatrischen Dienst
- Vermeidung unnötiger Klinikvorstellungen und Sicherstellung bei indiziertem Bedarf
- Organisation erforderlicher ärztlicher Intervention
- Zuweisung von Hochrisikopatienten zu einer Therapie mit nMAB
- Aufsuchendes Screening durch mobile Medizinische Dienste in Kooperation mit der Feuerwehr Köln (Biomonitoring, Telemetrie)
- Direkte Klinikvorstellung oder Alarmierung des Rettungsdienstes bei Eskalation des Erkrankungsverlaufes

Die risikoadaptierte telefonische Begleitung zeigt sich als wirkungsvolles Instrument im Pandemiemanagement, der Steuerung von Hospitalisierungen und der Brückenbildung in die ambulante Versorgung und hat vermutlich einen Einfluss auf die Fallsterblichkeit. Gleichzeitig ist es ein niedrigschwelliges Instrument für die Betreuung von Bürgern in einer persönlichen Ausnahmesituation (allein mit Krankheit und Sorgen).

Ausblick Der Einfluss der telefonischen Begleitung während der Isolation und Quarantäne auf die psychische Gesundheit, den Krankheitsverlauf und die Fallsterblichkeit sollte im Zentrum weiterer Untersuchungen stehen, um für zukünftig für Personen unter Absonderungspflicht eine entsprechende Versorgung sicher zu stellen.

COVID-19-Absonderungen in Reinickendorf: 2,3d Absonderung pro Person, Kinder überproportional betroffen, Kontaktpersonen spät und wenig

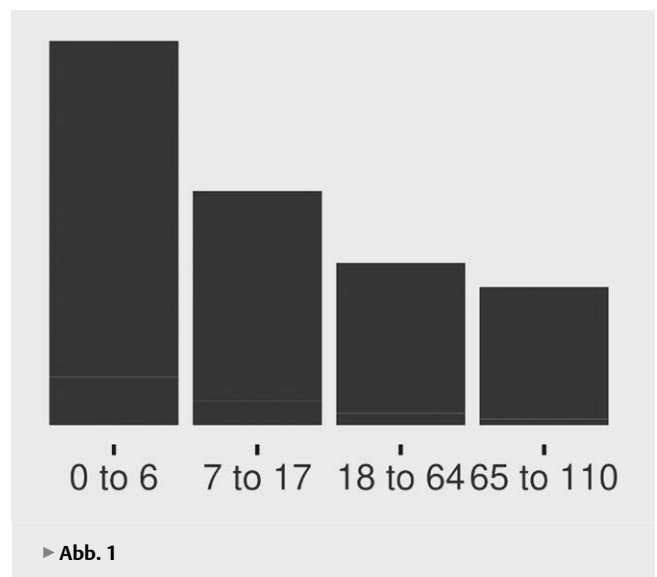
Autorinnen/Autoren J. Schumacher^{1, 2}, L. Kühne³, S. Brüssermann³, B. Geisler⁴, S. Jäckle⁴

Institute 1 Gesundheitsamt Reinickendorf von Berlin; 2 Robert Koch-Institut, Berlin; 3 Leibniz Institute for Prevention Research and Epidemiology – BIPS, Bremen; 4 Fraunhofer Institute for Digital Medicine MEVIS, Bremen/Lübeck

DOI 10.1055/s-0043-1762689

Während der COVID-19-Pandemie haben die Gesundheitsämter Absonderungen angeordnet, um die Transmission von SARS-CoV-2 zu reduzieren. Absonderungen führen aber zu Belastungen, zum Beispiel durch verhinderte Schulleistungen, Arbeitseinschränkung oder der psychischen Belastung durch das „eingesperrt-sein“. Wir haben alle Quarantänen für Kontaktpersonen und Isolationen für Fälle des Gesundheitsamtes Reinickendorf vom 3. März 2020 bis zum 18. Dezember 2021 analysiert. Insgesamt hat das Gesundheitsamt 24.603 Isolationen und 45.014 Quarantänen angeordnet – im Schnitt 2,3 Tage

Absonderung pro Person in Reinickendorf. Dabei gab es einen zeitlichen Verzug von 4 Tagen zwischen dem letzten Kontakt und dem Beginn der Quarantäne. Auf einen COVID-19-Fall kamen 1,9 Kontaktpersonen. Kindern wurden häufiger in Quarantäne gesetzt als Erwachsene: Gemittelt über alle Reinickendorfer 0-6-Jährigen wurde diese Altersgruppe im Schnitt 4,1 Tage in Quarantäne gesetzt, 7-17-Jährige 5,2 Tage, 18-64-Jährige 0,9 Tage und +65-Jährige für 0,3 Tage. Die mittlere Dauer für Isolationen betrug 10,2 Tage und für Quarantäne 8,2 Tage. Bei 3.484 Personen wurde in der Quarantänezeit eine Infektion festgestellt. Die Empfehlungen des Robert Koch-Institutes hatten einen Einfluss auf die Dauer der Isolationen und Quarantäne und auch die Kontaktpersonenidentifikation. Diese größte Untersuchung dieser Art zeigt: 1) den Effekt der Absonderungen auf die Transmission; 2) die Anzahl und Dauer durch die Absonderungen; 3) die Anzahl an Kontaktpersonen pro Fall von 1,9 (zu wenig im Vergleich zur durch die Literatur erwarteten Werten); 4) eine Verzögerung von 4 Tagen für die Anordnung der Quarantäne und 5) Kinder waren überproportional von Absonderungen betroffen (► **Abb. 1**).



Coronapandemie: Coronabedingte Personalausfälle in Kliniken und Pflegeeinrichtungen

Autorinnen/Autoren S. Viehöver

Institut Gesundheitsreferat der LH München, München

DOI 10.1055/s-0043-1762690

In der Landeshauptstadt München gibt es eine große Anzahl von Kliniken, darunter 2 Universitätskliniken, 4 Kliniken der Maximalversorgung, 4 Schwerpunkt-kliniken, 10 Häuser der Grund- und Regelversorgung sowie 32 Fachkliniken. Es gibt 58 Einrichtungen für stationäre Altenpflege.

In der Pandemie ist es während der Wellen in den Einrichtungen aufgrund infizierten Personals immer wieder zu Personalengpässen gekommen. Diesen wurde von Seiten der Einrichtungen mit Maßnahmen wie der Einschränkung elektiver Eingriffe oder Aufnahmestopps und von Seiten des Gesundheitsamtes mit vorzeitiger Quarantäneentlassung unter bestimmten Voraussetzungen bzw einer sog. Pendelquarantäne, d.h. dem Einsatz asymptomatischer positiv getesteter Mitarbeitender zur Versorgung von Covid-19-Patienten, begegnet.

Die durch die Omikron-Variante ausgelösten Infektionswellen in 2022 zeichneten sich durch sehr hohe Inzidenzen aus, gleichzeitig stiegen trotz eines grundsätzlich leichteren Krankheitsverlaufes die Belegungszahlen der Kliniken mit Covid-19-Patienten in den Wellen wieder an.

Im Vortrag werden Sars-CoV-2-Infektionszahlen bei Mitarbeitenden ausgewählter Münchner Kliniken in Relation zur Corona-Bettenbelegung analysiert

und dabei auch die Rolle von Ausbrüchen für die Infektionslast der Mitarbeitenden untersucht. Es zeigt sich, dass im Kliniksetting Ausbruchssituationen für die Infektion der Mitarbeiter nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Im Vergleich hierzu werden die Sars-CoV-2-Infektionszahlen bei Mitarbeitenden ausgewählter Münchner Pflegeeinrichtungen betrachtet. Auch hier sind teilweise hohe Ausfälle zu beobachten, jedoch traten die Infektionen im Unterschied zu den Kliniken vor allem im Rahmen von nosokomialen Ausbrüchen auf. Die Gründe hierfür sind vielfältig: eine mit 50 % geringe Fachkraftquote in Einrichtungen der Altenpflege, kein Hygienefachpersonal, keine krankenhaushygienische Betreuung, sowie intensiverer Kontakt bei der Pflege. Zudem sind die Infektionsketten oft nicht leicht nachvollziehbar, so dass alle im Ausbruchszeitraum neu positiv getesteten Mitarbeitenden als zum Ausbruch zugehörig gemeldet werden.

Welche Rolle spielten COVID-19-Infizierte ohne Symptome in Ausbrüchen verschiedener Settings?

Autorinnen/Autoren C. Helmeke, M. Hein, L. Gräfe, C. Kohlstock
Institut Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Magdeburg
DOI 10.1055/s-0043-1762691

Es ist seit Pandemiebeginn bekannt, dass auch asymptomatische und präsymptomatische Personen SARS-CoV-2 auf andere übertragen können. Wir schätzten hier den Impact, zu dem symptomlose Indexfälle zu Folgefällen bzw. schwer erkrankten Folgefällen geführt haben anhand der durch die Gesundheitsämter gemäß IfSG übermittelten Ausbrüche in Einrichtungen.

Wir untersuchten die an das Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt übermittelten Ausbrüche seit Pandemiebeginn bis Oktober 2022. Wir verglichen Ausbrüche mit ausschließlich Symptomlosen unter den Fällen zu Ausbruchsbeginn mit allen Ausbrüchen und differenzierten nach Art der betroffenen Einrichtung und Erkrankungsschwere der Folgefälle.

Je nach Einrichtungsart (Setting) lag der Anteil der Ausbrüche mit ausschließlich Symptomlosen unter den Fällen zu Ausbruchsbeginn an allen Ausbrüchen zwischen 17 und 65 %. Bei 219 von 2.907 übermittelten Ausbrüchen infizierten sich schwere Fälle wahrscheinlich bei symptomlosen Indexfällen. Der Anteil von Fällen mit schwerem Verlauf an allen Fällen in Ausbrüchen mit symptomlosen Indexfällen lag je nach Einrichtungsart zwischen 0 und 29 %.

Unsere Auswertung weist darauf hin, dass asymptomatische und präsymptomatische Personen eine signifikante Rolle in COVID-19-Ausbrüchen spielten und insbesondere in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen auch zu schwer erkrankten Folgefällen führten. Es ist von einer Untererfassung auszugehen, da wir nur Ausbrüche mit ausschließlich symptomlosen Fällen zu Ausbruchsbeginn betrachteten, jedoch nicht auszuschließen ist, dass auch in anderen Ausbrüchen die Übertragung auf schwer erkrankte Fälle durch Asymptomatische erfolgte.

Wir danken den Gesundheitsämtern in Sachsen-Anhalt für die gute Zusammenarbeit.

Long-Covid im Main-Kinzig-Kreis: Prävalenz, einhergehende Funktionseinschränkungen und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung

Autorinnen/Autoren J. Plath¹, F. Suessenbach¹, C. Höhn¹, J. Kleinschmidt¹, W. Lenz¹

Institut ¹ Main-Kinzig-Kreis, Amt für Gesundheit und Gefahrenabwehr, Gelnhausen

DOI 10.1055/s-0043-1762692

Hintergrund Long-Covid ist im Fokus der wissenschaftlichen Diskussion. Während zu Diagnose und Therapie erste Empfehlungen vorliegen, sind nur wenige Daten auf Bevölkerungsebene verfügbar. Beschriebene Prävalenzen sind abhängig von Art der Erhebung sowie untersuchten Endpunkten inkonsistent. Als wesentliche Säule des Infektionsschutzes obliegt es auch dem öffentlichen Gesundheitsdienst, die Auswirkungen der Infektion mit SARS-CoV-2 aus Pub-

lic-Health-Perspektive zu untersuchen. Ziel des Vorhabens war daher die Identifikation des Umfangs des Gesundheitsproblems "Long-Covid" in der Bevölkerung des Main-Kinzig-Kreises durch das zuständige Amt für Gesundheit und Gefahrenabwehr.

Methode Aus 94.447 Personen im Alter von 18 Jahren und älter mit PCR-bestätigter Infektion mit SARS-CoV-2 aus dem Zeitraum 03/2020 bis 05/2022 wurde eine Zufallsstichprobe (n = 4.000) gezogen und mittels Computer-assistierten Interviews strukturiert befragt. Zielgrößen waren berichtete anhaltende Beschwerden vier Wochen nach Infektion mit SARS-CoV-2, einhergehende Funktionseinschränkungen im Alltag sowie die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung.

Ergebnisse Die Teilnahmerate betrug 54,5 % (n = 2.181). Insgesamt berichteten 25,4 % (n = 554) Beschwerden mit einer Dauer von mehr als vier Wochen nach der Infektion mit SARS-CoV-2. Zwischen den Altersgruppen "unter 60 Jahre" und "60 Jahre und älter" konnten keine Unterschiede identifiziert werden. Von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Befragung berichteten 12,8 % (n = 278) über Funktionseinschränkungen im Alltag aufgrund anhaltender Beschwerden nach der Infektion mit SARS-CoV-2. Insgesamt berichteten 12,0 % (n = 262) die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe aufgrund ihrer anhaltenden Beschwerden.

Diskussion Einer von vier Befragten berichtete von anhaltenden Beschwerden vier Wochen nach Infektion mit SARS-CoV-2. Aus Public-Health-Perspektive sind die Auswirkungen und Bedarfe von Bedeutung und erlauben den Schluss, dass sich klare Herausforderungen ergeben. Die Validität der Ergebnisse ist limitiert, da Informationen durch Befragung der Betroffenen gewonnen und nicht durch ärztliche Diagnosestellung sowie weitere Routedaten validiert wurden. In der Zusammenschau erlauben sie jedoch eine ausreichende Abschätzung des Umfangs des Gesundheitsproblems "Long-Covid" in der Bevölkerung des Main-Kinzig-Kreises.

Unterschiedliche Softwaresysteme in Niedersachsen – Datenqualität im Rahmen der SARS-CoV-2 Surveillance

Autorinnen/Autoren K. Usipbekova, K. Hille, M. Scharlach, J. Dreesman
Institut Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Hannover
DOI 10.1055/s-0043-1762693

Die bestehenden Meldesoftware wurden während der COVID-19 Pandemie auf die Probe gestellt und es gab an vielen Stellen Neuerungen. Vom Robert-Koch-Institut wurden immer wieder Updates für die Meldesoftware SurvNet bereitgestellt und Anbieter anderer Meldesoftware mussten ihre Produkte entsprechend anpassen. Gleichzeitig mussten die Gesundheitsämter die Qualität der Meldedaten bei hohen Fallzahlen gewährleisten. Für die Bewertung des Infektionsgeschehens war eine möglichst vollständige und konstante Erfassung der Daten von COVID-19 Meldefällen elementar. Wir haben die Vollständigkeit und Qualität ausgewählter Kernvariablen von gemeldeten COVID-19 Fällen im Zusammenhang mit der verwendeten Meldesoftware in Niedersachsen untersucht.

Für eine erste Analyse wurden, die an das Niedersächsische Landesgesundheitsamt übermittelten COVID-19 Fälle für den Monat April ausgewertet.

Die Gesamtzahl der gemeldeten Fälle in dem Zeitraum vom 01.04.2022 bis zum 30.04.2022 betrug 445.693. Die drei am häufigsten genutzten Meldesoftware in Niedersachsen waren: ISGA (45 %), mikropro health (15 %) und ÄSKULAB21 (14 %). Voreinstellungen für einzelne Variablen unterscheiden sich je nach verwendeter Software, was die Vergleichbarkeit der Angaben zwischen Landkreisen erschwert.

In der Pandemie waren die Angaben zum Impfstatus und zur Hospitalisierung besonders wichtig. Die Angaben zu der Variable *Impfstatus* waren bei 13 % aller Fälle vorhanden. Wenn *Ja* als Eintrag für den Impfstatus in der Meldesoftware angegeben war, lagen in 80 % der Fälle auch Informationen über den Impfstoff vor. Bei 74 % der COVID-19 Fälle waren Angaben zum *Hospitalisierungsstatus* vorhanden. Weitere Auswertungen stehen noch aus.

Die Software-bedingten Unterschiede sollten bei der Auswertung und Interpretation von bestimmter Datenfelder der IfSG-Melddaten berücksichtigt werden. Idealerweise sollten einheitliche Grundeinstellungen angestrebt werden. Die gewonnenen Erkenntnisse liefern einen Beitrag zur vorherrschenden Diskussion zur Vereinheitlichung der Softwaresysteme im öffentlichen Gesundheitsdienst.

Preparing Long-term care facilities for future pandemics – A systematic review of non-pharmacological interventions

Autorinnen/Autoren A. Arnold¹, S. Bimczok¹, S. Lisak-Wahl¹, H. Schütt¹, J.M. Stratil²

Institute 1 Academy of Public Health Services, Department for Applied Research and Transfer in the Public Health Service, Duesseldorf; 2 Robert Koch Institute, Department for Infectious Disease Epidemiology, Berlin
DOI 10.1055/s-0043-1762694

Background Due to climate change, the likelihood of an extreme infectious disease events – similar to the COVID-19 pandemic – is very likely to increase. Anticipating and preparing for such events is therefore essential. A setting of high risk in such an event are long-term care facilities (LTCF), which accounted for 30-60% of all COVID-19 related deaths in most high-income countries (HIC). To prevent, mitigate, and avoid potential adverse consequences of future outbreaks of viral respiratory pathogens with pandemic potential (e.g., SARS-CoV-2, SARS, MERS, influenza) in LTCFs, a systematic review will analyze which non-pharmacological interventions (NPI) are effective in LTCFs.

Methods We conducted literature searches in Medline, Embase, CINAHL, and two comprehensive specialized registries focused on COVID-19-related literature. We included experimental, quasi-experimental, and specific observational studies assessing the effect of NPIs implemented in LTCFs regarding the outcomes: infections, outbreaks, hospitalizations and deaths due to the viral pathogens of interest and adverse consequences. Screening for eligibility and risk-of-bias (RoB) assessment was done in duplicate. For RoB assessment, we used the RoB2 and ROBINS-I tool. We synthesized findings narratively, focusing on the direction of effect. The certainty of evidence was evaluated using GRADE.

Results We included 16 observational studies, 14 of which focused on intervention effectiveness. All were conducted in HIC and most focused on SARS-CoV-2 (n = 14). There were serious concerns regarding RoB in almost all studies. We found low/very low certainty of evidence for the effectiveness of entry regulation measures (n = 1), regular testing of residents/staff (n = 5), combined outbreak control measures (n = 2), and for combinations of multiple NPIs (n = 3) in preventing outbreaks or mitigating their consequences. The evidence on the effectiveness of hand and surface hygiene interventions showed mixed results (n = 4). We found mixed results regarding adverse mental health outcomes due to visiting restrictions.

Conclusion This review indicates a number of measures which could be effective in protecting residents and staff in LTCFs in upcoming extreme infectious disease epidemics, which are expected to become more likely in the future. Furthermore, we can point out several gaps in the evidence which require further research and specific study designs to improve pandemic preparedness in LTCFs.

Die Epidemiologische Lagekonferenz – Erfolgreiches Kommunikationsinstrument auch im COVID-19-Krisenmanagement

Autorinnen/Autoren N. Zeitlmann¹, C. Siffczyk¹, R. Biallas¹, I. Mücke¹, M. Diercke¹, U. Rexroth¹, M. an der Heiden¹

Institute 1 Robert Koch-Institut, Berlin; 2 Landesuntersuchungsamt Rheinland-Pfalz, Landau; 3 Kompetenzzentrum meldepflichtiger Erkrankungen

gen, Institut für Infektionsmedizin, Kiel; 4 Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Magdeburg; 5 Landeskompetenzzentrum Infektionsepidemiologie (LKI) Saarland, Homburg; 6 Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen, Dillenburg; 7 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, München; 8 Gesundheitsamt Bremen, Bremen; 9 Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern, Rostock; 10 Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bochum; 11 Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen, Chemnitz; 12 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Hannover, Deutschland; 13 Zentrum für Infektionsepidemiologie, Hamburg, Deutschland; 14 Thüringer Landesamt, Bad Langensalza, Deutschland; 15 Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg, Zossen, Deutschland; 16 Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Stuttgart, Deutschland; 17 Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin, Berlin, Deutschland; 18 Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr, Koblenz, Deutschland
DOI 10.1055/s-0043-1762695

Hintergrund Die Epidemiologische Lagekonferenz (EpiLag) ist eine seit 2009 etablierte wöchentliche Telefonkonferenz zwischen dem RKI, den 16 Landesbehörden und der Bundeswehr. Hauptfokus des Austausches sind aktuelle infektionsepidemiologische Ereignisse, zugehörige Themen (z.B. Meldewesen, -software) und Maßnahmen. Bisherige Evaluationen weisen die EpiLag als nutzbringendes und wertgeschätztes Kommunikationsinstrument für die Routinearbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) aus [Milde-Busch and Zeitlmann, 2021]. Wir geben einen Überblick über Teilnahmequoten, häufigste Beiträge und die Entwicklung der EpiLag während COVID-19.

Methoden Für die Auswertung wurden Daten zur Teilnahme, Länge der EpiLag und eingebrachten Beiträgen aus der EpiLag-Monitoring-Excel-Datenbank extrahiert und deskriptiv (Mittelwert; Häufigkeit) für den Zeitraum 01.01.2020 bis 31.10.2022 analysiert.

Ergebnisse Insgesamt fanden im Auswertungszeitraum 145 Konferenzen mit einer durchschnittlichen Länge von 62 Minuten (Spannweite: 19-96) statt. Die Teilnahmequote betrug im Mittel 97%. Im Zeitraum 09.04.2020 bis 28.05.2020 wurde die Frequenz der EpiLag auf zweimal wöchentlich erhöht, um einen zeitgerechten Austausch insbesondere in Bezug auf die COVID-19-Pandemie zu gewährleisten.

COVID-19 wurde bereits in der ersten EpiLag im Jahr 2020 (2. KW) als internationales Ereignis (Pneumonien unbekannter Ursache in China) vom RKI berichtet und diskutiert. In der 4. und 5. KW wurden erste ÖGD-relevante Dokumente (z.B. Falldefinitionen, Fallzahlübersichten) hierzu in der EpiLag geteilt. In den folgenden fast drei Jahren wurden insgesamt 344 Beiträge zu COVID-19-Ausbrüchen in Deutschland berichtet. Daneben wurden am häufigsten Fragen zu COVID-19-Meldewesen, -Berichterstattung und Übermittlungssoftware (187 Beiträge), sowie zu Maßnahmen (z.B. Kontaktpersonennachverfolgung und Absonderung; 57 Beiträge) diskutiert.

Schlussfolgerungen Die EpiLag konnte in der COVID-19-Pandemie weiterhin den regelmäßigen Austausch im ÖGD fördern und den Bedürfnissen ihrer Akteure flexibel angepasst werden. Durch die frühe Berichterstattung und Diskussion von COVID-19 (noch als Ereignis mit unbekannter Ursache) konnte der ÖGD früh gewarnt und relevante Informationen geteilt werden, noch bevor die ersten Fälle Ende Januar/Februar 2020 in Deutschland auftraten. Daneben wurde die EpiLag auch für Diskussionen zu COVID-19-betreffenden Neuerungen im Meldewesen sowie zur Maßnahmenumsetzung genutzt. Das Modell der EpiLag ist auch für weitere Bereiche des ÖGD (z.B. zwischen Sektoren/Disziplinen) zu empfehlen.

Überwachung von Einrichtungen nach §35 IfSG im Hinblick auf Empfehlungen der KRINKO – Begehung der stationären Altenpflege in Frankfurt am Main

Autorinnen/Autoren K. Steul, M. Müller, B. Naser, M. Berres, J. Domic, P. Franke, K. Schuster

Institut Gesundheitsamt Frankfurt/ Main, Abteilung Hygiene & Umwelt, Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0043-1762696

Einleitung Seit Anpassung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im September 2022 erfahren Einrichtungen der Pflege und der Eingliederungshilfe eine Abgrenzung gegenüber anderen Gemeinschaftsunterkünften. Klassische medizinische Hygienestandards wie die Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (KRINKO) bekommen im Zusammenhang mit der Begehung von Altenpflegeeinrichtungen einen neuen Stellenwert. Gleichzeitig sind Einrichtungen der stationären Altenpflege abzugrenzen gegenüber medizinischen Einrichtungen: Altenpflegeheime sind anders als zum Beispiel Krankenhäuser das „Zuhause“ der jeweiligen Bewohner:innen.

Methode Die Begehungen erfolgten anhand von standardisierten Checklisten zu den Eckdaten der Einrichtung (Bewohner:innenanzahl, Mitarbeitende etc.) und im Jahr 2022 zusätzlich zu Hygienestandards der KRINKO Empfehlung „Hygieneanforderungen an abwasserführende Systeme“. Die Checklisten sind hauptsächlich als einfache Entscheidungsfragen (ja/nein) gestaltet. Die Begehungen werden anschließend als absolute Häufigkeiten der Checklistenfragen ausgewertet.

Ergebnisse 2022 wurden im Zuständigkeitsbereich des Frankfurter Gesundheitsamts bis zum Zeitpunkt der Einreichung insgesamt 43 Einrichtungen der stationären Altenpflege (Altenpflegeheime, APH) begangen. Alle in 2022 begangenen Häuser (43) verfügten zum Zeitpunkt der Begehung über einen Hygieneplan und einen Reinigungs- und Desinfektionsplan. In 37 Häusern war ein/e Hygieneverantwortliche/r in der Pflege benannt (in 4 nicht, 2 Häuser gaben an die Stellen seien vakant). Bei der täglichen Reinigung des Bewohner:innen-Sanitärbereichs fand in 35 Einrichtungen auch eine desinfizierende Reinigung statt (in 5 nicht). In 40 Einrichtungen wurden Waschbecken/Armaturen, Haltegriffe/Lichtschalter sowie Toilette täglich gereinigt. In 39 Einrichtungen wurden auch die Türklinken gereinigt.

In 29 Häusern wurden auch Waschbecken vorgefunden, bei denen der Wasserstrahl direkt in den Abfluss gerichtet war (in 14 Häusern war dies nicht der Fall). In 20 Häusern wurden Waschbecken vorgefunden, die einen verzögerten Abfluss des Schmutzwassers aufwiesen (23 nicht). Handwaschplätze waren auch in den Bewohner:innen Zimmern in 39 Häusern entsprechend den Vorgaben der KRINKO ausgestattet (Seife, Händedesinfektionsmittel, Einmalhandtücher). In 32 Häusern wurden auch Kalkablagerungen an den Strahlregulern vorgefunden.

In wenigstens 38 Häusern waren auch Steckbeckenspülgeräte im Einsatz, 7 davon konnten den Nachweis eines A0-Wertes von > 600 vorzeigen. 35 Geräte befanden sich in einem regelmäßigen Wartungsmodus durch einen Fachbetrieb. In 27 Häusern konnte auch eine regelhafte mikrobiologische Kontrolle vorgewiesen werden.

Bei der Auswertung von Begehungen auch der Altenpflegeeinrichtungen müssen verschiedenen Limitationen beachtet werden. So ist es beispielsweise nicht möglich Bau- und Einrichtungsstandards in Gänze zu erfassen. Es können jeweils nur wenige Räumlichkeiten beurteilt werden. In der Analyse der begangenen Objekte werden zudem alle Einrichtungen gleichwertig betrachtet. Diese umfassen sowohl Einrichtungen mit mehreren hundert Bewohner:innen als auch solche mit nur 10-20 Bewohner:innen.

Zusammenfassung Strukturierte Begehungen sind geeignet relevante hygienische Anforderungen für stationäre Altenpflegeeinrichtungen auszumachen und die Heime in der Abwägung zwischen Wohn-Komfort für die Bewohner:innen und notwendigen Hygienestandards entsprechend zu beraten.

Allgemeinhygienische Aspekte im Betrieb von Endoskopie-Einheiten – Schnittstellen bei der Aufbereitung von flexiblen Endoskopen und deren Zusatzinstrumentarium

Autorinnen/Autoren K. Schuster¹, M. Berres¹, P. Franke¹, H. Notz¹, K. Steul¹
Institut 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Abteilung Hygiene & Umwelt, Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0043-1762697

Einleitung Krankenhäuser unterliegen der Überwachungspflicht durch das Gesundheitsamt nach § 23 Infektionsschutzgesetz (IfSG). Im Rahmen der jährlichen Begehungen werden in Frankfurt am Main jeweils unterschiedliche Aspekte des Klinikbetriebs als Schwerpunktthema genommen. 2022 lag der Fokus auf allgemein-hygienischen Abläufen im Zusammenhang mit der Aufbereitung der semi-kritisch flexiblen Endoskope. Beachtung fand insbesondere die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ mit der Frage, ob alle relevanten Punkte umgesetzt wurden. Gleichzeitig fragten wir Themen der Strukturqualität ab, wie die Aktualität des Hygieneplans, Ausstattung mit Hygienefachpersonal u.a., um zu prüfen ob hier den Vorgaben des IfSG bzw. der HHYGO nachgekommen wird.

Methode Die jeweiligen Endoskopie Abteilungen inkl. aller Nebenräume sowie der Aufbereitungsbereich für Endoskope wurden besichtigt. Die Begehungen erfolgten unter Verwendung einer eigens entworfenen standardisierten Checkliste. Diese war im Wesentlichen gestaltet als einfache Entscheidungsfragen (ja/nein). Die Begehungen wurden anschließend als absolute Häufigkeiten der Checklistenfragen ausgewertet. Zusätzlich wurde der Prozess der Aufbereitung beobachtet.

Ergebnisse Zwölf der 14 allgemein-versorgenden Kliniken in Frankfurt am Main verfügten über eine Abteilung resp. einen Bereich zur zentralen Durchführung von gastroenterologischen und teilweise auch pneumologischen Untersuchungen. Den größten Anteil der Untersuchungen bildeten Gastroskopien und Koloskopien. In zwei Kliniken lag der überwiegende Anteil bei Bronchoskopien. Allgemein-hygienische Belange wie die Ausstattung mit Handwaschplätzen, die dem aktuellen Standard (KRINKO, TRBA 250) entsprechen sowie adäquat zu reinigende Arbeitsflächen u. ä. waren ebenfalls Bestandteil der Begehungen. Die Aufbereitung erfolgte überall durch sachkundiges Personal. In drei Kliniken übernimmt im Regelbetrieb Personal der AEMP die Aufbereitung. In den übrigen neun Kliniken erfolgt die Aufbereitung durch benanntes Endoskopie-Personal. Durch die strukturierte Beobachtung der Prozesse konnten verschiedene hygiene-relevante Punkte herausgearbeitet werden:

- Die Nchrüstung bzw. Instandsetzung ausreichend dimensionierte Reinigungsbecken mit intakten Oberflächen aus wisch-desinfizierbaren Materialien sind für die sachgerechte Aufbereitung und zum Schutz der Geräte zwingend erforderlich.
- Die Wegeführung zwischen rein und unrein ist insbesondere in sehr beengten Räumen zur Vermeidung einer Re-Kontamination bereits desinfizierte Medizinprodukte zu optimieren.
- Maschinen mit Rost und Kalkablagerungen müssen grundsätzlich instandgesetzt werden.

Überschneidungen mit den Überwachungspflichten der hessischen Landesmittelbehörde bei der Begehung von Prozessen, die auch die Aufbereitung von Medizinprodukten miteinbezieht, sind vorhanden und sollten zur Vermeidung von Doppeltbegehungen, auch unter dem Fokus einer reibungslosen Patientenversorgung, kritisch betrachtet werden.

Zusammenfassung Die Aufbereitung der als semikritische Medizinprodukte eingestuften flexiblen Endoskope ist ein mehrschrittiger Prozess mit hohen Anforderungen an hygienisch korrekte Arbeitsweise und an die baulich-funktionelle Raumgestaltung zur Gewährleistung der Patientensicherheit.

Die unter dem Fokus „Aufbereitung der flexiblen Endoskope“ durchgeführte Krankenhausbegehung nach § 23 IFSG zeigte, dass die korrekte Aufbereitung bei korrekter Umsetzung der Vorgaben aus der o.g. KRINKO Empfehlung gut durchgeführt werden kann. Unterschiedliche Baustandards in den Frankfurter Kliniken, besondere räumliche Begebenheiten, sowie Überschneidungen in der Wegeführung erschweren jedoch die Arbeit unter bestmöglichen hygienischen Standards.

Hygienische und allgemeine Aspekte der im Frühjahr 2022 ad-hoc eingerichteten Massenunterkünfte zur Unterbringung von Geflüchteten

Autorinnen/Autoren M. Müller¹, K. Voigt¹, H. Winter¹, E. Skirala¹, U. Götsch², A. Walczok³, K. Steul¹

Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Abteilung Hygiene & Umwelt; 2 Gesundheitsamt Frankfurt/ Main, Abteilung Infektiologie;

3 Gesundheitsamt, Amtsleitung, Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0043-1762698

Mit Beginn des Osteuropa-Konflikts Ende Februar 2022 ergab sich die dringende Notwendigkeit, Unterkünfte für die Geflüchteten zu schaffen. Notunterkünfte müssen nach § 36 Infektionsschutzgesetz einen Hygieneplan vorhalten und unterstehen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt.

Die Einrichtung einer ausreichenden Zahl an Notunterkünften in kurzer Zeit erfordert den Einbezug zweckfremder Räumlichkeiten/Gebäude für die Unterbringung von Menschen, beispielsweise in einer Messehalle, einer Mehrfeldsporthalle oder Schulturnhallen. Insgesamt wurden kurzfristig 10 Unterkünfte mit einer gesamten Belegkapazität von ca. 3.000 Menschen eingerichtet. Diese umfassten zwischen 20 und 2.000 Unterbringungsplätze. Dabei waren 3 der 10 Unterkünfte bereits bestehende Geflüchtetenunterkünfte, die erweitert wurden, 3 Schulturnhallen, eine Mehrfeldsporthalle sowie eine Messehalle. Ein Großteil ca. 80 % der Unterbringungsplätze befand sich in zweckentfremden Gebäuden. Es besteht oft das Problem, dass entsprechende infektionshygienische Überwachungen/ Maßnahmen in Notunterkünften nicht vorhanden sind COVID-19 Pandemie erforderte weitere Schutzmaßnahmen Impfquote gering (etwa 35 %) Die Errichtung/ Betreibung der Unterkünfte oblag in der Mehrheit den ansässigen Hilfsorganisationen. Aufgrund der besonderen hygienischen Herausforderung durch die Unterbringung in zweckfremden Gebäuden und bei anhaltender COVID-19-Pandemie erfolgten im März/ April 2022 standardisierte hygienische Begehungen. Folgende Punkte stellte sich u.a. im Zusammenhang mit den Begehungen als problematisch dar:

- Bei den Begehungen konnten dem Gesundheitsamt nur teilweise Hygienepläne vorgelegt werden.
- Möglichkeiten zur Isolierung einzelner Personen oder Personengruppen bestand in allen Einrichtungen nur in begrenztem Umfang.
- In nahezu allen Einrichtungen konnte eine sachgerechte Flächendesinfektion ermöglicht und vorgehalten werden.
- Im Bereich Trinkwasser wurden Untersuchungen auf den Parameter Legionella spec. nach TrinkwV abgefragt. Aufgrund von Überschreitungen des technischen Maßnahmenwertes in drei Einrichtungen mussten entsprechend § 16 Abs. 7 TrinkwV Maßnahmen durch den Unternehmer und sonstigen Inhaber der Wasserversorgungsanlage eingeleitet werden.
- Auf Grund der geringen Impfquote von etwa 35 % für die Grundimmunisierung gegen COVID-19 in der ukrainischen Bevölkerung bestand ein erhebliches Risiko für entsprechende Ausbrüche in den Einrichtungen. Vom Gesundheitsamt wurden mobile Impfteams eingesetzt. Zu Beginn erfolgten ausschließlich ein Impfangebot gegen Covid-19. Da jedoch weiterer Impfbedarf bestand, insbesondere im Hinblick auf das Masernschutzgesetz zur Ermöglichung des Besuchs von Gemeinschaftseinrichtungen, wurde das Angebot der Impfteams auf alle von der STIKO empfohlenen Impfungen ausgeweitet.

- Die medizinische Grundversorgung der in der Einrichtung untergebrachten Geflüchteten war unzureichend.
- Lüftung und Temperatur waren oft nicht optimal zu steuern. Bei der Einrichtung der Unterkünfte lagen wenige Unterlagen aus vergangenen Situationen, vor allem der geflüchteten Krise 2015 vor, auch wenn es sich größtenteils um dieselben Akteure handelte. Hier ist es sinnvoll, für zukünftige Krisen dieser Art Vorbereitungen zu treffen, beispielsweise eine Liste von Einrichtungen, die in Frage kommt und wie hoch die Belegkapazität ist, Erstellung von Einrichtungsplänen inklusive Isolierbereich, Erstellung von Musterhygienepläne, etc. Die oben genannten Themen bedürfen der nachträglichen Evaluierung, um Lehren für zukünftige Ereignisse ziehen zu können.

Hepatitis C und B-, HIV-, und Syphilisprävalenz bei Menschen, die Drogen injizieren – Ergebnisse der Pilotierung eines nationalen Surveillancesystems

Autorinnen/Autoren G. Steffen, A. Krings, R. Zimmermann

Institut Abteilung für Infektionsepidemiologie, HIV/AIDS und andere sexuell und durch Blut übertragbare Infektionen, Robert Koch Institut, Berlin

DOI 10.1055/s-0043-1762699

Hintergrund & Ziel DRUCK 2.0 pilotiert ein zukünftiges Surveillancesystem für sexuell und durch Blut übertragbare Infektionskrankheiten bei Menschen mit injizierendem Drogenkonsum (IVD) in Deutschland. Dieses soll regelmäßig aktuelle Daten zu Prävalenzen und relevanten Verhaltens- und Versorgungsindekatoren liefern und damit die Grundlage für eine gezielte Anpassung von Präventions- und Kontrollmaßnahmen bilden. Regelmäßig erhobene differenzierte Daten sind notwendig, um die an die globalen Ziele der World Health Organization angelehnten nationalen Eliminationsziele für Hepatitis/HIV/STI bis 2030 zu erreichen.

Methoden Die Rekrutierung von IVD, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung mindestens 16 Jahre alt waren und während der letzten 12 Monate mindestens einmal Drogen injiziert hatten, erfolgte 2021/2022 durch niedrigschwellige Einrichtungen der Drogenhilfe und Substitutionspraxen in Berlin und Bayern im Rahmen ihrer Routinearbeit. Alle Teilnehmenden wurden aus Kapillarblut auf einer Trockenblutkarte auf Hepatitis B und C (HBV, HCV), HIV und Syphilis getestet. Außerdem füllten sie, falls nötig mit Unterstützung, einen Fragebogen zu Soziodemographie, Risikoverhalten sowie Testungs- und Behandlungserfahrung aus. Alle Teilnehmenden erhielten einen 10€-Einkaufsgutschein als Aufwandsentschädigung.

Ergebnisse Insgesamt haben sich zwischen Juni 2021 und April 2022 in Berlin und Bayern 20 niedrigschwellige Einrichtungen der Drogenhilfe und 3 Substitutionspraxen an der Studie beteiligt und Studienteilnehmende rekrutiert. In die Analysen konnten die Daten von N = 596 Teilnehmenden aus Berlin, Augsburg, Ingolstadt, München, Nürnberg, Regensburg und Würzburg eingeschlossen werden. Das mediane Alter lag bei 39 Jahren (Spanne: 17-66 Jahre), 68 % (404/595) waren männlich, und 22 % (131/596) außerhalb Deutschlands geboren, die Mehrheit davon in Osteuropa. 84 % (494/589) der Teilnehmenden gab an, während der letzten 30 Tage intravenös Drogen konsumiert zu haben. Von allen hatten 14 % (67/488) in den letzten 30 Tagen gebrauchte Spritzen und/oder Nadeln genutzt. Der Anteil von Personen in aktueller Opioidsubstitutionsbehandlung lag bei 61 % (357/582). Insgesamt hatten 77 % (451/584) der Teilnehmenden bereits Hafterfahrung und 38 % (167/443) gaben an, in Haft Drogen injiziert zu haben.

Die Prävalenz lag bei 73 % (432/591) für HCV-Antikörper, 27 % (160/591) für aktive HCV-Infektionen (mit positiver PCR), 17 % (99/583) für ausgeheilte HBV-Infektionen, 1,2 % (7/584) für aktive HBV-Infektionen (HBs Antigen positiv), 2,4 % (14/590) für HIV und 1,7 % (10/584) für ausgeheilte Syphilis-Infektionen.

Eine Testung auf HCV in der Vergangenheit gaben 93 % (547/590) aller Teilnehmenden an, eine Testung auf HIV 89 % (515/578). Von den Teilnehmenden mit HCV-Antikörpern wussten 85 % (362/427) von einer früheren/derzeitigen Infektion, davon gaben 58 % (194/333) eine frühere/derzeitige HCV-Therapie an. Von den Teilnehmenden mit einer HIV-Infektion wussten 85 % (11/13) von ihrer Infektion, alle von ihnen waren auch in Behandlung.

Schlussfolgerung Um die hohe Krankheitslast durch virale Hepatitiden und HIV unter IVD in Deutschland zu verringern und die Eliminationsziele zu erreichen, müssen Hürden sowohl zur Inanspruchnahme von Präventionsangeboten wie Maßnahmen der Schadensminimierung, Impfung, niedrigschwellige Testung als auch zum Zugang zu medizinischen HCV- und HIV-Versorgungsangeboten abgebaut werden. Das zukünftige Surveillance unterstützt dabei, den Eliminierungsprozess bei IVD in Deutschland fortlaufend zu beobachten und Anpassungen vorzunehmen. Es ermöglicht auch die internationale Berichterstattung. Eine bundesweite Ausrollung der Datenerhebung im Sinne einer nationalen Surveillance soll vorbereitet werden.

Maßnahmen der BZgA zu impfpräventablen STI – Zusammenarbeit als Grundlage einer gelingenden Prävention

Autorinnen/Autoren M. Gerlich¹, V. Lulei¹, C. Corsten¹, D. Meyer¹

Institut 1 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

DOI 10.1055/s-0043-1762700

Hintergrund Die Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV) und gegen das Hepatitis-B-Virus (HBV) werden von Eltern mit Kindern bis 13 Jahren als weniger wichtig eingestuft als die meisten anderen im Kindesalter empfohlenen Impfungen. Im Hinblick auf die HBV-Impfung zeigt sich sogar ein Rückgang in der Einschätzung der Wichtigkeit gegenüber 2018. Diese Einschätzungen spiegeln sich in den zu geringen HPV- und HBV-Impfquoten im Kindes- bzw. Jugendalter wider.

Auch in Teilgruppen, in denen eine HBV-Impfung im Erwachsenenalter aufgrund eines erhöhten Infektionsrisikos von der STIKO empfohlen wird, sind die Impfquoten unzureichend (RKI 2022). Hierzu gehören z. B. Menschen mit Migrationserfahrung aus HBV-Hochprävalenzländern, Männer, die Sex mit Männern (MSM) und zugleich häufig wechselnde Sexpartner haben sowie Menschen mit injizierendem Drogengebrauch.

Maßnahmen der BZgA Die BZgA informiert multimedial über sexuell übertragbare Infektionen (STI). Die HPV-Impfung wird schwerpunktmäßig im Rahmen der Initiative LIEBESLEBEN aufgegriffen, die sich insbesondere an jugendliche und junge Erwachsene richtet. Bei der HPV-Impfung werden aber auch Eltern von Kindern zwischen 9 und 14 Jahren direkt angesprochen, über Social-Media-Maßnahmen, Pressearbeit und auf einer Unterseite des LIEBESLEBEN-Internetportals. Zudem gibt es Informationspakete zu verschiedenen STI (u. a. HPV-Impfung und Hepatitis-Virusinformationen), die in Zusammenarbeit mit dem RKI und (medizinischen) Fachgesellschaften speziell für das Setting ärztliche Praxis entwickelt wurden (Bereich Fachkräfte auf liebesleben.de) und auch von Einrichtungen des ÖGD abgerufen werden können. Zudem fördert die BZgA Maßnahmen der Deutschen Aidshilfe (DAH) zur Prävention von u. a. Hepatitis-Virusinfektionen in den oben genannten Teilgruppen im Rahmen einer langjährigen und bewährten Zusammenarbeit. Die enge Zusammenarbeit und der Fachaustausch zwischen Bundesbehörden, Gesundheitsämtern und Nichtregierungsorganisationen (NGOs, hier insbesondere die DAH) hat sich auch beim Affenpocken/MPX-Ausbruch 2022 bewährt. Affenpocken/MPX wurden beim Ausbruch 2022 vor allem als Schmierinfektionen beim Sex übertragen. Zu HBV- und HPV-Impfungen sowie über Affenpocken/MPX inklusive Impfung wird auch auf dem Infektionsschutzportal der BZgA (infektionsschutz.de) informiert.

Fazit Die Zusammenarbeit von öffentlichen Institutionen und NGOs ist die Grundlage einer gelingenden Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen. Gerade in Zeiten zahlreicher Fehlinformationen, vor allem in den Sozialen Medien, ist es notwendig, dass Menschen einen bedarfsgerechten Zugang zu

evidenzbasierten Informationen und zu regionalen Beratungs- und Versorgungsangeboten haben.

Horstkötter N, Desrosiers J, Müller U, Ommen O, Reckendrees B, Seefeld L, Stander V, Goecke M, Dietrich M (2021). Einstellungen, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen – Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2020 zum Infektionsschutz. BZgA-Forschungsbericht. Köln. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
Robert Koch-Institut (2022). Welt-Hepatitis-Tag: Virushepatitis B und D im Jahr 2021. Epidemiologisches Bulletin 30 vom 28. Juli 2022.

HIV-Board Köln – Versorgung nicht krankenversicherter HIV-Patient*innen

Autorinnen/Autoren K. Baumhauer¹, J. Nießen²

Institute 1 Aidskoordination Stadt Köln, Gesundheitsamt Köln, Köln;

2 Leitung Gesundheitsamt Stadt Köln, Köln

DOI 10.1055/s-0043-1762701

Hintergrund Aus dem Infektionsschutzgesetz und dem ÖGD Gesetz (NRW) leitet sich die Aufgabe ab, die Versorgung von Menschen in prekären Lebenslagen im Blick zu halten sowie Infektionsketten zu durchbrechen. Aufgabe des ÖGD's ist es auch im Rahmen der Aidskoordination (NRW-ÖGD-Gesetz) HIV-Präventionsangebote zu koordinieren und Bedarfe zu analysieren.

Menschen mit HIV und anderen schwerwiegenden, teils lebensbedrohlichen Erkrankungen die keine oder unklare Krankenversicherungen haben docken in den zuständigen ÖGD-Beratungsstellen an und stellen diese vor eine enorme strukturelle und ethische Herausforderung. Diese Fälle zeigen jedes Mal aufs Neue das erschreckende Bild einer seit Jahren bekannten Versorgungslücke, die dringend geschlossen werden muss.

Aufgrund rechtlicher und/oder lebenssituationsspezifischer Bedingungen fallen die Betroffenen durch das Netz bestehender Versorgungsstrukturen. Diese Patient*innen-Fälle sind individuell sehr unterschiedlich und sehr komplex, weshalb die Vermittlung in eine medizinische Versorgung mit einem erheblichen und zum Teil unproduktiven Aufwand verbunden ist. Nicht selten gelingt eine adäquate Versorgung gar nicht, sodass Menschen mit bekannten HIV-Infektionen nur unzureichend medikamentös versorgt werden können.

Um in diesen Fällen ein schnelles ineinandergreifen der versorgenden Institutionen zu ermöglichen, hat Köln unter der Federführung der Aidskoordination des Gesundheitsamtes ein unbürokratisches interdisziplinäres Format etabliert, in dem durch eine regelmäßige Zusammenarbeit Betroffenen schneller geholfen werden kann.

Methode Das HIV-Board Köln ist eine Quartalsweise stattfindende Videokonferenzen kommunal beteiligter Institutionen:

Gesundheitsamt, Clearingstelle für Migration, große Kölner Kliniken (Infektiologie), HIV Schwerpunktpraxen, Aidshilfe

Ein interdisziplinärer und struktureller Austausch (Qualitätsmanagement)

Ein E-Mail-Verteiler über den die beteiligten Institutionen konkrete Patient*innen-Fälle schnell interdisziplinär anbinden und verteilen können.

Fazit Der Kölner Ansatz auf kommunaler Ebene die Vernetzung und das Ineinandergreifen der Versorgungsstrukturen zu optimieren soll modellhaft vorgestellt werden und eine Diskussionsgrundlage stellen.

Seit anderthalb Jahren Bestehens des HIV-Boards konnte bereits rund 40 Menschen in Köln geholfen werden, die HIV-positiv sind und mangels Versicherungsschutzes keinen Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten haben. Dazu gehörten zum Beispiel Geflüchtete aus der Ukraine, Menschen ohne geklärten Aufenthaltstitel, Wohnungslose oder aus der JVA Entlassene und Menschen mit Suchterkrankungen, die sich hilflos in der anonymen Sprechstunde des Fachdienstes für Sexuell übertragbare Krankheiten (STI) im Kölner Gesundheitsamt oder der Clearingstelle für Migration melden. Dank des schnellen ineinandergreifen der Institutionen und der interdisziplinären Zusammenarbeit kann den Betroffenen schneller geholfen werden. Trotzdem fehlt es dringend an einer bundesweiten strukturellen Gesamtlösung um für Menschen

ohne Krankenversicherung den Zugang zu HIV-Medikamenten sicherzustellen und so dem ethischen Selbstverständnis und dem in der Bundesstrategie Bis 2030 formulierten Ziel gerecht zu werden, HIV und andere Infektionen, vor allem aber Spätdiagnosen und das Vollbild Aids zu vermeiden.

Milchziegen als Sentinels zur Risikobewertung alimentärer Infektionen mit dem Virus der Frühsommer-Meningoenzephalitis in Baden-Württemberg

Autorinnen/Autoren I. Hernando¹, J. Skuballa¹, Y. Regier¹, H. Buchholz¹, S. Haack¹, G. Dobler², J. Tyczka¹

Institute 1 Chemisches und Veterinäruntersuchungsamt (CVUA), Karlsruhe; 2 Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr (IMB), München
DOI 10.1055/s-0043-1762702

Einleitung Neben der Übertragung des Frühsommer-Meningoenzephalitis-Virus (FSMEV) durch Zeckenstiche ist auch die alimentäre Übertragung über den Verzehr von Rohmilch beim Menschen bekannt. Im Jahr 2016 wurden in Baden-Württemberg zwei Fälle einer FSME-Erkrankung beim Menschen gemeldet, die mit dem Verzehr unpasteurisierter Ziegenmilch in Verbindung gebracht werden konnten [1]. Ziel unserer Studie war es, die Eignung von weidenden Milchziegen als Sentinels für das FSMEV zu prüfen, kleinräumige Naturherde („Hotspots“) zu identifizieren und das alimentäre Infektionsrisiko für den Menschen besser abschätzen zu können.

Material und Methoden Mittels ELISA wurden 1941 Ziegenserumproben von 20 baden-württembergischen Milchziegenbetrieben mit Weidehaltung auf das Vorhandensein von FSME-Antikörpern untersucht. Auf der Grundlage der Screening-Ergebnisse wurde ein Betrieb für weitere Untersuchungen ausgewählt und die Seren der gesamten Herde in den Jahren 2018 und 2020 untersucht. Positive und fragliche Ergebnisse wurden durch einen Serumneutralisationstest als „Goldstandard“ für den FSME-Antikörpernachweis bestätigt. Sammelmilchproben der Herde wurden von Juni 2020 bis November 2020 gezogen und Zecken (*Ixodes ricinus*) auf den Wiesen des Betriebs geflaggt. Zum direkten Nachweis des FSMEV wurde die RNA aus der Milch und den Zecken extrahiert und eine FSMEV-PCR durchgeführt.

Ergebnisse In Seren von vier der untersuchten Betriebe wurden Antikörper gegen das FSMEV nachgewiesen. Der für die weitere Untersuchung ausgewählte Betrieb befand sich in einem bekannten Hotspot [1]. Die Seroprävalenz innerhalb der Herde betrug in diesem Betrieb 47 % im Jahr 2018 und 33 % im Jahr 2020. Die Seroinzidenz lag bei 15 % (3/20) über 2 Jahre. In den untersuchten Milchproben konnte kein FSMEV (RNA) nachgewiesen werden, jedoch konnten wir den serologisch vermuteten Hotspot durch das Vorhandensein von FSMEV (RNA) in den in der Umgebung des Hofes gesammelten Zecken bestätigen.

Diskussion Unsere Studie bestätigte und erweiterte unser Wissen über den in Baden-Württemberg befindlichen FSME-Naturherd, durch den kombinierten Ansatz des Screenings von weidenden Milchziegen auf FSME-spezifische Antikörper und der Untersuchung der lokalen Zeckenpopulation auf das FSMEV. Die Ergebnisse unserer Studie zeigen, dass sich der Naturherd im Laufe der Jahre weiter etabliert hat und nach wie vor ein potenzielles Risiko für die öffentliche Gesundheit besteht. Die ermittelte Seroinzidenz und die Ergebnisse der Milchuntersuchung lassen die Hypothese zu, dass das Risiko einer Infektion mit FSMEV über die Milch selbst in einem Naturherd relativ gering ist. Nichtsdestotrotz ist die Pasteurisierung der Milch nach wie vor wichtig, um ein alimentäres Infektionsrisiko auszuschließen zu können.

[1] Brockmann SO et al. Euro Surveill 2018; 23 (15): 17–00336. doi:10.2807/1560-7917.ES.2018.23.15.17-00336

Der Affenpockenausbruch 2022 – eine neue Herausforderung für das öffentliche Gesundheitswesen

Autorinnen/Autoren S.Toya Kröger¹, M.C. Lehmann¹, M. Treutlein¹, A. Fiethe¹, A. Kossow^{1,2}, A. Küfer-Weiß¹, J. Nießen¹, B. Grüne¹

Institute 1 Gesundheitsamt Stadt Köln, Infektions- u. Umwelthygiene, Köln; 2 Institut für Hygiene, Universitätsklinikum Münster, Münster
DOI 10.1055/s-0043-1762703

Hintergrund Mit dem internationalen Ausbruch der Affenpocken im Mai 2022 ist eine weitere, bisher für Europa untypische Infektionskrankheit aufgetreten. Ziel dieser Studie war es, einen umfassenden Überblick auf der Grundlage der vom Gesundheitsamt der Stadt Köln erhobenen Daten zu geben.

Methoden In diese retrospektive Beobachtungsstudie wurden 368 Personen eingeschlossen, die dem Kölner Gesundheitsamt als PCR-positiv für Affenpocken gemeldet wurden. Die Daten wurden in strukturierten Telefoninterviews über den gesamten Zeitraum der Isolation erhoben und digital aufbereitet.

Ergebnisse In Köln wurde die erste mit Affenpocken infizierte Person am 24. Mai 2022 registriert. Der lokale Ausbruch dauerte etwa 4 Monate an und erreichte seinen Höhepunkt im Juli. Der letzte gemeldete Fall in Köln trat am 17. September auf.

99,7 % der betroffenen Personen konnten dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden. Die Übertragungen erfolgten überwiegend durch sexuelle Kontakte (67,4 %) oder andere enge Körperkontakte (4,6 %) zwischen Männern, aber auch durch gemeinsam genutzte Gegenstände, im Rahmen von Veranstaltungen oder im Arbeitsumfeld. In 21,5 % der Fälle wurde der Infektionsweg als unbekannt angegeben. Die mittlere Inkubationszeit betrug 8,2 Tage.

Klinisch zeigten sich Affenpockeninfektionen in der Regel mit Haut- und/oder Schleimhautläsionen, die von allgemeinen Symptomen begleitet wurden. In 74,8 % der Fälle gab es kein Prodromalstadium. Der Ausschlag begann häufig unspezifisch, durchlief im weiteren Verlauf die typischen Stadien. Die meisten Infektionen klangen unter häuslicher Pflege spontan ab, in 3,5 % der Fälle war jedoch ein stationärer Krankenhausaufenthalt erforderlich.

Schlussfolgerungen Die meisten Übertragungen erfolgten durch sexuellen Kontakt. Obwohl die Mehrzahl der Infektionen in Köln die MSM-Community betraf, gab es auch Fälle außerhalb dieses Kontextes. Die beobachtete durchschnittliche Inkubationszeit war kürzer als ursprünglich angenommen. Eine Ausbreitung auf Schleimhäuten und die damit verbundenen Symptome traten in einer relevanten Anzahl von Fällen auf und führten teilweise zu schwereren klinischen Verläufen. Bei unklarem Hautausschlag oder Symptomen, die auf eine Schleimhautbeteiligung hindeuten, sollten Affenpocken als Differentialdiagnose in Betracht gezogen werden.

Die in den Gesundheitsbehörden gesammelten Daten lieferten wichtige Informationen zum klinischen Verlauf und für die Anpassung der Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens gegen die Ausbreitung der Affenpocken in der Bevölkerung.

Wie der Affenpockenausbruch 2022 und auch die Covid-19-Pandemie gezeigt haben, wird ein reaktionsfähiges und gut organisiertes öffentliches Gesundheitssystem für die Bewältigung künftiger Ausbrüche bekannter oder unbekannter Infektionskrankheiten entscheidend sein.

Umsetzung des Masernschutzgesetzes im LK Reutlingen – Chancen und Herausforderungen

Autorinnen/Autoren B. Faiß¹, E. Loidl¹, L. Eichner¹, C. Schlegel¹

Institut 1 Landratsamt Reutlingen, Kreisgesundheitsamt, Reutlingen
DOI 10.1055/s-0043-1762704

Einleitung Im März 2020 trat das Masernschutzgesetz in Kraft, welches den Impfschutz gegen Masern in der deutschen Bevölkerung fördern soll. Die Nachweispflicht eines vollständigen Impfschutzes gegen Masern besteht für alle Personen, die nach 31.12.1970 geboren wurden und in Kindertageseinrichtungen

gen oder Schulen betreut oder in Flüchtlingsunterkünften untergebracht sind. Des Weiteren gilt diese Nachweispflicht für alle Personen, die in Kindertageseinrichtungen, Schulen, Flüchtlingsunterkünften oder medizinischen Einrichtungen beschäftigt werden. Die Übergangsfrist für die Erbringung der Nachweispflicht wurde im Rahmen der COVID-19-Pandemie durch den Gesetzgeber mehrfach verschoben und ist zuletzt am 31.07.2022 abgelaufen. Im Folgenden wird ein Überblick über den Impfstatus der betroffenen Personengruppen im Landkreis Reutlingen gegeben.

Methoden Die fehlenden Impfnachweise der betroffenen Personen wurden durch die Leitungen der Einrichtungen nach § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) dem Kreisgesundheitsamt gemeldet. Die so gemeldeten Personen wurden vom Kreisgesundheitsamt erfasst und einzeln angeschrieben, mit der Aufforderung, ihren Masernimpfnachweis der jeweiligen Einrichtung vorzulegen (Frist 8 Wochen). Parallel wurden die betroffenen Einrichtungen über das Vorgehen des Kreisgesundheitsamtes informiert, mit der Bitte dem Kreisgesundheitsamt mitzuteilen, falls die betroffenen Personen dieser Nachweispflicht nicht fristgerecht nachgekommen sind.

Ergebnisse Bisher hat das Kreisgesundheitsamt von 51/111 Schulen (45,9 %) und 11/228 Kindergärten (4,8 %) Meldungen fehlender Impfnachweise erhalten. Von 4/9 (44,4 %) angeschriebenen Lehrer*innen und von 112/319 (35,1 %) Schüler*innen wurde ein entsprechender Impfnachweis nachgereicht. Von 15/26 (57,7 %) angeschriebenen Erzieher*innen und 3/6 (50 %) Tagesmüttern und -vätern, sowie von 4/7 (57,1 %) angeschriebenen Kindergartenkindern wurde ein Impfnachweis nachgereicht. Von 3/7 Kliniken (42,5 %) im LK Reutlingen wurden 44 Angestellte ohne Impfnachweis gemeldet. Davon reichten 19 (43,2 %) einen vollständigen Impfschutz nach. Von sonstigen betroffenen medizinischen Einrichtungen hat das Kreisgesundheitsamt keine Meldungen erhalten. Bisher wurden 101/1299 (7,8 %) Geflüchtete aus 10/43 (23,3 %) Gemeinschaftsunterkünften im Landkreis Reutlingen ohne Impfnachweis gegen Masern gemeldet. Insgesamt wurde von 157/480 (32,7 %) angeschriebenen Personen ein Impfnachweis erbracht.

Diskussion Die Umsetzung des Masernschutzgesetzes stellt einen nicht zu unterschätzenden Aufwand für die betroffenen Einrichtungen und zuständigen Gesundheitsämter dar. Oft waren Impfdokumente unleserlich oder für die Einrichtungen – insbesondere in fremdsprachlicher Fassung – nicht interpretierbar und wurden deshalb dem Kreisgesundheitsamt zum Übersetzen und Interpretieren überreicht. Die in relevanter Anzahl eingetroffenen verzögerten Meldungen der Einrichtungen können mit einer mehrfachen Verschiebung der Frist zusammenhängen. Vor allem eine Erfassung des Impfschutzes im Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete stellt, unter Anbetracht der bestehenden Flüchtlingswelle, eine besondere Herausforderung dar. Die eingehenden Meldungen geben ein erstes Bild des Masernimpfschutzes in den Einrichtungen. Bestehende Meldeversäumnisse könnten durch ein aktives Anschreiben der bisher nicht meldenden Einrichtungen geschlossen werden, um bestehende Impflücken sicher erfassen zu können.

Gründung der ersten deutschen Tuberkulose Fürsorgestelle in Halle (Saale) 1899 – Die Geschichte der Tuberkulose und der Gesundheitsämter

Autorinnen/Autoren O. Bock-Hensley¹, R. Schulz², C. Denking³, C. Gröger⁴

Institute 1 Tuberkulose-Museum Heidelberg, Dossenheim; 2 Tuberkulose-Museum Heidelberg, Heidelberg; 3 Universitätsklinikum Heidelberg, Sektion Infektions- und Tropenmedizin, Heidelberg; 4 Gesundheitsamt der Stadt Halle (Saale), Stadt Halle (Saale), Fachbereich Gesundheit, Halle (Saale)

DOI 10.1055/s-0043-1762705

Einleitung Um die Wende des 20. Jahrhunderts war die Volksseuche Tuberkulose auf ihrem Höhepunkt. Das Leid der meist proletarischen Erkrankten war unermesslich. Die Kritik an der Heilstättenbewegung, die durch Hermann Brehmer (1826-1889) und Peter Dettweiler (1837-1904) seit ca. 1860 initiiert

worden war, wurde zunehmend lauter. Nach einem Heilstättenaufenthalt kehrten die Patienten in ihr altes Milieu, ins soziale Elend zurück. Die Ursache der Erkrankung bestand fort. Es fehlte an Nachsorge. Bei Rezidiven oder schweren Verläufen wurde die Wiederaufnahme verweigert.

Material und Methode 1899 wurde die erste deutsche Tuberkulose-Fürsorgestelle in Halle (Saale) als „Ankunfts- und Fürsorgestelle für Lungenkranke“ von Stadtrat Ernst Pütter (1864-1942) gegründet. Einem speziell ausgebildeten Tuberkulose-Fürsorgearzt oblag die klinische und radiologische Untersuchung der aus den Heilstätten Entlassenen. Er veranlasste die Untersuchung von Kontaktpersonen und führte Röntgenreihenuntersuchungen durch. Beim nicht-ärztlichen Personal stand die Heimfürsorgeschwester an erster Stelle. Im ständigen Austausch mit den Erkrankten, auch in deren Wohnung, „kümmerte sie sich um alles“: Wohnungsdesinfektion, Sanierung der Wohnung nach hygienischen Standards, Aufklärung zur Vermeidung einer weiteren Infektionsausbreitung, Gewährung von Ernährungshilfen, Kinderbetreuung und berufliche Wiedereingliederung.

Ergebnisse Das Konzept der Tuberkulose-Fürsorgestellen war erfolgreich. 1905 gab es in Deutschland 42, in 1938 dann 1.000 Haupt- und 500 Nebeneinstellen. Karl-Heinz Blümel (1880-1934) war der bedeutende Tuberkulosefürsorge-Arzt, der in Halle (Saale) ab 1912 bis zu seinem Tode 1934 eine intensive und zielgerichtete Aufbauarbeit leistete. Er führte u.a. Fortbildungskurse für Ärzte und Fürsorgeschwestern durch. Während alle Fürsorgestellen in der Zeit des Nationalsozialismus am 1.4.1935 in staatliche Gesundheitsämter umgewandelt und gleichgeschaltet wurden, blieb in Halle der „Tuberkuloseverband e.V.“ bis 1946 bestehen. Die Grundlage für die Gleichschaltung der Tuberkulose-Fürsorgestellen in staatliche Gesundheitsämter wurde mit dem „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ 1934 geschaffen.

Fazit Erst durch die Einführung der Antibiotika um 1950 ist die Tuberkulose heilbar. Deutschland ist heute ein Niedriginzidenzland. Weltweit sterben jährlich ca. 1,5 Mill. Menschen in Hochendemieländern an der Tuberkulose, weil sie in ihrem Land keinen Zugang zu Diagnostik und Therapie haben. Die Geschichte der Tuberkulose wird erst beendet sein, wenn mit effektiven Mitteln (Diagnostika, Therapeutika und Impfung) die Tuberkulose ausgerottet werden kann.

SARS-CoV-2-Forschung am Gesundheitsamt während der Pandemie – Ausgewählte Ergebnisse und Lessons learnt

Autorinnen/Autoren B. Lamp^{1,2}

Institute 1 Gesundheitsamt Regensburg, Regensburg; 2 Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin, Universität Regensburg, Universitätsklinikum, Regensburg

DOI 10.1055/s-0043-1762706

Hintergrund Innerhalb der letzten 2,5 Jahre konnte unter Beteiligung des Gesundheitsamtes Regensburg eine Serie von wissenschaftlichen Publikationen zu SARS-CoV-2/COVID-19 veröffentlicht werden.

Methode Im Rahmen des Vortrags werden die zu Grunde liegenden Forschungsfragen, ihr Bezug zur praktischen Arbeit des ÖGD im Infektionsschutz und die Umsetzung in Kooperation mit externen Institutionen thematisiert sowie ausgewählte Ergebnisse präsentiert.

Ergebnisse Es werden Ergebnisse u.a. aus folgenden Arbeiten präsentiert: Vollständige deskriptive Analyse der ersten Infektionswelle in Regensburg [1], Untersuchung zu Determinanten der Infektiosität von SARS-CoV-2 [2], Problematik der Zuordnung der Todesursache bei im Zusammenhang mit SARS-CoV-2-Infektion Verstorbenen [3].

Diskussion Dargestellt wird, welche Konsequenzen unsere Ergebnisse auf die praktische Arbeit des ÖGD hatten oder hätten haben können. Darüber hinaus soll ein Ausblick gegeben werden, welche Möglichkeiten die wissenschaftliche Profilbildung des ÖGD und die Einbindung der Gesundheitsämter in wissenschaftliche Arbeiten in Zukunft bieten kann, dies insbesondere auch vor dem Hintergrund der Nachwuchsakquise für den ÖGD.

[1] Lampl BM, Buczovsky M, Martin G et al. Clinical and epidemiological data of COVID-19 from Regensburg, Germany: a retrospective analysis of 1084 consecutive cases. *Infection* 2021; 49 (4): 661–669. doi:10.1007/s15010-021-01580-2 Epub 2021 Mar 5. PMID: 33666894; PMCID: PMC7934115

[2] Buder F, Bauswein M, Magnus CL et al. Contribution of High Viral Loads, Detection of Viral Antigen and Seroconversion to Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infectivity. *J Infect Dis* 2022; 225 (2): 190–198. doi:10.1093/infdis/jiab415 Erratum in: *J Infect Dis*. 2022 Jul 23; PMID: 34427652; PMCID: PMC8513404

[3] Lampl BM, Lang M, Jochem C et al. COVID or not COVID: attributing and reporting cause of death in a community cohort. *Public Health* 2022; 205: 157–163. doi:10.1016/j.puhe.2022.02.008 Epub 2022 Mar 11. PMID: 35287022; PMCID: PMC8916663

Schwere akute Hepatitis ungeklärter Ätiologie bei Kindern in UK: In Deutschland keine Fallhäufung zwischen Mai und Oktober 2022

Autorinnen/Autoren A.-L. Behnke¹, J. Enkelmann¹, R. Zimmermann¹, M. Faber¹

Institut ¹ Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Berlin
DOI 10.1055/s-0043-1762707

Hintergrund Im April 2022 benachrichtigte das Vereinigte Königreich (UK) die Weltgesundheitsorganisation (WHO) über eine unerwartete Häufung von Fällen schwerer akuter Hepatitis ungeklärter Ätiologie in Schottland bei zuvor gesunden Kindern unter 10 Jahren. Von insgesamt 280 Fällen in UK entwickelten 69 ein akutes Leberversagen und benötigten intensivmedizinische Versorgung, 14 Fälle benötigten eine Lebertransplantation (Stand 28.10.2022, (1)). Die initiale Hypothese zur Ätiologie war eine schwer verlaufende Adenovirusinfektion. Ein Team am Robert Koch-Institut (RKI) untersuchte die Frage, ob auch in Deutschland mehr Fälle auftraten, als zu erwarten waren.

Methoden Wir verfolgten drei methodische Ansätze. Es erfolgten 1) Abfragen bei verschiedenen pädiatrischen und hepatologischen Fachgesellschaften, ob in den Kliniken vermehrt Fälle von schwerer Hepatitis ungeklärter Ätiologie im Kindesalter behandelt wurden. 2) Die Ärzteschaft wurde aufgefordert, nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) §6 Absatz 1 Nr. 1 e) sowie §6 Absatz 1 Nr. 5 (Verdachts-)Fälle von schwerer akuter Hepatitis (Transaminasen > 500U/l) mit Adenovirus-Nachweis oder ungeklärter Ätiologie bei Kindern bis 16 Jahren an die lokalen Gesundheitsämter zu melden. 3) Zur Bestimmung einer Baseline erhob das RKI von den pädiatrischen Lebertransplantationszentren in Deutschland (n = 8) die Fallzahlen von pädiatrischem akutem Leberversagen (pALV) mit Listung zur Lebertransplantation, erfolgter Lebertransplantation bzw. Todesfolge retrospektiv für die Jahre 2017 bis 2021. Um frühzeitig einen etwaigen Anstieg der Fallzahlen zu erkennen, wurden darüber hinaus prospektiv monatliche Fallzahlen von schwerer akuter Hepatitis mit Adenovirus-Nachweis oder ungeklärter Ätiologie sowie die Fallzahlen von pALV erhoben.

Ergebnisse Die Abfrage bei klinischen Fachgesellschaften (ad 1)) ergab keine ungewöhnliche Häufung von Fällen schwerer akuter Hepatitis mit Adenovirus-Nachweis oder ungeklärter Ätiologie in den pädiatrischen Leberzentren in Deutschland seit April 2022. Über den Meldeweg (ad 2)) wurden im Zeitraum von 19.04.2022 bis 31.10.2022 vereinzelte Fälle übermittelt, welche sehr heterogen bezüglich erfolgter Diagnostik und Vor-/ Grunderkrankungen waren. Aus 7 pädiatrischen Lebertransplantationszentren (ad 3)) wurden für die Jahre 2017 bis 2021 insgesamt 1-9 pALV-Fälle pro Jahr berichtet. Eine retrospektive Zusammenstellung der Fallzahlen schwerer akuter Hepatitis ungeklärter Ätiologie ohne Leberfunktionsstörung war nicht möglich. Im Zeitraum vom 24.05.-30.10.2022 wurden aus 7 Zentren insgesamt 4 Fälle von pALV im Zusammenhang mit akuter schwerer Hepatitis ungeklärter Ätiologie berichtet; in keinem der Fälle wurde Adenovirus nachgewiesen. In 5 der 16 berichteten Fälle von schwerer akuter Hepatitis ohne Leberfunktionsstörung wurde Adenovirus nachgewiesen [1].

Schlussfolgerungen Nach den vorliegenden Daten und Einschätzung der klinischen Expertinnen und Experten war Deutschland von der in UK beobachte-

ten Häufung von Fällen schwerer akuter Hepatitis mit Adenovirus-Nachweis oder ungeklärter Ätiologie bei Kindern nicht betroffen (Stand 31.10.2022). Allerdings beruht diese Einschätzung insbesondere auf den Fällen sehr schwerer Hepatitis mit pALV, die in den pädiatrischen Lebertransplantationszentren behandelt werden. Eine genaue Bestimmung der Hintergrundaktivität und damit die Einstufung der prospektiv erhobenen Fallzahlen und der nach IfSG gemeldeten Fälle bleibt eine Herausforderung. Die enge Zusammenarbeit zwischen Akteurinnen und Akteuren aus der Klinik und dem öffentlichen Gesundheitsdienst ist bei der Untersuchung einer fraglichen Fallhäufung ohne bereits vorhandenes Surveillance-System von großer Bedeutung. Perspektivisch können auch Daten aus im Aufbau befindlichen Surveillance-Systemen wie die pädiatrische Notaufnahmesurveillance und Abrechnungsdaten basierend auf ICD-10-Codes hilfreiche Informationen liefern. Die aktive Surveillance wird zunächst bis Ende 2022 fortgeführt.

Acknowledgement Wir möchten uns herzlich bei den klinischen Expertinnen und Experten der pädiatrischen Lebertransplantationszentren in Berlin, Bonn, Essen, Hamburg, Hannover, München, Regensburg und Tübingen für die gute Zusammenarbeit bedanken.

[1] European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. Hepatitis of Unknown Aetiology in Children, Joint Epidemiological overview, 28 October, 2022. [accessed on 28 October, 2022]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/hepatitis/joint-hepatitis-unknown-origin-children-surveillance-bulletin>

Pilotprojekt Hygienestandards in Corona-Testzentren Landkreis Reutlingen

Autorinnen/Autoren S. Bayerl, K. Krieger, J. Ehrismann, L. Eichner, C. Schlegel
Institut Landratsamt Reutlingen, Kreisgesundheitsamt, Reutlingen
DOI 10.1055/s-0043-1762708

Einleitung Corona-Testzentren führen im Landkreis Reutlingen monatlich zwischen 50.000 – 250.000 Antigen-Schnelltests auf SARS-CoV-2 durch. Sie unterliegen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) §36 und der Hygiene-Verordnung Baden-Württemberg der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt. Um Aussagen über die Qualität der Hygienestandards in Corona-Testzentren im Landkreis Reutlingen machen zu können, wurde dieses Projekt ins Leben gerufen. Ziel war es, die Qualität der Hygienestandards anhand 30 zufällig ausgewählter Corona-Testzentren zu erfassen. Über eine Checkliste mit den wichtigsten Parametern der Hygieneverordnung sollte dann eine Auswertung erfolgen.

Methoden Das Kreisgesundheitsamt Reutlingen führte im Juni 2022 in 30 zufällig ausgewählten Corona-Testzentren angekündigte Hygienebegehungen durch.

Für die Datenerfassung der Qualitätsüberprüfung wurde eine Checkliste mit den wichtigsten Parametern der Hygiene-Verordnung erstellt: Hygieneplan (max. 3 Punkte), Händehygiene (max. 5), Anwendung Corona-Tests (max. 4), Persönliche Schutzausrüstung (max. 2), Bauhygiene (max. 5), Meldewege nach IfSG (max. 2). Über ein Punktesystem erfolgte die Bewertung der Hygienestandards. Maximal konnten 21 Punkte erreicht werden. Die Staffellung der Ergebnisse wurde in einem Ampelsystem dargestellt. grün 21-15 Punkte., gelb 14-8 Punkte., rot 7-0 Punkte.

Ergebnisse 66,67 % aller Corona-Testzentren haben mehr als 14/21 Punkte erreicht und wurden somit der Ampelfarbe Grün zugeordnet, 30 % gelb (>7/21 Punkte) und 3,33 % rot (<7/21 Punkte).

Einrichtungen mit unsererseits erwartet hohem Verständnis von Hygienestandards (Apotheken) erreichten nicht mehr Hygienepunkte als andere Corona-Testzentren.

Bei den folgenden Parametern wurde die Ampelfarbe Grün erreicht:

- Hygieneplan: in 80 %
- Handhygiene: in 26,67 %, Hauptproblem: keine Verwendung von Originalgebinden, kein Anbruchdatum beim Händedesinfektionsmittel
- Testung: in 73 %, Hauptproblem: fehlende Temperaturkontrolle bei der Lagerung der Tests

- Persönliche Schutzausrüstung: in 90 %
- Bauhygiene: in 66 %, Hauptproblem: Barrierefreiheit und Einbahnstraßensystem sind oft nicht gegeben
- Meldewege nach IfSG § 7: in 23 %, Hauptproblem: fehlende DEMIS-Anbindung

Diskussion Die Gesamtauswertung ergab über alle Parameter hinweg eine hohe Qualität der Hygienestandards der Corona-Testzentren im Landkreis Reutlingen unabhängig von der beruflichen Qualifikation der Betreiber. Hygienestandards für den sicheren Ablauf der Testdurchführung zum Schutz der Bürger waren in hohem Maße gewährleistet. Schon bei Antragstellung für ein Corona-Testzentrum musste von den Betreibern gemäß Testverordnung ein Hygieneplan eingereicht werden. Durch anlassbezogene Begehungen konnte der Hygienestandard mancher Corona-Testzentren deutlich verbessert werden. Zur weiteren Verbesserung der Hygienestandards wird die regelmäßige Begehungen von Corona – Testzentren als sinnvoll erachtet.

Long COVID: Von der Wissenschaft zur Aufklärung

Autorinnen/Autoren F. Frentz¹, J. Gubernath², A. Rose¹, C. Peter¹

Institute 1 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln; 2 Robert Koch-Institut, Berlin

DOI 10.1055/s-0043-1762709

Die Coronapandemie zeigt, wie wichtig es ist, dass vertrauenswürdige Institutionen gute Wissenschaftskommunikation betreiben – insbesondere, wenn die Themen mit Unsicherheit behaftet sind. Im Kontext von Long COVID setzen die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Robert Koch-Institut (RKI) mit ihrem Informationsangebot genau hier an. Die Rolle der beiden Institutionen ist dabei komplementär. Während das RKI sich vornehmlich an das interessierte Fachpublikum wendet, bietet die BZgA Informationen für die breite Öffentlichkeit und Wegweiser für Betroffene.

Das RKI setzt in seinen Aktivitäten zu Long COVID einen besonderen Fokus auf die kontinuierliche Zusammenfassung wissenschaftlicher Erkenntnisse. Diese werden in umfassenden, systematischen Evidenzsynthesen und fortlaufend aktualisierten FAQ zu Long COVID zusammengeführt. Darüber hinaus erhebt das RKI auch Primärdaten. Dazu zählen u.a. die Antikörper-Studien "Corona-Monitoring-Lokal" (CoMoLo) und "Corona-Monitoring-Bundesweit" (CoMoBu) sowie eine Befragung der Haus- und Kinderärzteschaft zu ihren Erfahrungen und Informationsbedarfen in der Long COVID Versorgung. Ergebnisse und mehr Informationen zu seinen Aktivitäten bietet das RKI auch auf seiner Long COVID-Website www.rki.de/long-covid.

Die BZgA richtet sich insbesondere mit ihrer Landingpage www.longcovid-info.de an die Allgemeinbevölkerung, wobei Betroffene und Angehörige, Arbeitgebende und Arbeitnehmende sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Fokus stehen. Die Landingpage gibt relevante Informationen zu Long COVID, Informationsmaterialien wie Merkblätter und Infografiken sowie Hinweise auf wichtige Anlaufstellen und Hilfsangebote. longcovid-info.de wurde in enger Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie 14 Akteuren aus Forschung und Praxis erstellt und ist somit in seiner Art einzigartig. Die Informationen sind damit auch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst bei Beratungen und Anfragen von Bürgerinnen und Bürgern leicht zu finden und nutzbar.

Zielgerichtete Kommunikationsangebote zum Infektionsschutz für Bürgerinnen und Bürger: BZgA-Angebote als Unterstützung des ÖGD

Autorinnen/Autoren L. Seefeld¹, A. Rose¹, C. Peter¹

Institut 1 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

DOI 10.1055/s-0043-1762710

Hintergrund Eine große Bedeutung kommt dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) auf kommunaler Ebene im Bereich des Infektionsschutzes zu. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet dem ÖGD als

Multiplikator vor Ort entsprechende Unterstützung an. Dabei stehen der Bevölkerung beispielsweise über Hygieneinformationen und Impfpfehlungen bzw. -angebote eine breite Palette an Angeboten zur Verfügung.

Methoden Die verschiedenen Informationsangebote der BZgA für den ÖGD im Bereich Infektionsschutz werden beschrieben und vorgestellt. Wichtige Eckpfeiler sind dabei die Aufklärung über Präventionsmöglichkeiten wie Impfungen und persönliche Hygienemaßnahmen, sowie die Sensibilisierung für bestimmte Infektionskrankheiten.

Ergebnisse Die BZgA entwickelt fortlaufend neue zielgruppengerechte Angebote. Die umfassenden Aufklärungsangebote zu den allgemeinen Impfpfehlungen unter dem Motto „Wissen was schützt“ sind ein Herzstück in der BZgA-Kommunikation zum Infektionsschutz und werden z. B. über das Internetangebot www.impfen-info.de bereitgestellt. So stehen für den ÖGD u.a. Vortragsfolien und verschiedene Printmaterialien zur Verfügung.

Im Bereich der Händehygiene gehören beispielsweise die Aufkleber der BZgA zum richtigen Händewaschen neben den Waschbecken in vielen öffentlichen Gebäuden fest zum Inventar. Neben Bestehendem, wie den Erregersteckbriefen und Informationen zum Masernschutz, werden auch neu entwickelte interaktive Onlinetools (z.B. Coronaimpfcheck) und neue Downloadangebote vorgestellt. Diese Angebote sind über www.infektionsschutz.de abrufbar.

Dem ÖGD stehen neben klassischen Informationsmaterialien auch digitale Möglichkeiten wie die Einbindung der ständig aktualisierten FAQs auf den eigenen Internetseiten über einen sogenannten iframe zur Verfügung. Dieses Angebot kann im Rahmen der Krisenkommunikation wie zum Beispiel zu den Affenpocken, zu COVID-19 oder zur Grippeimpfung ad hoc und stets aktuell genutzt werden.

In den letzten Jahren lag der Fokus des Referats T2 – Infektionsschutz, Risikokommunikation und Krisenmanagement auf der Bewältigung der Coronapandemie. Daher hat die BZgA sich jetzt zum Ziel gesetzt, ihr bestehendes Infektionsschutzangebot hinsichtlich ihrer Aktualität und Bedarfsorientierung zu evaluieren. In diesen Prozess sollen in besonderem Maße auch die Bedarfe der Gesundheitsämter einfließen.

Diskussion Die Herausforderungen der Zukunft im Infektionsschutz nach der Coronapandemie sollen gemeinsam diskutiert werden. Dabei werden auch die wissenschaftlichen Ergebnisse aus den Bevölkerungsbefragungen der BZgA, sowie die Erfahrungen und Einschätzungen vor Ort mit einfließen. Der aktuelle Bedarf für weitere Unterstützung durch Online- und Offline-Informationsangebote der BZgA kann dabei klar benannt und strukturiert werden.

SARS-CoV-2 Bei Altenpflegeheimbewohnern 2020-2022 – deutlich leichtere Krankheitsverläufe 2022 als zu Beginn der Pandemie

Autorinnen/Autoren U. Heudorf¹, M. Förner², S. Kunz³, B. Trost⁴, K. Steul⁵

Institute 1 MRE-Netz Rhein-Main; 2 Hufeland-Haus, Frankfurt am Main;

3 August-Stunz-Zentrum, Frankfurt am Main; 4 Franziska-Schervier

Seniorenzentrum, Frankfurt am Main; 5 Johannes Gutenberg Universität, Mainz

DOI 10.1055/s-0043-1762711

Einleitung Altenpflegeheimbewohner zählen zu der höchsten Risikogruppe in der SARS-CoV-2-Pandemie. Zu Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie traten die Mehrzahl aller Todesfälle an oder mit SARS-CoV-2 in Altenpflegeheimen (APHs) auf. Nachfolgend wird der Frage der Auswirkungen der neuen Virus-Varianten und der Impfkampagne auf die Krankheitsschwere und case fatality rate bei Altenpflegeheimbewohnern nachgegangen.

Methode In vier Heimen in Frankfurt am Main mit insgesamt ca. 530 Bewohnerplätzen wurden alle in der Einrichtung auftretenden Fälle erfasst und dokumentiert (Geburts- und Diagnosedatum, Hospitalisierung und Tod, Impfstatus) und mit SPSS deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse Bis August 2022 wurden 366 Bewohner positiv auf SARS-CoV-2 getestet, 93 im Jahr 2020, 43 im Jahr 2021 und 230 im Jahr 2022. Der Anteil

der Hospitalisierungen nahm von 24,7% (2020) über 18,6% (2021) auf 8,3% (2022) ab, der Anteil der Todesfälle von 20,4% über 14,0% auf 1,7%. Im Jahr 2021 waren 53,5% der Infizierten geimpft (mindestens 2x), im Jahr 2022 waren 85,6% der Bewohner geimpft, 85% davon bereits „geboostert“. Die Hospitalisierungs- und Todesrate war bei den Ungeimpften signifikant höher als bei den Geimpften (Ungeimpfte 23,2% und 18,1%; Geimpfte 7,8% und 1,5%; KW Test $p = 0,000$); der Unterschied war unter dem Vorherrschen der Omikron-Variante im Jahr 2022 nicht mehr signifikant (Ungeimpfte 12,0% und 0%; Geimpfte 8,1% und 2,0%).

Diskussion und Schlussfolgerung 2020 kam es unter dem Wuhan-Wild-Typ in einem noch völlig ungeimpften Kollektiv zu schweren COVID-19-Krankheitsverläufen mit einer hohen Todesrate. Demgegenüber waren während der Omikronwelle bei den zumeist geimpften und geboosterten Altenpflegeheimbewohnern zwar viele Infektionen aber nur wenige schwere Verläufe und Todesfälle zu beobachten. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass zum einen die Altenpflegeheimbewohner nach Impfung und durchgemachten Infektionen nicht mehr „immunologisch naiv“ sind, zum anderen die Omikron-Variante deutlich weniger pathogen ist als der SARS-CoV-2-Wildtyp und die früheren Varianten. Vor diesem Hintergrund sollten – bei Beachtung einer guten Basishygiene nach KRINKO und der Impfeempfehlungen der STIKO – Schutzmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit geprüft und auf ein ethisch vertretbares Maß begrenzt werden, welches sowohl der Selbstbestimmtheit der Bewohner als auch dem notwendigen Schutz der Pflegenden Rechnung trägt.

Nach der Pandemie ist vor der Pandemie – Entwicklung zur digital gestützten Pandemiebewältigung am Beispiel des Gesundheitsamtes Friedrichshain-Kreuzberg

Autorinnen/Autoren B. Hoffmann, G. Schaal Moreno, Y. Touré, C.R. Müller, J. Fleckner, S. Graubner
Institut Gesundheitsamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin, Berlin
DOI 10.1055/s-0043-1762712

Hintergrund Die SARS-CoV-2-Pandemie hat Gesundheitsämter bundesweit vor zahlreiche Herausforderungen gestellt. Im Berliner Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg lagen die Fallzahlen gemäß den bundes- und landesweiten Dynamiken vergleichsweise höher (41.499 auf 100.000 Einwohner*innen, Stand 11/2022) mit gleichzeitig geringerer Covid-19-bedingter Sterberate (0,79 % vs. 1,36 %). In einem überdurchschnittlich dicht besiedelten Bezirk war und ist das dynamische Agieren des kommunalen Gesundheitsamtes entscheidend.

Strukturen und Prozesse Anpassungsfähige Strukturen und geeignete Prozesse mussten in folgenden Bereichen des Gesundheitsamtes vorgenommen werden:

Entgegennahme und Verarbeitung von Fall- und Labormeldungen

Ermittlung von Fällen und Kontaktpersonen

Untersuchungen und Befundmitteilung auf eine Infektion mit SARS-CoV-2
Quarantänenachverfolgung

Information und Beratung der Bürgerinnen und Bürgern

Öffentlichkeitsarbeit

Die Kommunikationswege bei Ermittlung und Quarantänenachverfolgung wurden von Fax- und papierbasierten im Wesentlichen auf elektronische Verfahren umgestellt, um trotz hoher Fallzahlen die wichtigsten Aufgaben des Gesundheitsamtes weiterhin schnell und umfassend bewältigen zu können. Entscheidende Anpassungen waren dabei u. a. der zügige Umstieg auf vorwiegend digitale Dokumentation mithilfe von SORMAS (X) und der Einsatz eines multimodalen digitalen Dokumentations- und Kommunikationssystems inklusive der automatisierten Nutzung der dadurch generierten Daten. Gestärkt wurde die Erreichbarkeit des Gesundheitsamtes durch eine Telefon-Hotline sowie die Kommunikation mit den Bürgerinnen und Bürgern durch eine stets aktuell gehaltene Homepage.

Wichtige Lernergebnisse Für eine effiziente und flexible Arbeitsweise erwies sich die prozessbezogene Struktur, die Standardisierung der Prozesse und die

Bildung von spezialisierten Teams im Pandemieteam als vorteilhaft. Die personelle Kontinuität in einem hauptamtlichen Pandemieteam befristeter Beschäftigter war essentiell, um die Kompetenzen im Team kontinuierlich weiterzuentwickeln. Teams für bestimmte Aufgaben (Bearbeitung der Meldungen aus Schulen und Kitas, Datenverarbeitung) schufen Entlastung für Meldeeingang und Ermittlung. Die Konzentration des Teams an einem Standort schuf weitere Effizienzgewinne. Damit war ein personell kleines Pandemieteam in der Lage, auch große Fallzahlen zu bearbeiten. Die digitale Kommunikation gewährleistete die zuverlässige Information der Bevölkerung und die kontinuierliche Erreichbarkeit des Gesundheitsamtes für anfragende Bürgerinnen und Bürger. Erkennbare Verbesserungspotenziale ergaben sich in den folgenden Bereichen: Mehrsprachigkeit der Kommunikation und Informationsangebote
Differenzierte und niederschwellige Informationsangebote vor Ort und über soziale Medien

Schulung der Mitarbeitenden des Pandemieteam (technische, fachliche, soziale/kommunikative Kompetenzen), standardisierte Einarbeitungen und Rotationen

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus der Pandemiebewältigung und der identifizierten Verbesserungspotenziale werden praktikable Prozess- und Strukturanpassungen für die Aufgaben des Gesundheitsamtes bei zukünftigen Pandemien abgeleitet.

saferKONSUM – Eine Querschnittsstudie zur Vergabe von Drogenkonsumutensilien als Maßnahme des Infektionsschutzes in Deutschland, 2021

Autorinnen/Autoren F. Hommes^{1,2,3}, R. Zimmermann¹, E. Neumeier⁴, A. Dörre¹, D. Schäffer⁵, A. Krings¹

Institute 1 Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin; 2 Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie (PAE) am Robert Koch-Institut, Berlin; 3 European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Sweden; 4 Institut für Therapieforschung, München; 5 Deutsche Aidshilfe, Berlin
DOI 10.1055/s-0043-1762713

Einleitung Um das Risiko einer Transmission von durch Blut übertragenen Infektionen beim injizierenden Drogengebrauch zu reduzieren, empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Rahmen der Schadensminimierung die Vergabe von jeweils 300 sterilen Nadeln und Spritzen pro drogeninjizierende Person pro Jahr. Ziel dieser Erhebung ist es, den aktuellen Stand in Deutschland in Bezug auf diese Zielvorgabe einzuschätzen und zu erfassen, welche Art und Anzahl weiterer Drogenkonsumutensilien im Jahr 2021 vergeben wurden.

Methoden Zwischen März und August 2022 führten wir eine Querschnittsbefragung unter niedrigschwelligen Einrichtungen und Trägern der Drogenhilfe in Deutschland durch. Die Art und Anzahl der ausgegebenen Drogenkonsumutensilien, das hierfür zur Verfügung stehende Budget sowie die Anzahl der im Jahr 2021 durch die Einrichtungen/Träger versorgten Personen wurden mittels Online- und papierbasiertem Fragebogen erfasst. Die Daten wurden deskriptiv statistisch ausgewertet.

Ergebnisse Die geschätzte Rücklaufquote betrug 30% (534 von 1760 versandten Fragebögen plus Schneeballverfahren). Von allen befragten Einrichtungen/Trägern bestätigten 204 Einrichtungen/Träger aus 15 Bundesländern die Vergabe von Drogenkonsumutensilien. Dies entspricht einer bestätigten Vergabe seitens mindestens einer Einrichtung/eines Trägers in 21% der Land- und 48% der Stadtkreise. Spritzen (97%), Nadeln (96%) und Vitamin C (90%) waren die am häufigsten vergebenen Utensilien für den injizierenden Drogenkonsum. Geschnittene Aluminiumfolie (79%) und Pfeifen (28%) für den inhalativen Konsum sowie Sniff Röhrchen (43%) für den nasalen Konsum wurden weniger häufig vergeben. Im Durchschnitt wurden 2021 von den antwortenden Einrichtungen/Trägern 127 Nadeln und 84 Spritzen pro drogeninjizierende Person vergeben, mit deutlichen regionalen Unterschieden. Fast ein Drittel der Einrichtungen/Träger schätzte das zur Verfügung stehende Budget als nicht aus-

reichend ein. Insgesamt standen den Einrichtungen/Trägern im Median 2000€ (Spanne: 0-195.000€) für die Vergabe von Drogenkonsumutensilien zur Verfügung.

Schlussfolgerungen Auf nationaler Ebene scheint Deutschland basierend auf diesen Ergebnissen aktuell deutlich von der Erreichung der WHO-Zielvorgaben entfernt zu sein. Die Datengrundlage ist jedoch dadurch limitiert, dass nicht aus allen Gebieten Angaben zur Konsumutensilienvergabe vorlagen. Um die entsprechenden Zielvorgaben zu erreichen, sollte Deutschland seine Programme zur Vergabe von Drogenkonsumutensilien ausweiten und die Aktivitäten zur Schadensminimierung intensivieren. Faktoren, die eine Vergabe von Drogenkonsumutensilien beeinflussen können, wie das zur Verfügung stehende Budget, die geographische Lage der Einrichtung und die Größe der Konsumierendenpopulation, deren Konsumverhalten, die Vergabeart und der Vergabeort sollten weiter untersucht werden. Entsprechende Erkenntnisse können dazu beitragen, Infektionen im Rahmen des Drogenkonsums zu reduzieren.

Medizintouristen – eine Quelle für importierte Pathogene. Eine Staturerhebung in NRW mit Schwerpunkt MERS-Coronavirus (MERSTour)

Autorinnen/Autoren A. Eykling-Singer, D. Kalhöfer, J. Schauer, A. Jurke
Institut Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, FG Infektionsepidemiologie, Bochum

DOI 10.1055/s-0043-1762714

Hintergrund und Zielsetzung Vor Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie wurden jährlich rund 250.000 ausländische Patientinnen und Patienten in deutschen Krankenhäusern behandelt, von denen etwa 45 % ausschließlich aufgrund der medizinischen Behandlung einreisten (Medizintouristen). Die meisten nicht-europäischen Medizintouristen stammten dabei aus den arabischen Golfstaaten und den Nachfolgestaaten der Sowjetunion. Im Projekt MERSTour soll am Beispiel des *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus* (MERS-CoV) das Importrisiko für Infektionserreger im Zusammenhang mit der Behandlung arabischer Medizintouristen untersucht werden. MERS-CoV ist ein respiratorisches, zoonotisches Virus, das im arabischen Raum weit verbreitet, in Deutschland aber nicht endemisch ist. Weiterhin soll das Importrisiko für multiresistente bakterielle Erreger durch arabische und russische Medizintouristen abgeschätzt werden. Ziel des Projekts ist es, Handlungsempfehlungen und Informationsmaterialien zu den krankenhaushygienischen Herausforderungen bei der Behandlung von Medizintouristen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst und für Krankenhauspersonal zu erstellen.

Methoden Das Projekt wird durch das Forschungsnetz Zoonotische Infektionskrankheiten des Bundesministeriums für Bildung und Forschung finanziert und besteht aus einem retrospektiven und einem prospektiven Studienteil. Im retrospektiven Studienteil werden im Rahmen einer multizentrischen Querschnittsstudie an vier Kliniken in Nordrhein-Westfalen die Infektionsschutzmaßnahmen bei der Aufnahme von arabischen und russischen Medizintouristen beschrieben und verglichen. Weiterhin werden Daten zur Anzahl der Medizintouristen, die in den teilnehmenden Kliniken 2017-2021 behandelt wurden, und zu Risikofaktoren für den Import von Infektionserregern ausgewertet. Der prospektive Studienteil baut auf den Ergebnissen des retrospektiven Teils auf und ist derzeit in Vorbereitung.

Ergebnisse des retrospektiven Studienteils: In den Jahren 2017-2019 wurden in den teilnehmenden Kliniken jährlich etwa 300 Patientinnen und Patienten von der arabischen Halbinsel und angrenzenden Regionen behandelt, 2020 und 2021 waren es nur noch 80-100 pro Jahr. Die Behandlung der Medizintouristen erfolgte in drei der Kliniken überwiegend stationär, in einer Klinik größtenteils ambulant. In allen Kliniken erfolgte bei Aufnahme arabischer und russischer Medizintouristen ein Screening auf Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus*, in drei Kliniken auch auf multiresistente Gramnegative Erreger (4MRGN). In einer Klinik wurde auf 4MRGN nur bei vorausgegangenem Kontakt

zu einer medizinischen Einrichtung untersucht. Eine Klinik führte zusätzlich ein Aufnahmescreening bezüglich Vancomycin-resistenter Enterokokken durch. Bei stationärer Behandlung wurden die Medizintouristen in allen Kliniken in der Regel präemptiv isoliert. Mit Beginn der Pandemie wurde das Aufnahmescreening in allen Kliniken auf SARS-CoV-2 erweitert. Zusätzliche Infektionsschutzmaßnahmen in Bezug auf MERS-CoV bei arabischen Medizintouristen erfolgten in keiner der Kliniken.

Interprofessionelle Koordinierung der medizinischen Versorgung bei SARS-CoV-2-Ausbrüchen in Pflegeheimen Best-Practice aus einem Landkreis in Deutschland

Autorinnen/Autoren B. Knorr¹, S. Stengel², M. Bentner², A. Arends³, A. Welker¹, A. Möhlenbruch¹, J. Szecsenyi²

Institute 1 Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis, Heidelberg; 2 Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg; 3 Hausärztliche Gemeinschaftspraxis Drs./NL Albertus Arends, Heidelberg

DOI 10.1055/s-0043-1762715

Hintergrund Bereits März 2020 gab es Berichte zu SARS-CoV-2-Ausbrüchen in Alten- und Pflegeheimen (APH) in Deutschland mit erheblicher Letalität, Schwierigkeiten in der Koordination der hausärztlichen Versorgung und unkoordinierten Hospitalisierungen. Vor diesem Hintergrund wurde im März 2020 in Kooperation von Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg, Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis, welches auch für die Stadt Heidelberg zuständig ist, (102 APH mit insgesamt 7334 Plätzen) und dem Vertreter der Kreisärzteschaft (631 Hausärzte) ein Konzept zur Koordinierung der hausärztlichen Versorgung in APH entwickelt, um die medizinische Versorgung der Heimbewohnenden sicher zu stellen und vermeidbare Hospitalisierungen zu verhindern.

Methoden/ Projektbeschreibung Die Einrichtung der Koordinierungsstelle „Alten- und Pflegeheime-Hausärzte“ mit eigener Telefonnummer und Mailadresse erfolgte im März 2020 in der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung mit 24/7-Erreichbarkeit für Ärzt*innen und Heimleitungen. Das Konzept zur Ausbruchsbekämpfung und Koordinierung der hausärztlichen Betreuung im COVID-19-Ausbruch beinhaltete folgende Abläufe:

Das Gesundheitsamt stellt den SARS-CoV-2-Ausbruch fest und informiert die Koordinierungsstelle. Die Koordinierungsstelle erfragt die versorgenden Hausärzt*innen und schließt diese mit den weiteren Akteuren (Heimleitung, Gesundheitsamt) in einer Ad-hoc-Telefonkonferenz zusammen. Hier erfolgt ein Austausch nach Protokollvorlage mit folgenden Items: Lageberichte Gesundheitsamt/ Heimleitung/ Hausärzt*innen, Absprachen zur kontinuierlichen medizinischen Betreuung der Bewohnenden (Erstellung von Dienst-/Visitenplänen 7/7); Klärung der Dokumentation des Patientenwillens; Besprechung offener Fragen zur medizinischen Versorgung und Materialbedarf (Schutzkleidung, Pulsoximeter, Sauerstoffflaschen, Medikamentenvorrat); Klärung des Prozessablaufs bei Indikation zur Klinikeinweisung über die Koordinierungsstelle; zeitlicher Ausblick (Planung Testungen, Aufhebung Quarantäne). Je nach Ausbruchsverlauf wurden 1-2 weitere Telefonkonferenzen vereinbart. Auf Wunsch wurden Handlungsempfehlungen zur medizinischen Versorgung erstellt. Die Koordinierenden waren in den Krisenstab des stationären Sektors eingebunden und konnten diese Perspektive in die Austausch integrieren.

Ergebnisse Bei insgesamt 49 Pflegeheim-Ausbrüchen wurden von April 2020 bis März 2021 insgesamt 18 Telefonkonferenzen nach oben beschriebenem Konzept sowie 214 Telefonate seitens der Koordinierungsstelle durchgeführt. Im Rahmen einer im Januar 2021 durchgeführten SWOT-Analyse (strengths, weaknesses, opportunities, threats) der Koordinierenden ergaben sich u.a. folgende Themen: 1. Als Stärken wurden das Gefühl von Unterstützung, Erhöhung der Sicherheit und des Nicht-Alleine-Seins auf Seiten von Heimen und

Hausärzt*innen, die Unterstützung einer indikationsgerechten Hospitalisierung, der interprofessionelle Ansatz, der Peer-to-Peer-Austausch und eine hohe Effizienz durch Synchronisierung des Vorgehens berichtet. 2. Als Schwächen wurden die personelle Belastung auf Seiten der Koordinationsebene, eine sich erst im Verlauf entwickelnde Akzeptanz der „Kümmerer“ und die Gefahr von nicht erfüllbaren Forderungen eingeschätzt. 3. Als Möglichkeiten wurden eine Entlastung der Krankenhäuser, die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung, das Aufdecken von „blinden Flecken“ – wie z.B. Heterogenität der Gesundheitsversorgung, fehlende Koordinierungsstrukturen im Gesundheitssystem – und die Etablierung von neuen Vernetzungsstrukturen gewertet. 4. Unter Bedrohungen wurde aus Sicht der Hausärzt*innen ein vor allem zu Beginn entstandener Konkurrenzdruck verbunden mit potentiell finanziellen Verlust durch Abgabe von Patient*innen gewertet, weiterhin wurde die Zukunftsfähigkeit des Modells der Einzelpraxis in diesem Kontext versus Versorgungsmodelle wie in Skandinavien („ein Hausarzt – ein Heim“) diskutiert.

Schlussfolgerungen Die interprofessionelle Koordinierung der medizinischen Versorgung bei COVID-19-Ausbrüchen in Pflegeheimen hat sich bei dem dargestellten Best-Practice Modell als sehr hilfreiches und effizientes Vorgehen erwiesen und als erfolgreiche Vernetzung verschiedener Akteure mit Einbezug des ÖGD auf Arbeitsebene. Es zeigt sich als ein Modell mit dem Potenzial, außerhalb der Pandemiesituation vor dem Hintergrund von Pflegemangel und Hausärztemangel Anwendung zu finden z.B. für Hitzewellen, Ausbruchsgeschehen mit multiresistenten Erregern, Skabies usw. Es kann als ein Modell dienen, das hilft, ressourcenschonend medizinische Versorgung insbesondere im Alten- und Pflegeheim-Bereichen sicherzustellen. Das Modell hilft, die Aufgaben des ÖGD effizient umzusetzen.

Schlüsselwörter interprofessionelle Koordinierung, SARS-CoV-2-Ausbrüchen in Pflegeheimen, Koordinierung Hausärzte

Is singing safe? Maßnahmen zur Ausbruchsprävention von SARS-CoV-2 am Chorinternat der Regensburger Domspatzen – Die STACADO-Studie

Autorinnen/Autoren B.M.J. Lampl^{1,2}, P. Schöberl³, N. Atzenbeck⁴, M. Erdl⁴, N. Dillitzer⁴, J. Wallbrecher⁴, M. Weigl⁴, M. Sauer⁴, P. Kheiruddin³, J. Niggel⁵, R. Mauerer⁶, A. Ambrosch⁷, M. Kabesch³

Institute 1 Department of Public Health for the City and County of Regensburg, Regensburg; 2 Department of Epidemiology and Preventive Medicine, Faculty of Medicine, University of Regensburg, Regensburg; 3 University Children's Hospital Regensburg (KUNO) at the Hospital St. Hedwig of the Order of St. John, University of Regensburg, Regensburg; 4 Regensburger Domspatzen, Regensburg; 5 MaganaMed GmbH, Regensburg; 6 Synlab Weiden GmbH, Weiden; 7 Institute of Laboratory Medicine, Microbiology and Hygiene, Hospital of the Order of St. John, Regensburg

DOI 10.1055/s-0043-1762716

Hintergrund Zu Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie wurden größere Ausbrüche im Zusammenhang mit Singen im Chor berichtet.

Methoden Wir stellen in dieser deskriptiven Studie den Effekt verschiedener Infektionsschutzmaßnahmen in Bezug auf das Auftreten von SARS-CoV-2-Infektionen und -Ausbrüchen sowie die Akzeptanz dieser Maßnahmen im weltberühmten Chor der Regensburger Domspatzen dar. Der Beobachtungszeitraum erstreckte sich von September 2020 bis April 2022. Neben Maßnahmen der Basishygiene wurden systematische rRT-PCR-Pool-Testungen und Konzepte zur Distanzierung beim Singen angewandt. Im Rahmen eines „student-science“-Ansatzes entwickelten Schüler der Domspatzen unter Anleitung einen Fragebogen zur Messung der Akzeptanz der Infektionsschutzmaßnahmen.

Ergebnisse Während Einzelinfektionen von Chormitgliedern nicht vermieden werden konnten, wurden gesangsbedingte Ausbrüche nicht beobachtet. Bis zum Auftreten der Omikron-Variante war die innerschulische Transmission von SARS-CoV-2 auf nur einen Fall beschränkt. Die Inzidenzen an der Schule waren

bis dahin vergleichbar mit der Allgemeinbevölkerung. Während die Auswirkungen der Pandemie auf den Alltag und das Singen insbesondere von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als gravierend bewertet wurden, stimmten die meisten Schüler der Sinnhaftigkeit der Schutzmaßnahmen zu und bewerteten diese als akzeptabel. Die Schüler sahen regelmäßige Tests als wichtigstes Instrument zur Erhöhung der Sicherheit in der Schule an.

Diskussion Ein Bündel von Infektionsschutzmaßnahmen einschließlich regelmäßiger Tests kann Ausbrüche von SARS-CoV-2 auch im Rahmen von Chorgesang verhindern. Die Maßnahmen sind für Chormitglieder akzeptabel, sofern sie es ermöglichen, weiter zu singen und aufzutreten. Infektionsschutzmaßnahmenbündel können auch in zukünftigen Pandemien zum Einsatz kommen.

Management von *Aedes albopictus*, der asiatischen Tigermücke, in einem ländlichen Landkreis, Entwicklung seit 2020

Autorinnen/Autoren E. Fein, T. Orgassa, D. Behringer
Institut Gesundheitsamt Landratsamt Rems-Murr-Kreis, Waiblingen
DOI 10.1055/s-0043-1762717

Durch den internationalen Waren- und Personentransport hat sich die asiatische Tigermücke *Aedes albopictus* weltweit ausgebreitet. Sie besitzt eine sehr gute Anpassungsfähigkeit und kann sich an die wechselnden Klimabedingungen Mitteleuropas anpassen. Auch in Deutschland tritt die Tigermücke mittlerweile regelmäßig auf und wird in den Sommermonaten regelmäßig in größeren Populationen nachgewiesen.

Neben der Tatsache, dass die asiatische Tigermücke tagaktiv und dadurch besonders lästig ist, ist sie Überträger verschiedener Viren. Besonders Dengue-, Chikungunya- und Zika-Viren sind dabei mit ihrem humanpathogenen Potential von Bedeutung. Fälle von Denguefieber werden auch im Rems-Murr-Kreis gemeldet, die Meldepflicht laut Infektionsschutzgesetz besteht seit 2001, und für weitere Arbovirosen seit 2017. Die Zunahme der vektorkompetenten asiatischen Tigermücke erhöht die Möglichkeit von autochthonen Arbovirus-Infektionen.

Im Rems-Murr-Kreis, Baden-Württemberg wurden in drei Gemeinden asiatische Tigermücken nachgewiesen.

In der ersten Gemeinde wurden 2020 zuerst Tigermücken nachgewiesen, in einer weiteren Gemeinde 2021 und in einer dritten Gemeinde dieses Jahr 2022. Adulte Mücken wurden von aufmerksamen Bürgern an den Mückenatlas, sowie die KABS in Speyer zur Bestimmung eingeschickt.

In der ersten Gemeinde fand im Sommer 2022 außerdem eine Erhebung in den bekannten Gebieten statt. Diese erfolgte über die Installation von Fallen zur Eiablage in den Verdachtsgebieten. Eiablageplätze wurden mittels dunkler Gefäße mit Wasser und einer Eiablagemöglichkeit über der Wasseroberfläche aus Holz an geeigneten, schattigen Standorten simuliert. Nach 2 Wochen wurden die abgelegten Eier bestimmt mittels Mikroskopie und PCR. In allen Verdachtsgebieten konnte so auch die Eiablage von Tigermücken nachgewiesen werden.

Zur Bekämpfung und Prävention wurde mit den Gemeinden direkt zusammengearbeitet.

Die Bewohner der betroffenen Gebiete erhielten Informationsmaterial. Zudem wurden Vorträge und Infoveranstaltungen organisiert, um über die asiatische Tigermücke aufzuklären. Bekämpfungsmaßnahmen wurden dargestellt und erläutert. Einfachste Bekämpfungsmaßnahme ist die Beseitigung von offenen Wasserstellen, wie Regentonnen oder Vogeltränken. Regentonnen müssen abgedeckt, Vogeltränken regelmäßig erneuert werden. Ebenso besteht die Möglichkeit *Bacillus thuringiensis israelensis* (B.t.i.) zur Bekämpfung von Stechmückenlarven in Regentonnen einzusetzen. Die Bakterien sind nur für Mückenlarven pathogen und nicht für andere Insekten. Die Finanzierung der Bekämpfung ist vor allem für kleine Gemeinden schwierig, Regelungen auf Landesebene Baden-Württemberg sind derzeit noch in der Diskussion.

Die Resonanz auf die Veranstaltungen war positiv und alle Veranstaltungen wurden gut besucht. Wir hoffen durch Aufklärung und Informationen die Bürger zur Mitarbeit zu motivieren und so die Vermehrung der Tigermücken im Rems-Murr-Kreis einzudämmen und zu kontrollieren.

Eignung des Infektionsschutzgesetz für die Umsetzung eines wirkungsorientierten Infektionsschutzes: Ergebnisse einer qualitativen Befragung von Expert*innen aus Gesundheitsämtern

Autorinnen/Autoren N. Oster^{1,2}, D. Häske¹, P. Schäfer², S. Joos¹

Institute 1 Universitätsklinikum Tübingen, Zentrum für Öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung Tübingen, Tübingen; 2 Stadt Mannheim, Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt, Mannheim
DOI 10.1055/s-0043-1762718

Hintergrund Aufgabe der Gesundheitsämter ist, große Teile des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) umzusetzen mit dem Zweck der frühzeitigen Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten. Wie gut es Gesundheitsämtern gelingt, anhand des IfSG wirkungsorientiert vor Infektionen zu schützen, wurde bislang nicht systematisch untersucht.

Ziele Ziel des vorliegenden Teilprojektes der IfSG-CHECK-Studie ist es, Erfahrungen und Meinungen von IfSG-Expert*innen aus Gesundheitsämtern zur Eignung des IfSG im Hinblick auf die Erfüllung seines Zweckes zu erheben.

Methoden Die Auswahl von IfSG-Expert*innen erfolgte anhand einschlägiger Publikationstätigkeit, Gremienarbeit oder Facharztqualifikation. Es wurden eine Fokusgruppendifkussion mit n = 4 Teilnehmenden und qualitative Interviews (n = 3) zu individuellen Kritikpunkte am IfSG (offener Teil) sowie zu Haltung zu vorgegebenen Thesen zu Rechts- und Handlungssicherheit, Wissenschaftlichkeit, Wirkungsorientierung, Verständlichkeit, Aufgabepriorisierung und Methoden im IfSG geführt (thesengeleiteter Teil). Die Auswertung erfolgte induktiv-deduktiv mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz.

Ergebnisse Im Vordergrund des offenen Teils standen Forderungen nach mehr Beteiligung der Gesundheitsämter bei IfSG-Änderungen, nach einer Evaluation des IfSG und nach mehr Rechts- und Handlungssicherheit. Positiv bewertet wurde, dass das IfSG existiert und anpassungsfähig ist, sowie dass vermehrt die Wichtigkeit einheitlicher Daten und Regelungen erkannt wird. Negative Kritikpunkte im offenen Teil waren der große Gesetzesumfang, Kurzlebigkeit und mangelnde medizinische Nachvollziehbarkeit neuerer Vorgaben, unzureichende Berücksichtigung der Pflegeeinrichtungen, teils unrealistische Meldepflichten und die einrichtungsbezogene Impfpflicht sowie ein weitgehend unidirektionaler Datenfluss aus den Gesundheitsämtern zum RKI.

Im thesengeleiteten Teil wurde folgenden Thesen überwiegend zugestimmt: Das IfSG sei schwer verständlich und nicht ausreichend wirkungsorientiert. Kontrovers diskutiert wurden: Das IfSG priorisiere Ermittlung und Erfassung von Infektionskrankheiten vor deren Bekämpfung und berücksichtige nicht ausreichend den aktuellen Stand der Wissenschaft sowie Methoden wie Gesundheitsplanung und Gesundheitsförderung. Es wurde formuliert, dass die strukturellen Voraussetzungen einen Infektionsschutz, wie ihn das IfSG vorsehe, nahezu unmöglich machten.

Fazit Anliegen der Expert*innen betrafen überwiegend strukturelle Forderungen: Die Evaluation des IfSG, mehr Partizipation der Gesundheitsämter bei Änderungen sowie mehr Rechts- und Handlungssicherheit waren hier führend. Zweifel wurden an der Wirkungsorientierung und Verständlichkeit des IfSG geäußert. Limitationen der Studie ergeben sich aus einer möglicherweise nicht ausreichenden Sättigung der Daten. Die Ergebnisse bzw. die daraus abgeleiteten Hypothesen sollen als Basis zur Entwicklung eines Fragebogens genutzt werden, der im Rahmen einer Befragung von Infektionsschutzmitarbeitenden aller Gesundheitsämter eingesetzt werden soll.

Good Practice Guide Hygiene der stationären Einrichtungen Mannheims: Mehr Gesundheitsförderung und weniger Verwaltungsrecht in der Gestaltung der Heimhygiene

Autorinnen/Autoren N. Oster, E.K. Schmitt, T. Kössler, P. Schäfer

Institut Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt Stadt Mannheim, Mannheim

DOI 10.1055/s-0043-1762719

Hintergrund Heime sind pandemiebedingt zu Infektionsschutzmaßnahmen mit erheblichen Einschränkungen für Bewohner und häufiger Überforderung des Personals verpflichtet. Gesundheitsamt und Heime in Mannheim haben ab 2021 im Good Practice Guide Hygiene (GPGH) sowohl Qualitätskriterien für Heimhygiene als auch gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Lebenswelt Heim entwickelt. Teile des GPGH nehmen den seit 16.09.2022 geltenden §35 Infektionsschutzgesetz (IfSG) vorweg.

Ziel Ziel ist die Darstellung der Inhalte, Strukturen und Ergebnisse des GPGH hinsichtlich Qualitätskriterien für Heimhygiene und Gesundheitsförderung in den Einrichtungen.

Methoden 2021 wurden mit den Einrichtungen Qualitätskriterien für Heimhygiene definiert. Zur Sicherung ihrer Umsetzung wurde die Struktur des GPGH etabliert. 2022 wurde als gesundheitsfördernde Maßnahme die pandemiebedingten Bedarfe des Einrichtungspersonals ermittelt und in einem interprofessionellen Dialog umgesetzt.

Bisherige Ergebnisse Es wurden sieben Qualitätskriterien für Heimhygiene definiert, u.a. die Beschäftigung von Hygienebeauftragten, die Einrichtung von Hygienekommissionen und die Teilnahme an Hygienekonferenzen. 23 von 52 Mannheimer Einrichtungen nehmen aktuell am GPGH teil. Sie verpflichten sich zur Einhaltung der Hygieneziele und erhalten bei ihrer vollständigen Erfüllung ein „GPGH-Siegel“ verliehen. Hinsichtlich der Bedarfe aus Sicht des Einrichtungspersonals stand der Wunsch nach besserer Kommunikation mit Behörden im Vordergrund. Dieses Anliegen wurde in Form eines interprofessionellen Dialoges in Hygienekonferenzen und Einrichtungsbesuchen aufgenommen. Durch ausschließlich für den GPGH zuständiges Personal konnte am Gesundheitsamt eine strikte Trennung zum für Überwachung zuständiges Personal geschaffen werden.

Schlussfolgerungen Durch den GPGH konnte bei einer großen Zahl von Einrichtungen eine Selbstverpflichtung zur Einhaltung von Qualitätskriterien für Heimhygiene erreicht werden. Aufgrund der von Mannheimer Pflegepersonal formulierten und aus wissenschaftlichen Erkenntnissen ersichtlichen persönlichen Betroffenheit von Einrichtungspersonal hinsichtlich der pandemiebedingten Veränderung ihrer Arbeitswelt erschien es sinnvoll, zusätzlich gesundheitsfördernde Maßnahmen umzusetzen. Es wurde das Bedürfnis nach besserer Verständigung und Kommunikation mit Behörden in einem interprofessionellen Dialog, mit den Zielen, die Rollen, Möglichkeiten und Pflichten der am Thema Heimhygiene Beteiligten zu vermitteln, aufgegriffen. Wesentlich hierfür ist eine Vertrauensbasis, die durch strikte Trennung von überwachendem und GPGH-Personal erreicht wurde. Begleitende gesundheitsfördernde Maßnahmen bei der Bewältigung der Herausforderungen in der Heimhygiene erhöhen deren Akzeptanz und Wirkungsorientierung.

Seit 16.09.2022 gilt der aktuelle §35 IfSG, der die Verpflichtung zur Beschäftigung von Hygienebeauftragten in stationären Einrichtungen vorsieht. Hiermit werden Teile des GPGH gesetzlich verpflichtend.

Pandemiebewältigung mit COSAN und RMK-COSIMA Software

Autorinnen/Autoren E. Fein, M. Pfahler

Institut Landratsamt Rems-Murr-Kreis Gesundheitsamt, Waiblingen

DOI 10.1055/s-0043-1762720

Um die Ausbreitung von Infektionskrankheiten zu verhindern oder zumindest einzudämmen ist eine konsequente Testung und Überwachung von Ausbruchs-

geschehen unerlässlich. Für das Krisenmanagement bieten sich besonders in Gemeinschaftseinrichtungen und Betrieben Reihentestungen zur Überwachung von Ausbruchsgeschehen an.

Schon in der Frühphase der Pandemie war es dem Rems-Murr-Kreis wichtig durch regelmäßige Testungen das Infektionsgeschehen zu verfolgen. Ausbrüche sollten frühzeitig erkannt und eingedämmt werden können. Es galt verlässliche Strukturen für Reihentestungen mit Schnelltests für Gemeinschaftseinrichtungen und Betriebe zu schaffen. So entstand im Rems-Murr-Kreis das erste ÖGD-Schnelltestzentrum für Schulen in Baden-Württemberg. Die Terminbuchung und Ergebnisübermittlung sollten niederschwellig und digital erfolgen. Daher entwickelte der Rems-Murr-Kreis zusammen mit dem Softwarepartner CubeFour GmbH die COSAN-Plattform. Diese wurde später ausgeweitet für alle Testzentren im Rems-Murr-Kreis. Außerdem wurde darauf die RMK-COSIMA-App aufgebaut.

RMK-COSIMA ermöglicht die einfache überwachte Reihentestung mittels Antigen-Schnelltests und die Übermittlung von Testergebnissen an die Bürger. Bei positiven Testergebnissen erfolgt eine automatische Übermittlung an das Gesundheitsamt. Außerdem wird für Schulen die nötige Dokumentation – inklusive Berichte an das Kultusministerium – bequem per Datenexport übernommen. Diese Funktion hat der Rems-Murr-Kreis bewusst in die App integriert, um Schulen bei der Abwicklung von Testungen mit digitalen Lösungen zu entlasten. Auch können sich anhand der RMK-COSIMA-App Mitarbeitende in Einrichtungen und Unternehmen über Schulungen als Tester qualifizieren, den Schnelltest überwachen, über Vier-Augen-Prinzip bewerten und das Ergebnis in der App eintragen. Einzelne Schnelltests oder Reihentestungen können durchgeführt, ausgewertet und die Ergebnisse offiziell ausgegeben werden. Mittels App sind Testergebnisse aus der Schule oder dem Unternehmen somit stets griffbereit und auch im Freizeitbereich nutzbar.

RMK-COSIMA gehört zu COSAN. Das COSAN-Portal verbindet die Teststellen mit den Bürgern. Über Portal und App können Bürger Testtermine innerhalb des Landkreises buchen. Teststellen dokumentieren Testergebnisse im Portal und lassen diese per E-Mail/App an die Getesteten übermitteln. Zugleich an das Gesundheitsamt abgesetzte Meldungen können über eine Schnittstelle in die behördliche Meldesoftware importiert werden. Den Teststellen dient das Portal zudem zur Dokumentation von Abrechnungsdaten.

Mit dem COSAN-Portal und der RMK-COSIMA-App hat der Rems-Murr-Kreis eine gut funktionierende digitale Corona-Teststruktur etabliert. Die RMK-COSIMA-App wurde bisher von über 100.000 Personen, 95 Schulen, rund 2.000 Unternehmen sowie Vereinen und Gemeinschaftseinrichtungen genutzt. Insbesondere in Schulen und Kitas konnte man früh und schnell Klarheit über das Infektionsgeschehen im Kreis gewinnen, oder auch Kinder unkompliziert aus der Quarantäne freisetzen. Über 90 % der Teststellen des Landkreises verwenden COSAN. In der Hochphase der dritten Welle konnten so per COSAN über 1000 Meldungen täglich an das Gesundheitsamt übermittelt werden. COSAN ermöglichte zudem frühzeitig allen nach TestV § 6 berechtigten Leistungserbringern medienbruchfreies Melden und verkürzte damit die Bearbeitungszeit von Meldungen im Gesundheitsamt.

Seroprävalenz von Masern-IgG Antikörpern bei Hospitalisierten, Daten aus MERIN (Meningitis und Enzephalitis Register in Niedersachsen), 2003–2019

Autorinnen/Autoren S. Rettenbacher-Riefler¹, A. Baillot¹, M. Monazahian¹, K. Beyrer¹

Institut 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Hannover
DOI 10.1055/s-0043-1762721

Seroprävalenzdaten helfen dabei, Infektionsschutzmaßnahmen auf bestimmte Bevölkerungsgruppen abzustimmen. Kleinkinder sind eine vulnerable Gruppe für Maserninfektionen, bleiben in Seroprävalenzstudien aber häufig unberücksichtigt. Aus diesem Grund wurden Daten hospitalisierter Patient*innen, die im Rahmen der Surveillance MERIN (Meningitis und Enzephalitis Register in Niedersachsen) erfasst wurden, deskriptiv ausgewertet.

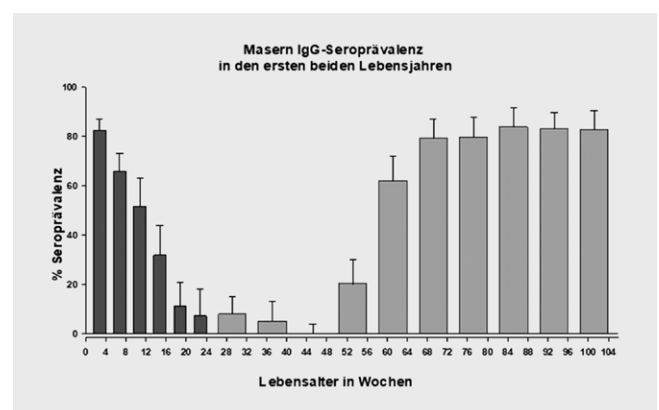
Das niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) bietet Krankenhäusern in Niedersachsen und Bremen seit 2003 eine unentgeltliche Diagnostik auf die wichtigsten neurotrophen Viren für Patient*innen mit Verdacht auf aseptische Infektion des zentralen Nervensystems (ZNS) an. Dieses Angebot wird insbesondere von pädiatrischen Kliniken in Anspruch genommen. Die virologische Diagnostik beinhaltet auch eine qualitative Masern IgG-Antikörperbestimmung mittels Enzymimmunoassay.

Von 2003 bis 2019 wurden 7373 Patient*innen (55 % männlich) im Rahmen von MERIN serologisch untersucht. Der Altersmedian lag bei 8,5 Jahren (25-75 Quartil: 3-14,3 Jahre). 1683 Kinder waren zum Untersuchungszeitpunkt jünger als 2 Jahre. Für die Berechnung der Masern-Seroprävalenzen bei unter 2-Jährigen wurden 0 bis 6 Monate alte Kinder in 4-wöchige, danach in 8-wöchige Altersgruppen zusammengefasst. 95 % Konfidenzintervalle (95 % CI) wurden nach der Clopper-Pearson-Methode berechnet. Patient*innen, die zum Untersuchungszeitpunkt älter als 2 Jahre waren, wurden nach Geburtsjahrgängen drei Alterskohorten zugeordnet.

Um den Zeitpunkt der Geburt (Alter zum Untersuchungszeitpunkt: 0 bis 4 Wochen; n = 222) betrug die Seroprävalenz 82 % (95 % CI 77-87) und sank daraufhin kontinuierlich ab. Bei Kindern, die zum Zeitpunkt der Untersuchung zwischen 21 und 24 Wochen alt waren (n = 55), zeigte sich eine Seroprävalenz von 7 % (95 % CI 2-18). Bei keinem der um den neunten Lebensmonat untersuchten Kinder (n = 94) waren Masern IgG-Antikörper nachweisbar (Alter zum Untersuchungszeitpunkt: 41 bis 48 Wochen; Seroprävalenz: 0 %; 95 % CI 0-4). Die Seroprävalenz stieg bei den nachfolgenden Altersgruppen wieder an und erreichte zum Ende des zweiten Lebensjahres 83 % (Alter zum Untersuchungszeitpunkt: 97-104 Wochen, n = 69; 95 % CI 72-91).

Bei der Alterskohorte, die im Jahr 2000 oder später geboren wurde und zum Untersuchungszeitpunkt älter als 2 Jahre war (n = 3689), lag die Seroprävalenz bei 86 % (95 % CI 85-87), bei den Jahrgängen 1980 bis 1999 (n = 1607) lediglich bei 83 % (95 % CI 81-84). Patient*innen, die 1979 oder früher geboren wurden (n = 394) waren zu 97 % (95 % CI 95-98) seropositiv.

Die Auswertungsergebnisse dieses convenience samples hospitalisierter Patient*innen ist vergleichbar mit Ergebnissen bisheriger Studien, welche höchste Seroprävalenzen bei den Alterskohorten beschreiben, die vor Einführung der MMR-Impfung geboren wurden. Die schlechteste Immunitätslage gegen Masern fanden wir bei erwachsenen Patient*innen, die 1980 bis 1999 geboren wurden. Zielgerichtete Interventionen sollen die Durchimpfungsrate in dieser Altersgruppe steigern (► **Abb. 1**).



► **Abb. 1** Masern IgG-Seroprävalenz bei Hospitalisierten 0 bis 2-Jährigen mit 95 % Konfidenzintervall. Antikörpernachweise der 0-6 Monate alten Kinder wurden in 4-wöchige Altersgruppen zusammengefasst (dunkelblau), ab der 25. Lebenswoche in 8-wöchige Altersgruppen (hellblau).

Unsere Datenauswertung für unter 2-Jährige, in einer für Deutschland bisher nicht gezeigten Detailtiefe und Stichprobengröße, lässt darauf schließen, dass Kinder nach dem 9. Lebensmonat über keinerlei maternale Masern-Antikörper

mehr verfügen und unterstreichen somit die derzeitige Empfehlung, bei erhöhtem Expositionsrisiko zu einem früheren Zeitpunkt zu impfen.

Legionellenüberwachung in gewerblichen Großanlagen aus Sicht des ÖGD – zusätzliche Herausforderungen durch die Energiekrise?

Autorinnen/Autoren K. Voigt, E. Skirla, S. Weckel, M. Müller, M. Marasioglu, K. Steul

Institut Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Abteilung Hygiene & Umwelt, Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0043-1762722

Hintergrund Mit der Änderung der Trinkwasserverordnung (TrinkwV) im Jahr 2011 ergab sich erstmals eine Untersuchungspflicht auf Legionellen für sogenannte gewerblichen Großanlagen – Trinkwassererwärmungsanlagen in vermieteten Wohngebäuden. Die Gesundheitsämter fungieren nicht explizit als Überwachungsbehörde, müssen aber bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Vorgaben durch den Betreiber entsprechend einschreiten. Überschreitungen des technischen Maßnahmenwertes sowie Mitteilungen über die eingeleiteten Maßnahmen müssen den Gesundheitsämtern angezeigt und zugesandt werden, was letztlich zu einem enormen Verwaltungsaufwand für die Gesundheitsämter führt. Das Gesundheitsamt Frankfurt erreichen im Durchschnitt jährlich 1700 Untersuchungsdurchgänge von Legionellen in gewerblichen Großanlagen. Dazu kommen zusätzlich etwa 300-400 E-Mails und Anfragen aus diesem Bereich. Am 12.01.2023 wird eine erneute Novellierung der Trinkwasserverordnung in Kraft treten. Welche Änderungen sich daraus für die Untersuchung und Bearbeitung der gewerblichen Großanlagen ergibt ist noch nicht bekannt. Unabhängig davon ist zu erwarten, dass die klimabedingten Temperaturänderungen, sowie die Energieeinsparbestrebungen Einfluss auf die Trinkwasserqualität haben. Fragestellung: Können durch digitale Maßnahmen Arbeitsprozesse bzw. Arbeitsabläufe des Gesundheitsamtes automatisiert und somit effizienter gestaltet werden?

Methodik Mit Hilfe digitaler Unterstützung sowie automatisierten Prozessen wurden Arbeitsabläufe etabliert, die die eingehenden Befunde und Informationen kanalisieren und entsprechend bearbeiten. Dazu wurden Musteranschriften für die unterschiedlichen vorkommenden Fälle in einer hauseigenen Datenbank hinterlegt. Die Schreiben werden digitalisiert mit den uns vorliegenden Betreiberdaten erstellt und anschließend verschickt. Auch alle eingehenden Befunde werden in dieser Datenbank verwaltet. Somit besteht die Möglichkeit diese nachzuverfolgen und den Befundverlauf darzustellen. Die Datenbank erstellt für jedes Objekt eine eigene digitale Akte.

Bisherige Erkenntnisse Die Arbeitsabläufe wurden im Laufe der Zeit immer wieder angepasst. Beispielsweise wurde die zunächst eingeführte Anzeigepflicht für gewerblichen Großanlage genutzt, um Betreiber- und Anlagedaten über ein Anzeigeformular im Internet direkt die Datenbank einzulesen. Mit Wegfall der Anzeigepflicht mussten die Daten händisch eingegeben werden. Anfänglich wurde bei jedem Befundeingang ein ausführliches Informationsschreiben mit Fließschema zum weiteren Verlauf verschickt. Später verwies das Gesundheitsamt dann verstärkt auf die Betreiberverantwortung, da davon ausgegangen werden konnte, dass mit der Erfahrung und dem breitgefächerten Informationsfluss, beispielsweise über Presseartikel und von Vermieterverbänden, der Beratungsbedarf abnehmen würde. Die Menge der Anfragen hat sich aber bis heute nicht reduziert, allerdings haben sich die Möglichkeiten der Informationsbeschaffung verbessert und heute werden die wichtigsten Informationen und meist gestellten Fragen versucht über eine automatische Mailantwort bereits vorab zu beantworten und nur noch bei „Spezialfragen“ Kontakt zum Betreiber aufgenommen. Ausgenommen sind Fälle, die die Notwendigkeit einer Nutzungseinschränkung nach sich ziehen. Durch die Änderungen der Trinkwasserverordnung im Januar 2023 wird es gegebenenfalls neuen Anpassungsbedarf geben.

Ziel ist es, dass auch die eingehenden Befunde in die Datenbank bzw. einer Gesundheitsamtssoftware (HELGA) eingelesen werden können und nicht mehr

händisch eingefügt werden müssen. Zukünftig werden auch die Auswirkungen der Energie- und Klimakrise zu berücksichtigen sein. Im Rahmen der Energieeinsparungen wird immer wieder auch eine Reduzierung der Warmwassertemperatur diskutiert. Eine niedrigere Warmwassertemperatur erhöht das Risiko für Legionellenwachstum. Auch die zunehmend steigenden Wassertemperaturen in Folge der Klimakrise können langfristig zu einer dauerhaften Erhöhung der Kaltwassertemperaturen beitragen und damit ebenfalls ein Legionellenwachstum begünstigen.

Die Auswertung der §6 – Hospitalisierungsmeldungen im Kölner Stadtgebiet nach Einführung von DEMIS

Autorinnen/Autoren J. Wesnigk¹, A. Fidler¹, A. Hahn¹, S. Meis¹, J. Hurraß¹, A. Küfer-Weiß¹, B. Grüne¹, S. Scharkus¹, A. Kossow^{1,2}

Institute 1 Gesundheitsamt der Stadt Köln, Infektions- u. Umwelthygiene, Köln; 2 Institut für Hygiene, Universität Münster

DOI 10.1055/s-0043-1762723

Einleitung Seit dem 17.09.2022 besteht die Möglichkeit und gesetzliche Verpflichtung im Rahmen der namentlichen Meldepflicht der Hospitalisierungen in Bezug auf Covid-19 gemäß §6 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) [1, 2] die entsprechende §6 Meldung über DEMIS (Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz) zu übermitteln. Diese Übermittlung an den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) über DEMIS soll eine unmittelbare Erfassung der hospitalisierten Fälle sicherstellen.

Wie die Einführung der §6 DEMIS-Meldungen in Köln von den Kliniken und dem Gesundheitsamt der Stadt Köln angenommen und umgesetzt worden sind, soll in dieser Arbeit erläutert werden.

Material und Methoden Die „§6-DEMIS – Meldungen in Bezug auf Covid-19“, die beim Gesundheitsamt der Stadt Köln eingegangen sind, bilden die Datengrundlage, die in dieser Arbeit in Bezug auf Anzahl, Aufkommen und Vollständigkeit untersucht werden sollen. Die Abfrage erfolgt über SurvNet@RKI.

Zudem soll die Benutzerfreundlichkeit, die Effizienz der Meldungen und die Auswertungsmöglichkeiten evaluiert werden.

Ergebnisse Bereits im ersten Monat seit der Einführung der DEMIS §6-Meldungen haben 82% der Kliniken auf Kölner Stadtgebiet über DEMIS gemeldet. Insgesamt wurden 85% der Meldungen mittels DEMIS übertragen. Die restlichen 15% erfolgten über einen anderen Meldeweg, wie zum Beispiel das herkömmliche Fax-Meldeformular. Die Vollständigkeit der §6-DEMIS-Meldungen variiert jedoch sehr stark. Alle für ein Gesundheitsamt relevanten und im IfSG vorgeschriebenen Daten können über das Hospitalisierungsformular bisher nur über die Benutzung des Freitextfeldes übermittelt werden, welches eine intuitive Bearbeitung erschwert. Beispielsweise müssen das Datum des Endes der intensivmedizinischen Behandlung, oder die Entlassung aus dem Krankenhaus, neben der Telefonnummer der betroffenen Person, Angaben zu Vorerkrankungen, sowie der Aufnahmegrund (Covid-19-assoziiert ja oder nein) im Freitextfeld aufgeführt werden. Ein separates (Pflicht-)Feld für diese Angaben existiert nicht. Infolge dessen mussten mehrere Abstimmungen der meldenden Krankenhäuser mit dem Gesundheitsamt erfolgen, um Nachfragen in den Häusern zu minimieren und das Vorgehen bestmöglich zu optimieren. Hinzu kamen technische Probleme, wodurch es oft zur unvollständigen und verspäteten Übermittlung der Meldung kam. Aus den Krankenhäusern wurde berichtet, dass die personenbezogenen Daten nicht aus der hauseigenen Software übernommen oder in der DEMIS-Maske gespeichert werden können, sodass eine händische Eingabe bei jeder Erst- und Folgemeldung erforderlich ist.

Ebenfalls ungünstig erfolgt die Übertragung der Informationen aus der §6-Meldung zu dem entsprechenden Fall, wenn dieser bereits in SurvNet@RKI vorhanden ist. Das System gleicht beim Verknüpfen die vorhandenen Informationen des Falls nicht mit denen in der Meldung ab, sondern ergänzt diese, wodurch eine Kontrolle der übernommenen Daten und oft eine manuelle Löschung von doppelten Daten erforderlich sind.

Positive Aspekte der Übermittlung der Meldungen an das Gesundheitsamt mittels DEMIS sind jedoch ebenfalls zu erwähnen. Eine Übertragung der personenbezogenen Daten erfolgt nun automatisch, wodurch die Fehlerquote reduziert wird und die Bearbeitung somit theoretisch schneller abgeschlossen werden kann. Falls das Krankenhaus Erkrankungsdaten, wie Erkrankungsbeginn und aufgetretene Symptome angegeben hat, erfolgt diese Übertragung in die Fall-Akte ebenfalls automatisch, was einen erheblichen Zeitgewinn darstellt.

Diskussion Durch die Entwicklung der Software zur Übermittlung der §6 – Meldungen über DEMIS wurde ein weiterer Schritt in Richtung Digitalisierung und Vereinfachung des Meldeprozesses angestrebt.

Sobald eine genau Abfrage der §6 – Meldungen im SurvNet@RKI möglich ist, wird diese einen exakten Aufschluss über die genaue Anzahl der gemeldeten Hospitalisierungsmeldungen in Bezug auf Covid-19 geben, die über DEMIS an das Gesundheitsamt der Stadt Köln übermittelt worden sind.

Die Einführung der DEMIS – Übermittlung in den Krankenhäusern im Kölner Stadtgebiet gelang unterschiedlich gut. Technische Probleme und die Gestaltung der DEMIS – Maske haben den Krankhäusern diesen Meldeprozess vorerst erschwert.

Die weitere Entwicklung des Systems muss erfolgen und abgewartet werden, damit die Benutzerfreundlichkeit und die Funktionalität der Software optimiert werden kann, sowie eine Echtzeitdatenübermittlung zur Krankenhausbelegung erreicht werden kann.

Quellen [1] Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2022 (BGBl. I S- 1045), das zuletzt durch Artikel 2G v. 13.10.2022 II 539 (Nr.18) geändert worden ist [2] Anbindungsoptionen für Krankenhäuser gemäß IfSG-Meldepflichten-. DEMIS Wissensdatenbank. gematik GmbH 17.10.2022 <https://wiki.gematik.de/pages/viewpage.action?pageId=474114784> Zuletzt abgerufen am 14.11.2022

Die Covid-19 Pandemie aus Sicht einer konfessionellen Krankenhausgesellschaft

Autorinnen/Autoren B. Zietz, G. Wernert, M. Fries

Institut Krankenhausgesellschaft St. Vincenz mbH, St. Vincenz-Krankenhaus Limburg, Limburg

DOI 10.1055/s-0043-1762724

Das zuvor unbekannte Coronavirus SARS-CoV-2 ist erstmals im Dezember 2019 (Volksrepublik China) nach einer Häufung von Krankheitsfällen in Wuhan beschrieben worden. In den deutschen Krankenhäusern gab es zu Beginn seiner internationalen Ausbreitung umfangreiche Vorbereitungen auf eine möglicherweise hohe Zahl von infizierten Patienten. Im Verlauf der Pandemie trat diese hohe Belegung auch phasenweise ein. Mit Stand 25. Oktober 2022 sind im Krankenhaus Limburg 2149 Patienten behandelt worden, die SARS-CoV-2 positiv waren. Im Krankenhaus Diez waren dies 188. Verstorben sind hiervon 307 bzw. 14 Patienten. Die Altersgruppe, die deutlich am häufigsten behandelt wurde, war dabei die von 80 bis 85 Jahren. Insgesamt wurden 436 dieser Patienten (auch) auf Intensivstation behandelt. Im späteren Verlauf der Pandemie war die Infektion häufig nur eine Nebendiagnose, bedingte aber natürlich entsprechende Isolierungsmaßnahmen. Im Rahmen der ersten Infektionswelle gab es einen gravierenden Mangel an Desinfektionsmitteln und Masken, die zu Notlösungen, wie selbstgefertigten Stoffmasken führten. Insbesondere mit der Markteinführung von Antigen-Tests wurden umfangreiche Testkonzepte für medizinische Einrichtungen umgesetzt. In der St. Vincenz KH Gesellschaft umfasste dies auch die Einrichtung einer krankenhauser-internen Teststelle für Mitarbeiter. Auffällig waren seit Beginn der Pandemie die deutlich reduzierten Belegungszahlen der Krankenhäuser durch das Wegbleiben von Patienten, selbst bei schwerwiegenden Erkrankungen. Durch Covid-19-Infektionsfälle gab es teilweise erhebliche Ausfallzahlen bei Mitarbeitern. Weiterhin gab es bundesweit in fast allen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen immer wieder Ausbruchssituationen, die trotz umfangreichen Maßnahmen nur schwer zu verhindern waren. Im Verlauf der 2 ½ Jahre Pandemie wurden sehr häufig Rechtsvorschriften und RKI-Empfehlungen einschließlich der Quarantäne-Maßnahmen geändert. Finanzielle Corona-Hilfen für Krankenhäuser wurden

immer nur verzögert gewährt und bedeuteten auch einen monetären Abschlag gegenüber der Vor-Covid-19 Zeit. Im Verlauf des Jahres 2022 mussten zahlreiche Krankenhäuser eine starke finanzielle Belastung durch wegfallende finanzielle Ausgleichszahlungen und die sehr stark steigenden Energiekosten tragen. Insbesondere im Verlauf des Jahres 2022 entstand ein großes Missverhältnis zwischen den gelockerten Maßnahmen in der Bevölkerung und weiterbestehenden Quarantäne- und Isolations-Empfehlungen.

Als Resümee der Pandemie aus Sicht einer Krankenhausgesellschaft, nach Behandlung von zahlreichen Covid-19 Patienten, lässt sich eine sehr hohe und über lange Zeit andauernde Belastung der Mitarbeiter aber auch des Unternehmens feststellen.

Fachausschuss Gesundheitsberichterstattung und Prävention – Postersitzung

08:00 – 10:00 | Fachtagungsraum 0.214

5 Jahre Prostituiertenschutzgesetz – der Spagat zwischen den verpflichtenden Beratungen und den freiwilligen medizinischen Untersuchungen

Autorinnen/Autoren A. Gaußmann, R. Brinkmann, M. Schade, P.

Tiarks-Jungk

Institut Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Abteilung Medizinische Dienste und Humanitäre Sprechstunden, Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0043-1762725

Einleitung In Frankfurt am Main existiert Sexarbeit in all ihren Facetten. Das Gesundheitsamt berät seit 1.7.2017 Sexarbeiter: innen im Rahmen des ProstSchG. Parallel dazu existiert traditionell eine Beratungs- und Untersuchungsstelle für Sexarbeiter: innen. Ziel der vorliegenden Analyse ist, die im Rahmen des Prostituiertenschutzgesetzes sowie Infektionsschutzgesetz erhobenen Daten auszuwerten, um Hinweise hinsichtlich Untersuchungs- und Therapieangebot der Sexarbeitenden zu erhalten, insbesondere wenn keine Krankenversicherung und/oder ein erschwerter Zugang zum Gesundheitssystem besteht.

Material und Methoden Im Rahmen der Beratung nach §10 ProstSchG und Untersuchungen nach §19 IfSG werden Daten zu Krankenversicherung, Geschlecht, Untersuchungsanlass und Diagnose erhoben. Die erhobenen Daten von 01.07.2017-30.06.2022 wurden deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse In der oben genannten Erhebungszeit wurden 6998 Beratungen nach §10 ProstSchG und 2198 Untersuchungen nach §19 IfSG durchgeführt. 34 % der Probanden sind in Deutschland krankenversichert, 14 % im Heimatland, 3 % besitzen eine europäische Krankenversicherungskarte und 48 % haben keine Krankenversicherung (anonyme und freiwillige Angaben) im Rahmen des ProstSchG. In der Erhebungszeit wurden 2198 Sexarbeitende auf sexuell übertragbare Infektionen untersucht. Die Gründe ihrer Vorstellungen waren insbesondere Beschwerden oder Schwangerschaft. Alle anderen kamen zum Screening/Routine im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes. Die häufigsten Diagnosen waren Chlamydien (N = 105), Lues (N = 14), HIV (N = 3) und Gonorrhoe (N = 47). Vorstellig waren 2086 Frauen und 112 Männer.

Diskussion Ein entscheidender Mehrwert durch die gesetzlich verpflichtende Beratung für die Zielgruppe ist unbestreitbar: durch die Beratung nach §10 ProstSchG können fokussiert wichtige Informationen vermittelt werden, wie zum Beispiel die Möglichkeit, sich niedrigschwellig im Haus gynäkologisch und allgemeinmedizinisch untersuchen zu lassen. Die Sexarbeitenden schätzen die Anonymität, welche durch separate Anmeldungen gewährleistet ist, sowie die kurzen Wege, die täglichen Sprechstunden und oftmals die Unterstützung eines Dolmetschers. Im Vergleich zu der letzten Erhebung bei unseren Klientinnen von 2017 sehen wir eine deutliche Zunahme der gynäkologischen Konsultationen und relevanten Diagnosen. Wir tragen durch dieses Angebot zu

einer Verbesserung der Versorgung der oftmals nicht krankenversicherten Population bei, die aufgrund sozialer Aspekte erschwert den Zugang zum Regelsystem findet.

Sexarbeit in Deutschland im Wandel – eine Herausforderung für den ÖGD

Autorinnen/Autoren K. Baumhauer¹, A. Gläser-Zorn¹, B. Rannersberger¹, A. Wolff¹, J. Nießen², M. Kleine³, R. Pieper³, A. Rossenbach³, S. Reinke⁴

Institute 1 Fachdienst STI und sexuelle Gesundheit, Gesundheitsamt Köln; 2 Amtsleitung, Gesundheitsamt Köln; 3 Sozialdienst katholischer Frauen e.V. Köln; 4 Looks e.V. Köln, Köln

DOI 10.1055/s-0043-1762726

Hintergrund Eine Aufgabe des ÖGD's ist es Menschen in prekären Lebenslagen im Blick zu halten und adäquate Präventions- und Hilfsangebote zu implementieren. Einflüsse und Rahmenbedingungen für Lebensrealitäten verändern sich immer schneller. Der ÖGD muss Angebote entsprechend schnell und flexibel anpassen und koordinieren können.

Sexarbeit ist vielfältig und besonders schnell Einflüssen aus Migration, Armutsentwicklungen, rechtlichen Rahmenbedingungen und gesellschaftlichen Moralvorstellungen ausgesetzt. Die Einführung des Prostituiertenschutzgesetzes und die Jahre der Corona-Pandemie haben deutliche Spuren hinterlassen. Das sichtbare Bild von Sexarbeit in Deutschland hat sich verändert. Funktionierende Zugänge zu Menschen die mit Sex Geld verdienen, müssen neu verstanden und neue Ansätze gefunden werden.

Um Entwicklungen in den vielfältigen Settings von Sexarbeit darstellen und verstehen zu können, braucht es verschiedene Blickwinkel. Der ÖGD kann diese zusammentragen und daraus eine nachhaltige Bedarfsermittlung entwerfen. Beobachtungen aus den freiwilligen, anonymen Angeboten nach §19 IfsG, den Aufsuchenden Angeboten (Streetwork), aus der Pflichtberatung nach §10 Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG) und Hilfsangeboten weiterer Träger ermöglichen ein differenziertes Bild.

Köln hat aus dem divers gestalteten Angebot für Sexarbeiter*innen verschiedene Gesichtspunkte zusammengefügt und die Entwicklungen der letzten 5 Jahre zusammengefasst.

Method Zusammenfügen empirischer Berichterstattungen und Erhebungen des Gesundheitsamtes der Stadt Köln, des Sozialdienstes katholischer Frauen e.V. Köln und von Looks e.V. Köln aus den letzten 5 Jahren aufsuchender Arbeit in Kölner Settings von Sexarbeit, sowie aus den spezifischen Angeboten für Sexarbeiter*innen in Köln.

Fazit Seit Einführung des Prostituiertenschutzgesetzes ist eine Verschiebung in Orte der versteckten Anbahnung für sexuelle Dienstleistungen zu beobachten. Dieser Effekt zeigt sich unter anderem in sinkenden Kontaktzahlen in den sichtbaren Sexarbeit-Settings.

Durch die Corona-Pandemie hat die Verschiebung von Sexarbeit in verdeckte Orte und Illegalität weiter zugenommen.

Der Bericht stellt eine Grundlage dar um die Auswirkungen des Prostituiertenschutzgesetzes auf die Aufgaben des ÖGD's kritisch zu beleuchten und um neue Ansätze für Zugänge zu Menschen die mit Sex Geld verdienen zu diskutieren.

Initiierung einer Sondersprechstunde für von weiblicher Genitalbeschneidung Betroffene im ÖGD

Autorinnen/Autoren I. Mach-Völker, A.J. Gläser-Zorn, K. Baumhauer, J. Nießen

Institut Gesundheitshilfen, Gesundheitsamt der Stadt Köln, Köln

DOI 10.1055/s-0043-1762727

Weibliche Genitalbeschneidung (FGM_C) ist ein im klinisch und ambulant gynäkologischen Bereich immer noch unterrepräsentiertes Thema.

In unseren bestehenden Sprechstunden für sexuelle Gesundheit und schwangere Frauen ohne Krankenversicherung wurden zunehmend betroffene Frauen

vorstellig. Auch im Rahmen der Arbeit des Bereichs Flüchtlingsmedizin kam es immer wieder zu Anfragen zur Erstellung fachärztlicher Beurteilungen.

Vor diesem Hintergrund wurden in der Abteilung Gesundheitshilfen im GA der Stadt Köln Überlegungen zu Möglichkeiten einer entsprechenden Versorgung angestellt. Durch bereits bestehende Kontakte zu einem im Bereich FGM_C sehr erfahrenen Facharzt entwickelten wir ein Konzept zu regelmäßig stattfindenden gynäkologisch fachärztlich geleiteten Sprechstunden.

Durch die Initiierung dieser Sondersprechstunde im Gesundheitsamt der Stadt Köln eröffnet sich den Frauen eine Möglichkeit, aussagekräftige Beurteilungen über den ihnen häufig nicht bekannten Befund zu erlangen. Diese Beurteilung kann im Einzelfall zu einer Änderung des Aufenthaltsstatus führen.

Die stets initiierte Zuleitung der Klientinnen zu weiteren Hilfsangeboten ergibt sich aus den individuellen Bedürfnissen der einzelnen Frauen. Unsere Vernetzung mit internen und externen Hilfsstrukturen, aber auch weiteren Angeboten der stationären und ambulanten Versorgung (Traumatherapie, Entbindungskliniken, niedergelassene Gynäkolog*innen, plastische Rekonstruktion u.v.m.) ist Bestandteil dieser Aufgabe.

Unser Ziel ist es die Versorgung der von FGM_C betroffenen, aber auch bedrohten Frauen und Mädchen im Stadtgebiet zu verbessern.

ALLES IN EINER HAND – Beratung/ Lotsenfunktion für Kinder und Jugendliche mit einer körperlichen Behinderung am Gesundheitsamt Düsseldorf

Autorinnen/Autoren N. Sievers, M. Gaus, E. Strack, A. Melville-Drewes
Institut Gesundheitsamt Düsseldorf 53/62 Beratung für Menschen mit körperlicher Behinderung und/ oder chronischer Erkrankung, Düsseldorf
DOI 10.1055/s-0043-1762728

Zielsetzung Die Landeshauptstadt Düsseldorf hat sich zum Ziel gesetzt, Menschen mit Behinderung eine gleichberechtigte Teilhabe und selbstständige Lebensführung zu ermöglichen. Dies ist durch Ratsbeschluss der Satzung zur Gleichstellung der Menschen mit Behinderung im Jahr 2007 festgeschrieben worden. Düsseldorf fühlt sich darüber hinaus der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) verpflichtet, welches die Erreichung inklusiver Lebensbedingungen zum Ziel hat. Artikel 1 der UN-BRK definiert die Gruppe der Menschen mit Behinderung als „Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“.

Im Artikel 7 der UN-Konvention wird betont, dass dies auch für Kinder gilt und alle erforderlichen Maßnahmen zu treffen sind, „dass Kinder mit Behinderung gleichberechtigt mit anderen Kindern alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen können“. Hier steht das Wohl jeden Kindes im Mittelpunkt.

Statistik Aktuell leben in Düsseldorf 66.374 Menschen mit einer Behinderung. Die letzte verfügbare, differenzierte Auswertung aus 2019 benennt für Düsseldorf die Zahl der Menschen mit einer Schwerbehinderung mit 55.358, für unter 25jährige bei 2.119. Die körperliche Behinderung stellte mit 45,5% zusammen mit sonstigen Behinderungen mit 36,3% gegenüber den psychischen und geistigen Behinderungen die mit Abstand häufigste Behinderungsart dar. Der Anteil an der Gesamtbevölkerung ist in den letzten 12 Jahren von 7,8% auf knapp 10% gestiegen ist.

Ausgangslage Eine Behinderung ist ein Risikofaktor und kann eine körperliche und psychische Belastung in allen Lebensbereichen darstellen. Jede Hilfe kann den Alltag erleichtern, weswegen es wichtig ist diese zu kennen. Für Kinder und Jugendliche mit einer Behinderung existiert in Düsseldorf ein Netzwerk mit wechselnden Zuständigkeiten, in den jeweils verschiedenen Themen, Lebens- und Altersphasen. Das Programm „Zukunft für Kinder“, sowie die „Frühe Hilfen“ und die Frühförderung enden in der Regel nach dem dritten Lebensjahr. Bis zum Schuleintritt kommen dann Sozialberatungen aus dem Bereich heilpädagogische und inklusive Kindertagesstätten und Tagespflege hinzu. Die Eingliederungshilfeleistungen wechseln vom Landschaftsverband Rheinland (LVR) für die Dauer des Schulbesuchs zur Kommune, wenn Schulsozialarbeiter*innen

zuständig sind. Meist sind auch noch weitere Träger von Sozialleistungen oder beispielsweise das Wohnungsamt, Träger der freien Wohlfahrtspflege oder Vereine mit einzubinden.

These Für Betroffene und deren Angehörige ist es häufig schwierig sich im System der Hilfe- und Unterstützungsleistungen in ihrer ohnehin belastenden Lebenssituation zurechtzufinden. Zur Vermeidung einer Überbelastung ist es wichtig, eine Lotsin/einen Lotsen zu haben, der nicht nur zu einem speziellen Schwerpunkt oder zu einem bestimmten Lebensalter beraten kann. Ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben für einen Menschen mit einer Behinderung kann so für alle ressourcenorientiert ermöglicht werden.

Methode Das Sachgebiet bietet ein kontinuierliches Beratungs- und Hilfsangebot für alle Lebens- und Altersphasen an. Im Bereich der Beratung und Unterstützung für Kinder und Jugendliche besteht mit dem Programm „Zukunft für Kinder“ sowie dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst eine enge Kooperation. In der LVR Schule, mit dem Förderschwerpunkt motorische Entwicklung, werden vom Team des Sachgebiets Beratung und medizinische Begutachtungen im Rahmen eines besonderen Serviceangebots durchgeführt. Das Gesundheitsamt nimmt hier unter anderem auch Pflichtaufgaben nach § 12 Abs. 2 ÖGDG NRW wahr, wie zum Beispiel Einschulungsuntersuchungen, Übernahme Schülerfahrkosten, Schulzeitverkürzung, Sportbefreiungen (§ 54 Abs. 2,3 SchulG NRW), Pflegegutachten (SGB XI), Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX), Flüchtlingsbetreuung (§ 62 Abs. 1 AsylbLG), Beihilfeanfragen, Eingliederungshilfe und Schulassistenz (§53 SGB XII).

Als wesentliches Element der Beratungsleistung wird im „Dschungel“ der medizinischen, psychosozialen, finanziellen und pflegerischen Hilfsangebote eine Lotsen- mit Coachingfunktion im Rahmen des Casemanagements angeboten. Das bestehende Netzwerk, u.a. mit der Sozialpädiatrie, den Krankenhaus- und Schulsozialarbeiter*innen, den Hospizmitarbeiter*innen, den Wohn-, Erziehungs- und Pflegeberater*innen, der Jugendhilfe, den Sozialhilfe- und sonstigen Trägern, Vereinen und Selbsthilfegruppen ist hier hilfreich und notwendig. Bei Bedarf werden darüber hinaus Therapeut*innen, Fachärzt*innen, Kinderärzt*innen, Sanitätshäuser, Kranken- und Pflegekassen und sonstigen Beratungsangebote hinzugezogen. Das Angebot umfasst auch die Durchführung von Hausbesuchen [1].

Fazit Die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team zwischen Arzt, der sozialmedizinischen Assistentin und der Sozialpädagogin hat sich im Laufe der Jahre als unabdingbar erwiesen. Insbesondere im Zusammenwirken der unterschiedlichen Fachkompetenzen und unter Etablierung der Lotsenfunktion kann den von einer Behinderung Betroffenen und deren Angehörigen in der teilweise für sie unübersehbaren Landschaft der Hilfsangebote eine wirksame Unterstützung angeboten werden. Nach Erreichen des zwanzigsten Lebensjahrs erfolgt eine nahtlose Überleitung in den Erwachsenenbereich des Sachgebiets.

Quellen [1] Beratung für Menschen mit körperlichen Behinderung und/oder chronischen Erkrankung, Kommunale Berichterstattung Monitoring 2009 bis 2019, Amt für Statistik und Wahlen

Psychosoziale Tumorberatung – welchen Benefit hat die Verankerung im ÖGD?

Autorinnen/Autoren A. Marx¹, B. Seifert¹, P. Looks¹, F. Bauer¹

Institut 1 Landeshauptstadt Dresden, Amt für Gesundheit und Prävention, Dresden

DOI 10.1055/s-0043-1762729

Hintergrund Tumorerkrankungen zählen zu den häufigsten schweren chronischen Erkrankungen in Deutschland. Obwohl es große medizinische Fortschritte bei Diagnose und Behandlung von Krebserkrankungen gibt, bleibt Krebs eine potenziell lebensbedrohliche Krankheit und stellt für den Betroffenen einen großen Einschnitt im Leben dar. Neben den gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die infolge der Erkrankung sowie deren Behandlung auftreten, hat die Krebsdiagnose auch Auswirkungen auf andere Lebensbereiche, wie z. B. Partnerschaft, Versorgung von Familienangehörigen, das Berufsleben, die finanzielle Sicherheit sowie die gesamte weitere Lebensplanung. Die Erkrankung

ist also nicht auf die einzelne Person begrenzt, sondern zeigt insbesondere hier starke Auswirkungen auf das die Person umgebende System.

Zur Unterstützung der betroffenen Personen bietet der ÖGD auf Grundlage des SächsGDG, psychosoziale Beratung von Tumorpatient:innen und deren Angehörigen an. Strukturell sind diese Beratungsstellen im Freistaat Sachsen direkt in den ÖGD eingebunden. In fast allen sächsischen Gebietskörperschaften ist dies der Fall. Diese historisch gewachsene Struktur bietet eine Reihe von Vorteilen sowohl in der Beratung, als auch in der vernetzten Fallbearbeitung in einer Kommunalverwaltung.

Vorgehen Psychosoziale Beratung basiert auf dem Konzept des Empowerment, der Salutogenese und der systemischen Arbeit. Grundlage ist immer die ressourcenorientierte Perspektive, um die Resilienz der Betroffenen zu fördern. Schwerpunktthemen sind in den Beratungen Fragen zum Schwerbehindertenrecht, zu onkologischen Rehabilitationen, Wiedereingliederung ins Berufsleben, Rentenrecht und Beantragung von Stiftungsgeldern zur Abwendung finanzieller Notlagen. Zudem sind Strategien zum Coping und Psychoedukation wichtiger Bestandteil der Beratung. Die Krebserkrankung eines Familienmitgliedes betrifft immer das gesamte Familiensystem. Daher wird immer die Einbeziehung der Angehörigen angeboten. In Dresden werden jährlich in unserer Beratungsstelle ca. 1600 Menschen mit Krebserkrankung und Angehörige beraten. Seit nunmehr 30 Jahren ist diese Struktur gegeben.

Neben der Beratungstätigkeit bietet die psychosoziale Beratungsstelle der Landeshauptstadt Dresden im Amt für Gesundheit und Prävention auch Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung und Information an und führt Präventionsveranstaltungen durch. Hier werden – in multiprofessionellen Settings des Amtes – Verbindungen zur Bewegungsförderung, Ernährungsberatung etc. herstellt und gewinnbringend für die Betroffenen verknüpft. Zudem wird eine gemischtgeschlechtliche Gesprächsgruppe organisiert. Dabei werden die Betroffenen aktiv einbezogen, um partizipativer Arbeit gerecht zu werden.

Die strukturelle Verankerung im Amt für Gesundheit und Prävention gewährleistet einerseits die unabhängige Arbeit der Tumorberatungsstelle. Andererseits ist aber auch eine Einflussnahme auf verhaltens- und verhältnispräventiver Ebene möglich, da in strategischen Planungen Tumorerkrankungen und ihre Auswirkungen damit nicht isoliert, sondern im Kontext zur gesamten Stadtgesellschaft Beachtung finden. Zugleich schafft dies aber auch Synergien, da ein leichter Zugriff auf andere Einheiten des Amtes sowie weiterer Ämter möglich ist.

Ergebnisse Unabhängige psychosoziale Beratung von Menschen mit Tumorerkrankungen ist mit der strukturellen Anbindung an das Amt für Gesundheit und Prävention gegeben. Im Rahmen des Beitrags werden anhand von ausgewählten Fallbeispielen die Arbeit und das erfolgreiche vernetzte Handeln im kommunalen Kontext dargestellt.

Selbstbestimmte Familienplanung – das Konzept der Kostenübernahme von Verhütungsmitteln des Gesundheitsamts Düsseldorf

Autorinnen/Autoren L. Scheidel, D. Kok, A. Melville-Drewes

Institut Gesundheitsamt Düsseldorf, 53/62 Schwangerenberatungsstelle, Düsseldorf

DOI 10.1055/s-0043-1762730

Ausgangslage Auf Basis des Bundessozialhilfegesetzes wurden für bedürftige Frauen ab dem 21. Lebensjahr die Kosten für ärztlich verordnete Verhütungsmittel bis zur Einführung der Hartz IV Gesetzgebung als Sonderleistungen vom Sozialamt übernommen. Infolge der Umsetzung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes und der Veränderungen im Sozialgesetzbuch seit dem Jahr 2004 ist die Finanzierung von Verhütung für Menschen mit geringem Einkommen problematisch. Kosten für Verhütungsmittel bleiben in den pauschalisierten Regelsätzen für Arbeitslosengeld II-Empfänger*innen unberücksichtigt.

Vor diesem Hintergrund gaben im Rahmen der Evaluationsbefragung des vom Bundesfrauenministerium geförderten Modellprojekts „biko“-Beratung, Information und Kostenübernahme bei Verhütung“ der pro familia Bundesverband e.V. 50% der erreichten Frauen im Zeitraum Juli 2017-Juni 2018 an, dass

sie ohne die finanzielle Unterstützung durch das Projekt entweder gar nicht oder mit einer deutlich unsichereren Methode verhüten würden.

Das Recht auf Selbstbestimmung über die eigene Familienplanung steht jeder Frau zu, jedoch ist die freie Wahl von Verhütungsmitteln für einen Teil der Frauen aufgrund ihres geringen Einkommens nicht möglich. Voraussetzung für eine selbstbestimmte Familienplanung ist der Zugang zu einem geeigneten, selbstgewählten Verhütungsmittel, unabhängig von den eigenen finanziellen Ressourcen.

Intervention Vor dem Hintergrund bisher fehlender gesetzlicher Regelungen zur Finanzierung von Verhütungsmitteln auf der Bundesebene auf der einen und eines dringenden Handlungsbedarfes auf der anderen Seite, wurde von Seiten der Schwangerenberatung des Gesundheitsamts ein Konzept zur Vergabe von Verhütungsmitteln an Frauen aus einkommensschwachen Haushalten erstellt. Nach Abstimmung des Konzepts mit den Trägern der freien Wohlfahrtspflege, die sich an der Vergabe beteiligen wollten, wurde das Konzept mit einem entsprechenden Finanzierungsantrag im dafür zuständigen Ausschuss für Gesundheit und Soziales eingebracht und beraten. Nachdem die Düsseldorfer Politik zunächst der Vergabe von Verhütungsmitteln im Rahmen einer Projektphase zustimmte, wurden jetzt Mittel in Höhe von 80000 Euro jährlich für die Jahre 2022, 2023 und 2024 vom Rat der Stadt Düsseldorf bewilligt.

Projektdurchführung In einer mit allen an der Vergabe beteiligten Trägern erfolgten Absprache wurde ein Verteilungsschlüssel für die jährlich zur Verfügung stehenden 80.000 Euro, der sich im Wesentlichen an der Größe der Beratungsstellen orientiert, festgelegt.

Die Kostenübernahme der Verhütungsmittel erfolgt im Rahmen eines persönlichen Beratungsgesprächs, in dem die Ratsuchende noch einmal in Bezug auf das für sie geeignete Verhütungsmittel beraten werden kann und möglicherweise bestehende Fragen geklärt werden können. Anspruchsberechtigt sind dabei nicht nur Empfängerinnen von sozialen Transferleistungen oder Studentinnen, sondern auch Frauen, deren Einkommen um bis zu 250.- Euro über der Bedarfsberechnung nach dem SGB II liegt. Männer können kostenlos Kondome erhalten.

Bewilligt werden können alle Verhütungsmittel innerhalb eines festgelegten Kostenrahmens, der zwischen den Trägern abgestimmt wurde und sich an den von den Ärzt*innen im Allgemeinen in Rechnung gestellten Beträgen orientiert. Beworben wird das Projekt unter anderem über Pressemitteilungen, die trägereigenen Webseiten, das Jobcenter und Rundbriefe an unterschiedliche Beratungsorganisationen.

Zur Evaluation und ggfs. Anpassung des Konzepts findet unter Federführung des Gesundheitsamts zweimal jährlich ein Erfahrungsaustausch mit allen an der Vergabe Beteiligten statt. Darüber hinaus erfolgt eine jährliche Berichterstattung an den Ausschuss für Gesundheit und Soziales.

Schlussfolgerung Durch die Kostenübernahme von Verhütungsmitteln für Frauen aus einkommensschwachen Haushalten können Frauen in ihrem Recht auf sexuelle Selbstbestimmung wirkungsvoll unterstützt und ungewollte Schwangerschaften vermieden werden. Die im Rahmen der Kostenübernahme geführten Beratungsgespräche haben nicht selten eine „Türöffnerfunktion“ in dem Sinne, dass Ratsuchende für sie beratungsrelevante psychosoziale Themen ansprechen, mit denen sie ansonsten alleine geblieben werden. Darüber hinaus wird mit der Kostenübernahme weiteren Armutfolgen vorgebeugt.

Das Konzept der Kostenübernahme hat sich bewährt. Vor dem Hintergrund der Situation der kommunalen Haushalte sollte aber von Seiten aller Spitzenverbände nicht nachgelassen werden von der Politik eine bundeseinheitlich geregelte Kostenübernahmeregelung von Verhütungsmitteln zu fordern.

Schlüsselworte Selbstbestimmte Familienplanung, einkommensschwache Haushalte, Kostenübernahme von Verhütungsmitteln, Kostenübernahme als „Türöffnerfunktion“, Vermeidung ungewollter Schwangerschaften, Verhütungsmittelfonds

Vom Mann zum Vater – Mit Zuversicht dem Moment des Vaterwerdens entgegensehen! Implementierung eines Informationsabends für werdende Väter

Autorinnen/Autoren U. Beckert¹, L. Fritzsche¹, T. Bohnet², A. Marx¹, F. Bauer

Institute 1 Landeshauptstadt Dresden, Amt für Gesundheit und Prävention, Dresden; 2 Männernetzwerk Dresden e.V., Dresden

DOI 10.1055/s-0043-1762731

Hintergrund Die Geburt des eigenen Kindes ist ein bedeutsames Ereignis für einen Mann. Vom werdenden Vater wird meist gesellschaftlich erwartet, dass er nun Stärke und Zuversicht ausstrahlt. Einerseits möchte er das selbst, andererseits signalisiert auch die Partnerin oft ein gesteigertes Schutzbedürfnis. Schließlich begibt sie sich in der Regel zumindest für eine gewisse Zeit in eine finanzielle Abhängigkeit vom Partner. Und auch die Partnerschaft verändert sich mit der Geburt des Kindes. Aus einem Paar wird eine Familie mit neuen Freuden und neuen Herausforderungen. Wie kann ein Mann sich auf das Vatersein vorbereiten? Welche Fragen hat er zur bevorstehenden Geburt? Was verändert sich durch die Geburt? Stress, Versagensängste, übertriebene und unerfüllte Erwartungen an sich selbst und die Partnerin können auch zum „Baby Blues“ eines Vaters beitragen. Etwa jeder zehnte Vater gerät nach der Geburt seines Kindes in ein Stimmungstief. Ein unterschätztes Problem, denn eine anhaltende depressive Verstimmung kann sich zu einer behandlungsbedürftigen Depression auswachsen (*Quelle: www.familienplanung.de*).

Vorgehen Das Amt für Gesundheit und Prävention Dresden führt seit 2016 in Kooperation weiteren Netzwerkpartnern die Informationsveranstaltung „Vom Mann zum Vater – Väter im Wandel!“ ausschließlich für Männer durch. Nun mehr 6 Jahren gibt es dieses spezielle Angebot und mehr als 40 werdende Väter konnten begleitet werden. Seit 2020 moderiert Herr Tobias Bohnet, Mitarbeiter im Männernetzwerk Dresden e. V. im Projekt „papada“ – Mobiles Beratungs- und Bildungsangebot für Väter und ihre Familien die Veranstaltung und begleitet Männer in dieser lebensverändernden Phase. Er bringt Erfahrungen aus Geburtsvorbereitungskursen für werdende Väter und persönlich als Vater von 3 Kindern mit.

Wenn Männer zu Vätern werden, ändert sich viel, oft mehr, als vorhergeahnt. Beim Infoabend für Männer werden Themen rund um die Geburt und Partnerschaft besprochen. Mit dieser Informationsveranstaltung möchte das Amt für Gesundheit und Prävention werdenden Vätern Mut machen, sich auf das „Abenteuer Geburt“ einzulassen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Einbeziehung des Mannes in Schwangerschaft, Geburtsvorbereitung und Wochenbett. Das Üben des Handlings mit dem Baby ist dabei ein zentraler Bestandteil. Mithilfe von Tragepuppen wird das erste Hochnehmen und Wickeln des Babys gezeigt und ausprobiert. Des Weiteren stehen in der gemeinsamen Runde die ganz konkreten Fragen der Teilnehmenden im Mittelpunkt, wo vor allen Dingen der Austausch über Sorgen aber auch die Freuden auf das ungeborene Kind und des Vaterwerdens, nur unter werdenden Vätern, ihren Platz finden sollen. Die thematischen Abende werden ca. 2-4 mal im Jahr vom Amt für Gesundheit und in Kooperation mit der AOK Plus, innerhalb der Kursreihe „Gemeinsam Wachsen“ kostenfrei angeboten.

Ergebnisse Durch Klärung von Fragen, Sorgen und dem praktischen Ausprobieren können Hemmungen und Ängste bei werdenden Vätern abgebaut werden. Rückmeldungen von Hebammen haben gezeigt, dass die Väter im Nachhinein selbstbewusster, z.B. die Säuglingspflege übernehmen oder gezielter wissen, wie sie ihre Partnerinnen im Wochenbett unterstützen können.

Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern mit psychisch erkrankten Eltern im Setting Häuslichkeit – StäB+ Potsdam

Autorinnen/Autoren K. Hayn¹, C. Kieser², T. Willeke², E.-C. Magnussen¹, K. Böhm¹

Institute 1 Öffentlicher Gesundheitsdienst der Landeshauptstadt Potsdam, Potsdam; 2 Klinikum Ernst von Bergmann, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Potsdam

DOI 10.1055/s-0043-1762732

Ausgangslage In Deutschland leben über drei Millionen Kinder in Familien mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil (Mattejat & Lisofsky, 2009). In der Erwachsenenpsychiatrie sind etwa 30 % der Patient*innen Eltern von minderjährigen Kindern (u.a. Östmann & Hansen 2002). Das Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln, ist bei diesen Kindern dreimal höher als bei Kindern mit gesunden Eltern (Kölch et al, 2008). Die Auswirkungen für die erkrankten Personen und das Umfeld sind enorm. Kinder weisen neben psychischen Auffälligkeiten auch andere Beeinträchtigungen auf, z.B. geringer schulischer Erfolg, stressassoziierte Krankheiten oder Verhaltensauffälligkeiten. Es ist wichtig, den Teufelskreis zwischen der elterlichen psychischen Erkrankung und dem Risiko der Kinder für Beeinträchtigungen zu durchbrechen. Bislang stoßen bestehende Angebote an Struktur Grenzen, die durch die (Sozial)Gesetzgebung verursacht werden oder Zugänge sind nicht niederschwellig genug.

Zielsetzung/Hypothese Die Integration einer sog. Gesundheitsfachkraft in das Team der Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des städtischen Klinikums gewährleistet Kindern und Jugendlichen mit einem psychisch erkrankten Elternteil einen niedrigschwelligen Zugang zu gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten, Psychoedukation sowie zu notwendigen Beratungsangeboten.

Methoden StäB Plus+ vereint den innovativen Behandlungsansatz der StäB für Menschen, bei denen aufgrund einer akuten bzw. schweren psychischen Erkrankung die Indikation für eine stationäre Behandlung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie besteht, mit einem niedrigschwelligen Zugang zu gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen für deren minderjährige Angehörige, die im eigenen Haushalt leben.

Mit dem systemisch-lösungsorientierten Behandlungsansatz von StäB, lässt sich der Setting-bezogene Ansatz für gesundheitsfördernde Maßnahmen und Präventionsangebote passgenau verknüpfen. Im therapeutischen Prozess wird vor allem die Netzwerkperspektive berücksichtigt, um im lebensweltorientierten Setting wirksam behandeln zu können. Die Kinder und Jugendlichen werden regelhaft in den Behandlungsprozess integriert. Durch die Ergänzung des multiprofessionellen StäB-Teams mit einer weiteren Fachkompetenz, kann der Genesungsprozess für das System Familie unterstützt und genesungsfördernd begleitet werden. Das Angebot ist freiwillig.

Schlussfolgerung Mit dem Vorhaben wird eine Lücke in der präventiven Angebotslandschaft der Landeshauptstadt Potsdam geschlossen. Das versetzt die Kommune in die Lage, multidisziplinär niedrigschwellige Angebote für die Kinder zu unterbreiten und durch die Vermittlung in passgenaue Interventionen und Angebote in der Region frühzeitig weiteren Belastungen und Überforderungen entgegenzuwirken. Dabei wird evaluiert, ob der Zugangsweg über StäB in der Häuslichkeit akzeptiert wird. Das Projekt misst sich auch am Gelingen der rechtskreisübergreifenden Kooperation zwischen Freier Trägerlandschaft und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des städtischen Klinikums.

Sozialraumorientierte Förderung der psychischen Gesundheit von psychisch belasteten Kinder und Jugendlichen im Setting Schule

Autorinnen/Autoren K. Hayn¹, K. Matz², E.-C. Magnussen¹, K. Böhm¹

Institute 1 Öffentlicher Gesundheitsdienst der Landeshauptstadt Potsdam; 2 Lysion-Institut für Suchtprävention, Kultur- und Medienforschung, Potsdam

DOI 10.1055/s-0043-1762733

Ausgangslage Wenn davon auszugehen ist, dass in Deutschland etwa jeder/s siebte Kind/Jugendliche mit einem Elternteil zusammenlebt, der eine alkoholbezogene Störung aufweist (Thomasius & Klein, 2018), bedeutet das für die Landeshauptstadt (LHP), dass ca. 4.500 Kinder (ca. 14 %) in suchtblasteten Familien leben. In Deutschland leben über drei Millionen Kinder in Familien mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil (Mattejat & Lisofsky, 2009). Das Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln, ist bei diesen Kindern dreimal höher als bei Kindern mit gesunden Eltern (Kölch et al., 2008). Die LHP hat eine relativ hohe Quote von Kindern im SGB-II-Bezug und liegt im ersten Drittel mit den höchsten Quoten: 15 % der Kinder leben in Bedarfsgemeinschaften. Der sozioökonomische Status hat neben der Bildungsperspektive Einfluss auf die Entwicklung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Lebensverlauf (Mauz & Jacobi, 2008). Der Zugang zu Bildung hat ebenfalls Einfluss auf die Kompetenzentwicklung von jungen Menschen, was wiederum Einfluss auf die Entwicklung von gesundheitsbezogenem Verhalten hat, vor allem in Bezug auf die Entwicklung von Risiko- und Konsumkompetenzen.

Kinder, Jugendliche und generell sucht- und psychisch belastete Familien weisen einen höheren Bedarf an Gesundheitsförderung und Primärprävention auf, um das Risiko eine psychische Erkrankung zu entwickeln, zu reduzieren bzw. zu verhindern.

Hypothese Für das Projekt „Seelische Gesundheit trifft Schule in Potsdam“ [1] wird angenommen, dass das Setting Schule in sozial stark belasteten Sozialräumen einen chancengerechten Zugang zur beschriebenen vulnerablen Zielgruppe bietet, um sie mit bedürfnisorientierter Gesundheitsförderung und Prävention zu erreichen.

Methoden Ein systemischer Berater (Medienpsychologe) nutzt Methoden, die an die individuelle Bedarfslage der Schulen in sozial stark belasteten Sozialräumen in Potsdam angepasst sind. Die Beratung und Begleitung der Schulen ist freiwillig und wird in 6 Phasen durchgeführt:

Phase 1 Das behutsame Einarbeiten in die Kooperationsschulen erfolgt durch Hospitationen im Unterricht bei herausfordernden/auffälligen Klassen.

Phase 2 In dieser Phase wird durch den systemischen Berater die Klassendynamik und die Beeinflussung Einzelner auf die Dynamik analysiert. Durch Einzel- und Gruppengespräche bzw. Supervision werden die Belastungen bzw. Motive von Schüler*innen und Lehrkräften thematisiert und füreinander sensibilisiert.

Phase 3a Auf Grundlage der Analyse werden gemeinsam mit den Beteiligten Entwicklungspotentiale eruiert und das weitere Vorgehen geplant. Diese Entwicklungswege können unterschiedliche Maßnahmen zur Stärkung der psychischen Gesundheit für Kinder und Jugendliche aus sucht-/psychisch belasteten Familien im Setting Schule beinhalten. Es können Workshops zu Themen wie Sucht, Depression, Mobbing, Streitkultur, Medien und sonstigen seelischen Ausdrucksformen für die Beteiligten durchgeführt werden.

Phase 4a Diese Phase dient dazu, die selbst erarbeiteten Änderungen im Schulalltag mit Begleitung der Fachkraft zu erproben. Dies geschieht unter stetiger Supervision und Reflexion gemeinsam mit dem systemischen Berater.

Phase 4b Nach erfolgreichem Einsatz geeigneter Methoden, werden diese auf weitere Klassen übertragen, um das Wohlergehen aller Beteiligten der Schule Schritt für Schritt zu entwickeln.

Phase 5 Die Schulklassen werden in den Schulalltag entlassen, um dort selbstwirksam und gesundheitsförderlich tätig zu sein. Nach einem vereinbarten Zeitraum findet durch den systemischen Berater eine Katamnese statt, um Entwicklungsprozesse gemeinsam zu reflektieren.

Phase 6 Es wird ein Entwicklungsbericht verfasst. Dieser beinhaltet eine Beschreibung des Analyse-, Beratungs- und Entwicklungsprozesses. Die Schulen erhalten Handlungsempfehlungen und Beschreibungen der eingesetzten Methoden.

Schlussfolgerung Dieses Projekt bietet die Chance, die Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule in Potsdam nachhaltiger zu gestalten und die Beteiligten zu befähigen, gesundheitsfördernde Lebens- und Lernbedingungen zu entwickeln.

[1] Förderung durch das GKV-Bündnis für Gesundheit

Fast Food-Restaurantdichte, sozioökonomische Faktoren und Prävalenz von Übergewicht/Adipositas bei einzuschulenden Kindern: Eine Sozialraumanalyse in Frankfurt

Autorinnen/Autoren M. Hillenbrand¹, K. Rathmann¹, M. Schade²

Institute 1 Hochschule Fulda, Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Fulda; 2 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Wissenschaft, Gesundheitsberichterstattung und -förderung, Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0043-1762734

Hintergrund Übergewicht und Adipositas gilt als globales Public-Health Problem und kann zu physischen, psychischen und sozialen Einschränkungen der Betroffenen führen. Übergewicht in der Kindheit gilt als Prädiktor für Fettleibigkeit im Erwachsenenalter, erhöht die Wahrscheinlichkeit für Diabetes Mellitus Typ 2, koronare Herzkrankheiten oder Hypertonie und kann die Lebenserwartung verkürzen. Regelmäßiger Konsum von Fast Food kann Übergewicht/Adipositas begünstigen. Der hohe Gehalt an Zucker, Salz und Fett ist dabei ausschlaggebend. Insbesondere bei Kindern kann ein regelmäßiger Konsum zu Entwicklungsverzögerungen führen. Ziel der vorliegenden Sozialraumanalyse ist es mögliche Zusammenhänge zwischen Fast Food-Restaurantdichte, sozioökonomischen Faktoren und Übergewichtsraten bei Einschüler:innen zu untersuchen.

Methodik Daten des Gewerberegisters der Stadt Frankfurt am Main (Ordnungsamt) aller Gastronomiebetriebe mit Datenstand September 2022 wurden zur Verfügung gestellt, um die Dichte der Fast Food-Restaurants in den Stadtteilen/ Stadtbezirken in Frankfurts am Main zu ermitteln. Die nahezu 3800 vorhandenen Einträge werden dafür hier zunächst geclustert in Gruppen: Restaurant, Cafés, Kneipen/Bars und Fast Food sowie Sonstiges. Teilweise müssen die Einträge mit Google Maps abgeglichen werden. Sozioökonomische Parameter der amtlichen Statistik werden herangezogen und mit den ermittelten Gruppen auf Stadtteilebene/Stadtbezirksebene verschnitten, um Assoziationen zu erkennen. In einem weiteren Schritt wird die Rate an Übergewicht/ Adipositas von Einschüler:innen in der jeweiligen räumlichen Einheit mittels Daten der Schuleingangsuntersuchungen (2017–2022) sozialräumlich verschnitten, um mögliche Zusammenhänge mit dem Gewichtsstatus zu identifizieren. Die sozialräumlichen Analysen erfolgen mit ARC GIS Pro und die statistischen Analysen mit SPSS 22.

Ergebnisse Derzeit liegen noch keine Analyseergebnisse vor. Es wird angenommen, dass es einen Zusammenhang der Dichte von Fast Food-Restaurants und der Prävalenz von Übergewicht/Adipositas gibt, da bisherige Forschungsarbeiten zum Thema diese Ergebnisse zeigt. Auch wird der Hypothese nachgegangen, dass der soziale Status in den Stadtteilen einen Zusammenhang zu der Dichte von Fast Food-Restaurants und der Prävalenz von Adipositas bei Kindern aufzeigt.

Diskussion Die Ergebnisse sollen Hinweise liefern, in welchen sozialräumlichen Einheiten der Stadt Frankfurt am Main sowohl verhaltens- (z.B. Stärkung Gesundheitskompetenz von Eltern zu Ernährung und Bewegung durch KoGILotsen) als auch verhältnisbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention (z.B. Angebot an Essens- und Nahrungsangeboten im Quartier) zur Adipositasprävention angezeigt sind.

„Versteckte Zucker“ – Entwicklung eines Projektes zur Stärkung der ernährungsbezogenen Gesundheitskompetenz

Autorinnen/Autoren P. Looks, M. Vogel, T. Goldbach, A. Marx, F. Bauer
Institut Landeshauptstadt Dresden, Amt für Gesundheit und Prävention, Dresden

DOI 10.1055/s-0043-1762735

Hintergrund Ernährungsverhalten wird im Kindesalter geprägt. Diese erworbenen Essgewohnheiten bleiben meist ein Leben lang erhalten. Da ernährungs-

bedingte Zivilisationskrankheiten, wie metabolisches Syndrom, Adipositas und Karies stetig zu nehmen, ist es wichtig, Kindern eine genussvolle, frische, (zahn-)gesunde und natürliche Ernährung vorzuleben. Wissen dazu soll als fester Bestandteil im Lehrplan der Grundschulen verankert werden.

Zielgruppe Das Projekt „Versteckte Zucker“ fokussiert auf Grundschüler*innen der Klassenstufe 2 bis 4. Anfang 2019 kam es zur Projektidee und ersten konzeptionellen Entwicklungen. Der Projektstart erfolgte im September 2019 in einer ausgewählten Pilotschule. Eine Fortsetzung des Projektes konnte im Frühjahr 2020 aufgrund von Corona nicht erfolgen. Im September 2021 wurde das Projekt in der Pilotschule mit inzwischen neuen Klassen erneut begonnen.

Ziel ist es Schüler*innen, Eltern und Lehrkräfte zum Thema vollwertige Ernährung, Mundgesundheit und versteckte Zucker in Lebensmitteln zu sensibilisieren. Darüber hinaus wird ein gesundheitsbewusstes Essverhalten gefördert. Die Maßnahme soll vorrangig als fester Unterrichtsstoff im Sachunterricht stattfinden. Die Lehrkräfte werden mit einbezogen und Möglichkeiten zur Adaption in andere Fachbereiche geschaffen. Relevante Akteure und externe Partner arbeiten in Steuerkreisen strategisch ausgerichtet und vernetzt zusammen. Eltern werden über Elternbriefe und thematische Treffen für die Maßnahme sensibilisiert und informiert. In der Schule wird der Nudging-Ansatz eingesetzt, um ein gesundheitsförderndes Entscheidungsverhalten positiv zu beeinflussen. Die Projekttinhalte werden partizipativ entwickelt und angepasst.

Vorgehen In Kooperation mit der Pilotschule werden bis zum Jahr 2024 fünf Module ab der 2. Klasse bis zum Ende der Grundschulzeit vermittelt und evaluiert. Eine kindgerechte Ernährungsaufklärung erfolgt unter Zuhilfenahme der Maskottchen Leo Löwe (Stofflöwe) und Max (Comicfigur). Die Module sollen entsprechend einer gesundheitsförderlichen Settingentwicklung auf die verhaltens- und verhältnispräventive Ebene einwirken. Im Projekt findet auf Basis der Umsetzung des Public Health Action Cycle neben einer Prozess- auch eine summative Evaluation statt. Dabei werden im Sinne einer partizipativen Qualitätsentwicklung sowohl die Lehrer*innen als auch die Kinder sowie deren Eltern in die Evaluation einbezogen. Ein Modul wird jeweils an einem Projekttag durchgeführt, wobei sich die Inhalte dann auch in anderen Unterrichtseinheiten wiederfinden sollen. Inhalte der einzelnen Module sind:

Modul 0: „Was hat Leo in seiner Brotdose? Fit und stark in den Tag.“ Mit den Kindern wird wertneutral die eigene Brotdose betrachtet. Das Maskottchen Leo bringt ebenfalls seine Brotdose mit. Ein niedrigschwelliger Austausch und die Abfrage von bereits vorhandenem Wissen sowie Wissenserwerb erfolgt.

Modul 1: „Wie schützen Leo und Max ihre Zähne? Woher kommt der Zucker?“ Die Kinder- und Jugendzahnärzte*innen des Amtes für Gesundheit und Prävention kommen mit in die Klasse und experimentieren u. a. zur Kariesentstehung. Ausgewählte Getränke werden im Hinblick auf ihren Zuckergehalt geprüft und „nachgebaut“.

Modul 2: „Wo hat sich der Zucker versteckt? Leo und Max gehen auf die Suche.“ Es werden Experimente durchgeführt und Zutatenlisten unter die Lupe genommen.

Modul 3: „Woher kommt das Wasser aus dem Trinkbrunnen?“ Die Kinder besuchen in diesem Modul ein Wasserwerk in Dresden und bekommen Einblick in die Wassergewinnung sowie den Wasserkreislauf. Sie werden für die Nutzung des Trinkbrunnens in der eigenen Schule sensibilisiert.

Modul 4: „Wo kommen die Lebensmittel her? Wo ist der Zucker versteckt? – Supermarktrallye mit Leo und Max.“ Im Rahmen eines Besuchs eines Lebensmittelgeschäfts suchen die Kinder selbständig Lebensmittel, zu denen dann vor Ort Aufgaben gelöst werden. Zudem erhalten sie Einblick in den Aufbau eines Supermarktes, die Lagerung und Lieferketten.

Diskussion/Ausblick Ein umfangreiches Schulungspaket für Lehrkräfte wurde bereits als erste Fassung mit unabhängigen Informationen erstellt, wobei nach Abschluss des Projektes, dies ggf. angepasst wird. Es wird zukünftig für Grundschulen zur Verfügung stehen. Über Multiplikatorenschulungen (Lehrpersonal) erfolgt ein Rollout nach Beendigung der Pilotphase.

Impulsgeber Bewegungsförderung – Schritt für Schritt zu einer bewegungsförderlichen Kommune

Autorinnen/Autoren A. Bußkamp¹, C. Vonstein¹, C. Aluttis¹
Institut 1 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
DOI 10.1055/s-0043-1762736

In ihrer Funktion als Dachsetting haben Kommunen eine steuernde Rolle und politische Gestaltungskompetenz für die Entwicklung und Umsetzung von gesundheits- und bewegungsförderlichen Verhältnissen. Als multiprofessionelle und interdisziplinäre Stelle mit gesundheitsbezogenem Kompetenzprofil und vielfältigen Zugängen zu verschiedenen Bevölkerungsgruppen, Lebenswelten vor Ort sowie Gesundheitsdaten, kommt dem öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Kommunen hier eine zentrale Rolle zu. Insbesondere die Umsetzung von bewegungsförderlichen Strukturen ist eine geeignete und effektive Strategie zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens und Erreichung von vulnerablen Zielgruppen wie älteren Menschen. Um kommunale Akteurinnen und Akteure in ihrem Vorhaben konzeptionell zu bestärken und eine evidenzinformierte Entscheidungsfindung zu fördern, hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) den Impulsgeber Bewegungsförderung entwickelt. Dieser ist ein digitales, frei zugängliches Planungstool, das verschiedene Unterstützungsleistungen in Form von Informationsmaterialien, einer Projektsammlung, Instrumenten zur Bestands- und Bedarfserhebung sowie einem Auswertungsservice enthält. Durch die Orientierung am idealtypischen Prozess der WHO zur Entwicklung einer bewegungs- und gesundheitsförderlichen Lebenswelt, erlaubt der Impulsgeber Bewegungsförderung ein standardisiertes Vorgehen, das dennoch flexibel ist und den heterogenen Strukturen und Bedarfen in den Kommunen Rechnung trägt. Die Struktur und Inhalte des Impulsgeber Bewegungsförderung wurden in Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis bedarfsgerecht, qualitätsgesichert und wissenschaftlich fundiert erarbeitet. Testungen durch Nutzende eruierten die Anwendbarkeit, Nutzerführung und Gestaltung des Tools und zeigten Optimierungsbedarfe auf. In einer Pilotphase wurde die Anwendung des Impulsgeber Bewegungsförderung in drei Interventionskommunen prozessbegleitend evaluiert. Parallel dazu wird eine Implementierungsstrategie verfolgt, die u. a. die Entwicklung und Pilotierung prozessbegleitender Beratungsleistungen mit dem Ziel des Capacity Building enthält. Evaluationsergebnisse zeigen, dass der Impulsgeber Bewegungsförderung einerseits ein geeignetes und nützliches Planungsinstrument für kommunale Akteurinnen und Akteure darstellt. Andererseits sind aus Sicht der Nutzenden weiterhin Optimierungsbedarfe vorhanden, die die Nutzung des Tools erleichtern würden. Eine Ausweitung des Tools auf weitere Zielgruppen und Themenbereiche wird von den Nutzenden begrüßt.

Peer to Peer– zielgruppenspezifische Ansprache im Rahmen der oberbergischen SARS-CoV-2-Prävention

Autorinnen/Autoren R. Rieseweck, S. Leisner, K. Bidil
Institut Oberbergischer Kreis Gesundheitsamt, Gummersbach
DOI 10.1055/s-0043-1762737

Hintergrund/Fragestellung Zur Umsetzung des Konzepts zur zielgruppenspezifischen Ansprache im Rahmen der oberbergischen SARS-CoV-2-Prävention wurde das Impfen als initiale Präventionsmaßnahme eingeleitet. Im Vorfeld wurden die Universität Bonn und infas 360 GmbH zur Auswertung der Gesundheitsdaten des Oberbergischen Kreises zu Covid-19-Infektionen im Rahmen eines Gutachtens beauftragt. Anhand von Analysen konnten folgende Faktoren erörtert werden, die ein besonders hohes Infektionsrisiko im Oberbergischen Kreis bedingen:

- sozial-schwache Wohnräume
- große Haushaltsstrukturen und Siedlungen mit Mehrfamilienhäusern
- hohe sonstige bzw. freikirchliche Religionszugehörigkeit
- Migrationshintergrund
- Bildung einer Parallelgesellschaft innerhalb Quartiere

Projektbeschreibung/Methode Im Rahmen der initialen Präventionsbestrebungen konnte bereits eine Vielzahl von Bürger/-innen durch diverse niederschwellige Angebote erreicht werden. Dennoch bleibt eine Minderheit der besonders vulnerablen Gruppe unerreicht und ist weiterhin einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt. Der Abgleich des ermittelten Infektions-Risikoscores mit der Inanspruchnahme der Präventionsmaßnahmen wies einen weiterhin hohen Bedarf in speziellen Quartieren und somit das zugrundeliegende Präventionsdilemma auf (s.o.). Der Oberbergische Kreis hat es sich zur Aufgabe gemacht, diese verstärkt im Rahmen eines Peer to Peer Ansatzes in den Blick zu nehmen. Diese aufsuchende Art der Gesundheitsförderung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst im halböffentlichen Raum ergänzt staatliche Angebote, die i.d.R. Barrieren für entsprechende Gruppen aufweisen. Um dem Präventionsdilemma entgegenzuwirken und die gesellschaftliche sowie gesundheitliche Teilhabe zu stärken, ist ein Umdenken in der gesundheitlichen Versorgung notwendig. Es gilt die Zielgruppe in ihrer Vielfältigkeit und Verschiedenheit wahrzunehmen, anzuerkennen und sich ihnen transkulturell zu öffnen.

Mithilfe von Peers soll hier angesetzt und die Zielpersonen, trotz Abgrenzung von bestehenden Systemen, innerhalb ihrer vertrauten Community erreicht werden. Es sollen Bedürfnisse auf Augenhöhe ermittelt und Inhalte glaubwürdig sowie vertrauensvoll vermittelt werden. Die Peers stellen in diesem Ansatz eine bedeutende Sozialisationsinstanz dar, die von der Zielgruppe stärker akzeptiert wird, als öffentliche Instanzen. Sie können so Informationen und Unterstützungsangebote zielgerichteter adressieren, ohne auf direkte Abwehrlösungen zu stoßen.

Es gilt zu beantworten, inwiefern eine partizipative sowie dialogorientierte Gesprächsführung zielführender als eine direktive Kommunikation wirkt und inwiefern die partizipativen Aktionen im Rahmen des Peer to Peer Ansatzes bei der SARS-CoV-2-Prävention besonders vulnerabler Gruppen unterstützen. Mögliche Evaluationsparameter sind hierbei die Inanspruchnahme mobiler Impfangbote in betroffenen Siedlungsblöcken, der Schweregrad der Erkrankungen sowie die Infektionszahlen innerhalb der Kommunen.

Zum Gelingen dieses Ansatzes ist ein stetiger, partizipativer Austausch auf unterschiedlichen Managementebenen erforderlich.

Methodik Im Vorfeld des Projektstarts erfolgt eine externe Schulung zur interkulturellen Kommunikation und Handlungskompetenz auf strategischer Ebene, um mit der notwendigen Sensibilität einerseits und der notwendigen Souveränität andererseits Kommunikations- und Kooperationsziele zu erreichen. Erlangte Kompetenzen werden multiplikativ an die operative Ebene weitergegeben.

Zum Projektstart erfolgt eine Auftaktveranstaltung mit dem Begleitgremium innerhalb der jeweiligen Kommune, um gemeinsam die Ansprache der Peers sowie die Startphase zu planen. Die Rekrutierung der Peers sollte durch die Koordinationsstelle in Partizipation mit dem Begleitausschuss erfolgen. Hierzu sollte die Koordinationsstelle Mitglieder aus dem Begleitgremium, die ganz nah an der Zielgruppe arbeiten (z.B. Sozialarbeiter oder relevante Akteure aus der Gemeinde), für je zwei Tage innerhalb des Quartiers begleiten, um Vertrauen innerhalb der Community zu gewinnen und mit ihnen in Kontakt zu treten. Im Rahmen der Begleitung können geeignete Personen als Peers angesprochen werden. Ziel ist es, drei bis fünf Peers je Kommune zu gewinnen. Da das gesamte Projekt auf den Peers aufbaut, muss ein großes Bewusstsein in einen kultursensiblen und vertrauensbildenden Umgang investiert werden. Da ein Top Down-Charakter vollumfänglich vermieden werden soll, stellt Zeit zur Vertrauensbildung in der Startphase eine bedeutende Ressource dar, sodass die koordinierende Stelle initial häufig im Quartier vor Ort sein sollte. Auf diese Weise bildet sie die Brücken zwischen der Community, den Peers, dem Begleitgremium sowie dem Gesundheitsamt bzw. der Kreisverwaltung.

Da das Empowerment der Zielpersonen im Fokus steht, wird die Konzipierung einer Peers-Schulung in der motivierenden Gesprächsführung bzgl. der Infektionsprävention anvisiert. Hierzu sollen auf Basis des Transtheoretischen Modells nach Prochaska et al. je nach Stadien die Motivation zur Verhaltensänderung angestoßen und Selbstwirksamkeitserfahrungen gestärkt werden. Die

salutogenetische Orientierung sowie Ressourcenorientierung sollen hier eine besondere Berücksichtigung finden, um nicht zu belehren, sondern vielmehr zu partizipieren und zu empowern, eigene Stärken zu erkennen und zu nutzen. Auf diese Weise soll die gesundheitliche Chancengleichheit dieser bisher weiterhin benachteiligten Gruppe unter Berücksichtigung des kultursensiblen Umgangs gestärkt werden.

Um das Engagement der Peers aufrechtzuerhalten sowie gewisse Verbindlichkeit auszudrücken bzw. herzustellen erfolgt diese dreitägige Peers-Schulung kurzfristig nach der erfolgreichen Rekrutierung. Nach der Schulung ist eine enge Begleitung durch die Koordinationsstelle im ersten Monat essentiell, um das Projekt bzw. die Peers innerhalb des Quartiers unterstützend zu begleiten. Anschließend sind die Peers befähigt, selbstständiger innerhalb der Community zu wirken.

Im Rahmen einer Stakeholderanalyse innerhalb der Quartiere durch die Peers unter Partizipation der jeweiligen Begleitgremien sowie der Koordinationsstelle sollen die zugrundeliegenden Bedürfnisse der Zielgruppe zunächst erfasst werden. Es gilt im vertrauenswürdigen Dialog zu erheben, wie die bisherige Pandemiesituation erlebt wurde, welche konkreten Problem- bzw. Konfliktsituationen bestehen und welche Wünsche sowie Bedürfnisse vorliegen. Der dialogorientierte Ansatz soll den Stakeholdern Gehör verschaffen und Raum für die Sichtweise der Community bieten. Hierbei wird die zuvor erlernte motivierende Gesprächsführung angewandt und ermittelt, an welcher Stelle die Zielpersonen stehen. Mittels dieser kultursensiblen Kommunikationstechniken soll die Community bei der Aufbereitung des pandemischen Erlebens begleitet werden. Die Peers sollen die Zielgruppe dazu stärken, ihre eigene Gesundheitskompetenz zu stärken.

Die ermittelten Analyseergebnisse werden den Begleitgremien, der Koordinationsstelle sowie der strategischen Ebene am Runden Tisch vorgesellt. Anschließend sollen zusätzlich zum dialogorientierten Ansatz zur Stärkung der Gesundheitskompetenzen innerhalb der Quartiere weitere ergänzende Präventionsmaßnahmen konzipiert und durch die Peers implementiert werden. Zentrale Informationen sollten dabei in eine zielgruppengerechte Sprache übersetzt werden. Hier sollten die unterschiedlichen Bildungsvoraussetzungen, kulturelle, sprachliche sowie altersabhängige Unterschiede berücksichtigt werden und verständliche, entscheidungs- sowie handlungsrelevante Formate genutzt werden, die der Aufklärung und nicht der Persuasion dienen. Bei der Überführung in eine zielgruppengerechte Ansprache werden die Erkenntnisse aus den jeweiligen Stakeholderanalysen der Quartiere einbezogen. Ein Ansatz könnte u.a. der Einsatz von Social Media sein. Vorstellbar wäre hier insbesondere die Plattform TikTok, die videobasiert arbeitet, sodass gemeinsam mit den Communities kurze Videosequenzen gestaltet und veröffentlicht werden könnten. Auf diese Weise könnte man die Problemlagen innerhalb der Quartiere konkret aufgreifen, abbilden und mögliche Lösungsstrategien visualisieren. Da die Communities direkt integriert würden, stärkt dies sowohl die Authentizität sowie die Wertschätzung und folglich die Selbstwirksamkeit innerhalb der Quartiere. Auf diese Weise würde anhand eines solchen Social Media Auftritts sowohl die Zielgruppe als auch die sog. Follower profitieren. Nichtsdestotrotz muss berücksichtigt werden, dass manche Zielgruppen, wie Menschen mit Migrationshintergrund oder bildungsfernere Personen über die klassischen oder modernen Medienrepertoires unterschiedlich gut erreicht werden. Deshalb sind die Peers besonders relevant, um über interpersonale Kommunikation auf die jeweiligen Bedürfnisse einzugehen und etwaige Brückenfunktionen zu übernehmen.

Im Anschluss erfolgt ein erneuter Austausch über den Erfolg und etwaige Anpassungen an einem weiteren Runden Tisch.

Durch die Messung und den Abgleich der Inanspruchnahme mobiler Impfangebote in betroffenen Siedlungsblöcken, den Schweregrad der Erkrankungen sowie der Entwicklung der Infektionszahlen innerhalb der Kommunen wird der Erfolg des Peer to Peer Ansatzes überprüft. Die Ergebnisse sollten im Anschluss an die Projektphase auf der normativen sowie strategischen Ebene, in den Begleitgremien, mit der Koordinationsstelle und den Peers vorgestellt sowie diskutiert werden.

Bei dem Peer-to-Peer Projekt handelt es sich um ein gefördertes Projekt des LZG.NRW mit einer Laufzeit vom 01.10.2022 bis 31.05.2023. Nach Erprobung des Ansatzes in der SARS-CoV-2-Infektionsprävention wird ein Rollout auf weitere Präventionsbereiche angestrebt.

„Bewegung im Stadtteil“ – Verstetigung eines Best-Practice-Ansatzes

Autorinnen/Autoren P. Aleksandrowicz¹, S. Pohl¹, E. Geisler², M. Gelfert³, A. Hubrich⁴, P. Looks¹

Institute 1 Amt für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden; 2 Wissensimpuls GbR Dresden; 3 Techniker Krankenkasse, Leipzig; 4 novaworx, Dresden

DOI 10.1055/s-0043-1762738

Hintergrund Die Landeshauptstadt Dresden hat einen ihrer WHO-Arbeitschwerpunkte seit mehr als 30 Jahren im „Gesunden und aktiven Altern“ sowie in der „Förderung der körperlichen Aktivität“. Im Projekt „Bewegung im Stadtteil“ werden beide Themen in der Praxis vereint. Im Rahmen eines partizipativen Projektes wurden seit 2012 gemeinsam mit Senior:innen Stadtteilsparziergänge in Dresden erarbeitet und in Broschüren dokumentiert. Vorbild war hierfür das Kölner Projekt „Ein Rundgang mit Tiefgang“. „Bewegung im Stadtteil“ fand großes Interesse in der Bevölkerung, so dass eine Vielzahl von Rundgängen initiiert und später in Form von Broschüren beschrieben wurden. Aus diesem Ergebnis heraus und aufgrund der stetigen Nachfrage nach partizipativen Arbeitsgruppen entstand die Idee einer Schulung für Multiplikator:innen. Mit Unterstützung der Techniker Krankenkasse wurde ein Schulungskonzept erarbeitet und umgesetzt. Seit 2022 wird zusätzlich der Ansatz verfolgt, neue Zielgruppen zu erschließen (bspw. Personen mit körperlichen Einschränkungen, langzeiterwerbslose Personen und Bewohner:innen von Seniorenwohnanlagen).

Vorgehen In Kooperation mit Wissensimpuls GbR Dresden wurde ein Schulungskonzept für Multiplikator:innen zur Leitung partizipativer Arbeitsgruppen für die Erarbeitung sowie Entwicklung von Bewegungsbroschüren und Durchführung von Stadtteilsparziergängen konzipiert. Anschließend wurden erste Schulungen durchgeführt. Die Schulungen selbst sowie das außerdem entstandene Handlungsmanual für Multiplikator:innen wurden sowohl formativ als auch summativ evaluiert. Die Evaluation wurde durch das externe Unternehmen novaworx aus Dresden begleitet.

Ergebnisse Die Anwender:innen konnten auf Basis der Schulung und des Manuals eigene Rundgänge im Rahmen der partizipativen Arbeit mit Bürger:innen konzipieren und in Broschüren übertragen. Die Schulungen finden weiterhin statt und wurden u.a. im Rahmen eines bundesdeutschen digitalen Kompetenzforums im „Gesunde-Städte-Netzwerk“ vorgestellt. Die Schulung wurde zudem über die Stadtgrenze hinaus angeboten, so dass bereits in weiteren Land- und Stadtkreisen „Bewegung im Stadtteil“ umgesetzt werden kann. Durch den Quartiersansatz können Menschen an ihrem Lebensort abgeholt werden, erwerben neue Kompetenzen bei der Gestaltung der Rundgänge und können sich über die vor Ort ansässigen Vereine mit Nachbarn vernetzen. Mittlerweile erreichen das Amt für Gesundheit und Prävention eigenständige Anfragen von Bürger:innen und Vereinen aufgrund Interesse an der partizipativen Gestaltung neuer Rundgänge.

Fazit Die Ergebnisse der Evaluation zu Schulung und Handlungsmanual sind positiv zu werten. Mit der Durchführung der Schulungen wurde der Grundstein für eine Verstetigung von „Bewegung im Stadtteil“ gelegt. Die Schulung führte dazu, dass weitere Personen befähigt wurden, „Bewegung im Stadtteil“ durchzuführen und somit das gesunde und aktive Altern sowie die Förderung der körperlichen Aktivität der Bürger:innen zu unterstützen. Dennoch muss die weitere übergeordnete Koordination im Amt für Gesundheit und Prävention liegen, um die vielen Aktionen wie Eröffnungen der neuen Rundgänge, zielgruppenspezifische Veranstaltungen sowie die Erstellung neuer Broschüren rund um „Bewegung im Stadtteil“ zu steuern. Darüber hinaus können mit Hilfe von „Bewegung im Stadtteil“ Synergien zwischen verschiedenen Bereichen

des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verdeutlicht werden. So werden thematische Führungen mit Bezug zu Tumorberatung (Hinweise zum Sonnenschutz und zu gesunder Lebensführung für Tumorerkrankte und Angehörige) und Hitzevorsorge (Hinweise zum Vermeiden von hitzebedingten Gesundheitsfolgen) angeboten.

Sozialraumanalyse mit Daten der Schuleingangsuntersuchungen in Frankfurt am Main

Autorinnen/Autoren M. Schade

Institut Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Wissenschaft, Gesundheitsberichterstattung und -förderung, Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0043-1762739

Hintergrund Sozialräumliche Analysen liefern einen immer größer werdenden Beitrag in der Gesundheitsberichterstattung bei der Ableitung von Handlungsempfehlungen für gesundheitsförderliche und präventive Aktivitäten. Mit ihrer Hilfe lassen sich kleinräumig Bedarfe für gezielte Aktivitäten und vulnerable Zielgruppen ableiten. Die Daten der Schuleingangsuntersuchungen sollen in dieser Analyse sozialräumlich untersucht werden, um mögliche Handlungsbedarfe in sozial benachteiligten Quartieren in Frankfurt am Main aufzuzeigen.

Methodik Für die Analyse wird auf sozioökonomische Parameter der amtlichen Statistik auf Stadtteilebene/Stadtbezirksebene zurückgegriffen. Ebenfalls erfolgt die Berechnung eines zusammenfassenden Sozial-Indexwertes der genutzten Parameter als Proxymaß für die soziale Lage im jeweiligen Stadtteil/Stadtbezirk. In einem weiteren Schritt werden die Daten der Schuleingangsuntersuchungen der letzten 6 Jahre nach Stadtteil/Stadtbezirk ausgewertet und mit den Daten der amtlichen Statistik verschnitten, um mögliche Zusammenhänge zu identifizieren. Zusätzlich soll der Versuch unternommen werden, die Resultate mit der Covid Inzidenz bei Kindern dieser Alterskohorte in den Stadtteilen/Stadtbezirken zu verschneiden, um mögliche Zusammenhänge den zuvor verschnittenen Parametern (soziale Lage und SEU Variablen) zu verdeutlichen. Die sozialräumlichen Analysen erfolgen mit ARC GIS Pro und die statistischen Analysen mit SPSS 22.

Ergebnisse Derzeit liegen noch keine Analyseergebnisse vor. Es wird angenommen, dass ein räumlicher Zusammenhang zwischen Faktoren der Sozialen Lage und den erfassten Parametern der Schuleingangsuntersuchungen (z.B. Vorsorgestatus, Impfungen, Gewichtsstatus, Entwicklungsauffälligkeiten, Deutschkenntnis, Kitabesuch, SOPESS, usw.) besteht, wobei schlechtere Resultate häufiger in räumlichen Einheiten mit schlechteren sozialen Lebensverhältnissen vorhanden sind. Gleichwohl wird der Hypothese nachgegangen, dass auch die COVID 19 Inzidenz bei Kindern dieser Altersgruppe mit der sozialen Lage im Stadtteil und schlechteren Resultaten der Schuleingangsuntersuchungen assoziiert ist.

Diskussion Die Ergebnisse sollen Hinweise liefern, in welchen Stadtteilen und Stadtbezirken der Stadt Frankfurt am Main gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen zu den einzelnen untersuchten Parametern unter Berücksichtigung der sozialen Einflussgrößen für bestimmte Zielgruppen vorrangig angezeigt sind.

Kommunale Gesundheitsplanung durch den ÖGD

Autorinnen/Autoren J. Brockschneider, J. Neubauer, K. Prosser, J. Seubert, B. Szagun

Institut RWU Hochschule Ravensburg-Weingarten University of Applied Sciences Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, Weingarten

DOI 10.1055/s-0043-1762740

Kommunale Gesundheitskonferenzen (KGK) als ÖGD-verantwortete Planungsgremien sind bundesweit vorzufinden, aber nur in wenigen Bundesländern gesetzlich normiert. Sie gelten als wichtige regionale Koordinationsstrukturen für Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung, sind jedoch lückenhaft untersucht, da bisherige Analysen vor allem auf Länderebene vorliegen. Ziel ist es daher, die Arbeit der mehrjährig landesgesetzlich ver-

ankerten KGK hinsichtlich der Themen, Aktivitäten und förderlichen Bedingungen bundesweit vergleichend zu analysieren.

Angewandt wird ein exploratives und nonreaktives Studiendesign. Im Rahmen eines systematischen Onlinescreenings der KGK-Präsenzen werden mittels einer quantitativen Dokumentenanalyse sowohl Themenkomplexe als auch der Aktivitätsgrad der KGK eingeschätzt. Analysiert werden Assoziationen mit strukturellen Voraussetzungen auf kommunaler und Länderebene, um förderliche wie auch hinderliche Faktoren für die Etablierung und Umsetzung der KGK herauszuarbeiten. Bezüge zur Gesundheitsberichterstattung (GBE), Gebietskörperschaft, kommunaler Größe und Ansiedlung des ÖGD in der Kommunalverwaltung werden auf Basis der Datenbank GBE-Monitor untersucht. Landesgesetzlich verankerte KGK sind in den Bundesländern Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen in Landkreisen, kreisfreien Städten oder kumuliert über mehrere Kommunen sowie in Hamburg und Berlin auf Stadtbezirksebene eingerichtet. Daraus ergibt sich eine Stichprobe von 110 ÖGD-Einheiten, die sich aus 60 Landkreisen, 25 kreisfreien Städten, 6 kumulierten ÖGD-Einheiten und 19 Bezirksämtern zusammensetzt. Die Größe der untersuchten Landkreise, kreisfreien Städte und kumulierten ÖGD-Einheiten lag zwischen etwa 100.000 und 1 Million Einwohner:innen, in 74 % davon erfolgte in den Jahren 2010 bis 2019 GBE.

Aufgrund der föderalen ÖGD-Struktur ist zu erwarten, dass sich thematische Bezüge zwischen einerseits den KGK und andererseits den landesgesetzlichen Regelungen und Landesgesundheitszielen zeigen. Ebenfalls erwartbar sind Unterschiede zwischen Gebietskörperschaften, etwa ein Schwerpunkt von Versorgungsstrukturthemen v.a. in ländlichen Kreisen. Auch die Größe der Kommune und die strukturelle Ansiedlung des ÖGD in der jeweiligen Kreisverwaltung könnten Einfluss auf die Themenauswahl und Aktivität haben. Limitationen der angewandten Methodik werden diskutiert.

Das Gesunde Städte Netzwerk – eine bundesweite Vernetzungs-Plattform zum Austausch und zur kommunalen Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit

Autorinnen/Autoren J. Bauer^{1,2}, A. Christ^{1,2}, Katrin Steul²

Institute 1 Gesunde Städte Netzwerk Sekretariat, Frankfurt am Main;

2 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Abteilung für Umwelt & Hygiene, Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0043-1762741

Die Notwendigkeit eines auch unter Anspannungen funktionierenden öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in der Kommune und auf Ebene der Länder sowie des Bundes wurde insbesondere in den vergangenen Jahren deutlich. In allen Altersgruppen sind Wohlbefinden und eine gesunde Lebensqualität von hoher Relevanz. Vor allem Zielgruppen, die ein geringeres Einkommen haben, und deren soziale Lage eine geregelte Teilhabe an den gesundheitlichen Leistungen selten zulässt, sollten verstärkt berücksichtigt und unterstützt werden. Dennoch wird seit Jahrzehnten an Personal und finanzieller Ausstattung im ÖGD gespart, wodurch die Gesundheitsförderung nicht ausreichend und nachhaltig umgesetzt werden kann. Aufgrund der Vielfalt von Kommunen und den verschiedenen Verwaltungsebenen sollten Lösungsansätze in einer partizipativen, Kontext-spezifischen Vorgehensweise diskutiert werden.

Das 1989 gegründete Gesunde Städte-Netzwerk (GSN) verfolgt genau solch einen Lösungsansatz: es steht repräsentativ für viele Arten und Größenklassen bundesdeutscher kommunaler Körperschaften (kommunale Träger und zivilgesellschaftliche Vertreter) und somit für diverse Zielgruppen mit unterschiedlichen Bedürfnissen. Generell tritt das Netzwerk dafür ein, dass die Gesundheitsförderung tatsächlich im Alltag aller Bevölkerungsgruppen ankommt. Umgesetzte Projekte unterstützen nicht nur die langfristige Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit, sondern dienen auch der Etablierung von Handlungsempfehlungen. So ist das GSN u.a. aufgrund seiner weitreichenden Erfahrungen im Beirat des „Pakt ÖGDs“ als kommunale Stimme vertreten.

Zusammenfassend steht das Netzwerk für die Entwicklung von Best-Practice Modellen im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung. Somit nimmt das Netzwerk als kommunale Vernetzungsplattform eine wichtige Rolle in Richtung Bundesebene ein, da es aufgrund seines Wissens und seiner Erfahrungen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung gesetzliche Entscheidungen bzw. Veränderungen mitgestalten kann und sollte.

Das Gesundheitsamt als Partner für betriebliche Gesundheitsförderung im Sozialraum

Autorinnen/Autoren J. Duwe, J.S. Borutta

Institut Fachamt Gesundheit, Bezirksamt Hamburg-Bergedorf, Hamburg

DOI 10.1055/s-0043-1762742

Hintergrund Der Erhalt und die Förderung der Gesundheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gewinnen in Zeiten der gesundheitlichen Krisensituationen und des zunehmenden Fachkräftemangels an Bedeutung. Über die Hälfte aller Beschäftigten sind in Deutschland in Klein- und Mittelständischen Unternehmen (KMU) tätig. Gerade hier besteht aber häufig kein funktionierendes betriebliches Gesundheitsmanagement. Somit wird eine große Anzahl von Menschen mit den entsprechenden Maßnahmen nicht erreicht. Als eine mögliche Handlungsstrategie, stellte sich 2020 das Netzwerk der *Betriebspartnerschaften Bergedorf* auf. Im Netzwerk arbeiten regionale Betriebe, Träger der Sozialversicherungen, Anbieter von Gesundheitsleistungen aus dem Sozialraum u.a. und als Mitinitiator das Fachamt Gesundheit in Hamburg-Bergedorf pilothaft zusammen.

Methodik Es werden Informations- und Netzwerkveranstaltungen für Betriebe aus dem Sozialraum angeboten. Das Fachamt Gesundheit unterstützt die Öffentlichkeitsarbeit, trägt die Informationen zum Netzwerkangebot in den Sozialraum und in die Betriebe, berät und unterstützt mit Vorträgen.

Ziel Nutzung der Angebote zum Gesundheitsmanagement und zur Gesundheitsförderung des Sozialraums und der Projektpartner durch die Betriebe und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Ergebnisse Bis zum Oktober 2022 konnten 7 Informationsveranstaltungen für KMU in Präsenz oder digital, durchgeführt werden. Thematisch behandelt wurden insbesondere die Ergonomie und des Ernährungsverhaltens am Arbeitsplatz. Zudem gab es Veranstaltungen zur Einführung in das betriebliche Gesundheitsmanagement und zum Umgang mit Wiedereingliederungsmaßnahmen im Betrieb, sowie zu aktuellen Belastungen, wie z. B. dem Umgang mit Corona-Schutzvorschriften. Obendrein wurde im Sommer 2022 eine Veranstaltung durchgeführt, die primär die Bekanntmachung des Netzwerkes im Sozialraum sowie die Vernetzung der Teilnehmenden zum Ziel hatte. Zur niederschweligen Akquise von KMU aus dem Sozialraum wurden Schlüsselpersonen (Sportprominenter und Profimusikerin) eingeladen und eine kostenlose kulinarische Begleitung angeboten. Das Fachamt Gesundheit bzw. das Bezirksamt Bergedorf war Gastgeber für diese Veranstaltung und hat die Öffentlichkeitsarbeit übernommen.

Diskussion Die Nutzung von bekannten Strukturen der Projektpartnerinnen und Projektpartner, die direkte Ansprache von Betrieben und Anbieterinnen und Anbietern von Gesundheitsleistungen sowie die Beteiligung des Gesundheitsamtes mit seinem kommunalen Gesundheitsförderungsmanagement und die verschiedenen Netzwerkveranstaltungen direkt im Bezirk scheinen, die Beteiligung an dem Netzwerk als Angebot für Betriebe und Anbieterinnen und Anbietern von Gesundheitsleistungen, attraktiv zu machen. Es braucht weitere Veranstaltungen, eine feste Ansprechperson im Sozialraum und ggf. eine elektronische Austauschplattform, damit KMU befähigt werden, sich benötigte Informationen über betriebliche und sozialräumliche Gesundheits- und Präventionsmaßnahmen einzuholen, sich untereinander zu vernetzen und einen langfristigen Austausch der Betriebe untereinander zu etablieren.

Sterblichkeit an COVID-19 in Frankfurt am Main

Autorinnen/Autoren R. Ellwanger, P. Tinnemann, U. Götsch

Institut Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0043-1762743

Hintergrund Sterbedaten sind ein wichtiger Parameter für die Beurteilung der Schwere von Pandemiewellen. Umso wichtiger ist ihre korrekte Erfassung. Aufgrund versäumter Testungen und fehlender Meldungen ist von einer Untererfassung auszugehen. Anhand eines erweiterten Verfahrens zur Erfassung von Todesfällen beschreiben wir die Sterbefallzahlen in Frankfurt über den Verlauf der Pandemie und diskutieren das aktuelle Meldeverfahren. Methoden Die Erfassung der Sterbedaten erfolgt im Gesundheitsamt Frankfurt auf zwei Wegen: Todesdaten wurden zum einen durch Meldungen nach § 6 IfSG und Fallermittlungen nach §§ 25 und 29 IfSG erhoben. Zusätzlich erhält das Gesundheitsamt durch die hausinterne Bearbeitungsstelle der Leichenschauischeine alle Scheine, auf denen COVID-19 vermerkt ist. Es findet ein Abgleich mit den Falldaten statt. In etlichen Fällen wurde das Todesereignis in den Falldaten ergänzt. In die Auswertung eingeschlossen wurden Fall- und Todesmeldungen aus dem Erfassungszeitraum 02. März 2020 bis zum Ende der fünften Pandemiewelle am 29. Mai 2022, die die Referenzdefinition erfüllen. Die Daten wurden anhand der vom RKI eingeteilten Phasen der Pandemie strukturiert. Ergebnisse In Frankfurt am Main sind bis zum 29. Mai 2022 1356 COVID-19 assoziierte Todesfälle erfasst worden. Die Letalität im gesamten Zeitraum beträgt 0,58 %, wobei sie mit 4,62 % in der 1. Welle von Kalenderwoche 10/2020 bis 20/2020 am höchsten war und in den folgenden Wellen kontinuierlich gefallen ist auf zuletzt 0,14 % bis zum Stichtag, dem 29.05.2022. Der Altersmedian der verstorbenen Frauen beträgt 84 Jahre, der der Männer 79 Jahre. Ohne Berücksichtigung der Altersstruktur haben Männer gegenüber Frauen ein relatives Risiko von 1,32 (95 % KI [1,19-1,47]), an COVID-19 zu versterben. Stratifiziert man nach Altersgruppen, so ist das relative Sterberisiko von Männern gegenüber Frauen in der Altersgruppe der 51-60jährigen mit 3,9 (95 % KI [2,1-7]) am größten. Über alle Altersgruppen errechnet sich ein alterskorrigiertes relatives Risiko von 1,68 (95 % KI [1,5-1,87]). Mit zunehmender Tendenz im Laufe der Pandemie sind 25 %-40 % der im Leichenschauchein vermerkten durch COVID-19 oder in zeitlichem Zusammenhang damit aufgetretene Todesfälle nicht nach § 6 IfSG gemeldet worden. Diskussion Die Letalität von SARS-CoV-2 hat im Laufe der Pandemie kontinuierlich abgenommen. Als Hauptfaktoren kommen hierfür die zunehmende Immunisierung der Bevölkerung durch Impfung oder vorangehende Infektion, bessere Therapiemöglichkeiten, und die im Laufe der Pandemie nachlassende Letalität der Varianten in Betracht. Die Letalität von Männern ist in allen Altersgruppen signifikant höher als die der Frauen, besonders in der Gruppe der 51-60jährigen. Eine hohe Untererfassung von Fällen insbesondere in der 1. Welle aufgrund fehlender Testkapazitäten und eine generelle Untererfassung von Todesdaten aufgrund eines umständlichen Meldeverfahrens müssen bei der Bewertung berücksichtigt werden. Ein bedeutender Anteil der in den Leichenschaucheinen vermerkten Todesfälle an oder mit COVID-19 wurden zuvor nicht gemeldet. Eine Digitalisierung des Meldeweges ist ebenso dringend notwendig wie die der Leichenschauischeine mit einer Schnittstelle zur Meldesoftware.

Hintergrund Sterbedaten sind ein wichtiger Parameter für die Beurteilung der Schwere von Pandemiewellen. Umso wichtiger ist ihre korrekte Erfassung. Aufgrund versäumter Testungen und fehlender Meldungen ist von einer Untererfassung auszugehen. Anhand eines erweiterten Verfahrens zur Erfassung von Todesfällen beschreiben wir die Sterbefallzahlen in Frankfurt über den Verlauf der Pandemie und diskutieren das aktuelle Meldeverfahren.

Methoden Die Erfassung der Sterbedaten erfolgt im Gesundheitsamt Frankfurt auf zwei Wegen: Todesdaten wurden zum einen durch Meldungen nach § 6 IfSG und Fallermittlungen nach §§ 25 und 29 IfSG erhoben. Zusätzlich erhält das Gesundheitsamt durch die hausinterne Bearbeitungsstelle der Leichenschauischeine alle Scheine, auf denen COVID-19 vermerkt ist. Es findet ein Abgleich mit den Falldaten statt. In etlichen Fällen wurde das Todesereignis in

den Falldaten ergänzt. In die Auswertung eingeschlossen wurden Fall- und Todesmeldungen aus dem Erfassungszeitraum 02. März 2020 bis zum Ende der fünften Pandemiewelle am 29. Mai 2022, die die Referenzdefinition erfüllen. Die Daten wurden anhand der vom RKI eingeteilten Phasen der Pandemie strukturiert.

Ergebnisse In Frankfurt am Main sind bis zum 29. Mai 2022 1356 COVID-19 assoziierte Todesfälle erfasst worden. Die Letalität im gesamten Zeitraum beträgt 0,58 %, wobei sie mit 4,62 % in der 1. Welle von Kalenderwoche 10/2020 bis 20/2020 am höchsten war und in den folgenden Wellen kontinuierlich gefallen ist auf zuletzt 0,14 % bis zum Stichtag, dem 29.05.2022. Der Altersmedian der verstorbenen Frauen beträgt 84 Jahre, der der Männer 79 Jahre. Ohne Berücksichtigung der Altersstruktur haben Männer gegenüber Frauen ein relatives Risiko von 1,32 (95 % KI [1,19-1,47]), an COVID-19 zu versterben. Stratifiziert man nach Altersgruppen, so ist das relative Sterberisiko von Männern gegenüber Frauen in der Altersgruppe der 51-60jährigen mit 3,9 (95 % KI [2,1-7]) am größten. Über alle Altersgruppen errechnet sich ein alterskorrigiertes relatives Risiko von 1,68 (95 % KI [1,5-1,87]). Mit zunehmender Tendenz im Laufe der Pandemie sind 25 %-40 % der im Leichenschauschein vermerkten durch COVID-19 oder in zeitlichem Zusammenhang damit aufgetretene Todesfälle nicht nach §6 IfSG gemeldet worden.

Diskussion Die Letalität von SARS-CoV-2 hat im Laufe der Pandemie kontinuierlich abgenommen. Als Hauptfaktoren kommen hierfür die zunehmende Immunisierung der Bevölkerung durch Impfung oder vorangehende Infektion, bessere Therapiemöglichkeiten, und die im Laufe der Pandemie nachlassende Letalität der Varianten in Betracht. Die Letalität von Männern ist in allen Altersgruppen signifikant höher als die der Frauen, besonders in der Gruppe der 51-60jährigen.

Eine hohe Untererfassung von Fällen insbesondere in der 1. Welle aufgrund fehlender Testkapazitäten und eine generelle Untererfassung von Todesdaten aufgrund eines umständlichen Meldeverfahrens müssen bei der Bewertung berücksichtigt werden. Ein bedeutender Anteil der in den Leichenschauschein vermerkten Todesfälle an oder mit COVID-19 wurden zuvor nicht gemeldet. Eine Digitalisierung des Meldeweges ist ebenso dringend notwendig wie die der Leichenschauschein mit einer Schnittstelle zur Meldesoftware.

Der Geh-sundheitspfad in der Landeshauptstadt Dresden – eine bewegungsfördernde Maßnahme in zwei Stadtteilen

Autorinnen/Autoren A. Herrmann¹, A. Zscheppang¹, M. Gronwald², P. Looks²

Institute 1 Medizinische Fakultät, Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung/Forschungsverbund Public Health Sachsen, Dresden;

2 Landeshauptstadt Dresden, Amt für Gesundheit und Prävention, Dresden
DOI 10.1055/s-0043-1762744

Hintergrund Regelmäßige körperliche Aktivität ist ein Schlüsselfaktor für die Prävention und den Umgang mit nichtübertragbaren Erkrankungen wie Diabetes Mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder diversen Krebsarten. Darüber hinaus profitieren auch die psychische Gesundheit und das Körpergewicht von regelmäßiger körperlicher Betätigung (WHO, 2020, S. 2) [1]. Nur über eine aktive Integration von Bewegung in den Alltag, kann die körperliche Aktivität nachhaltig gesteigert werden. Das Zulußgehen ist eine natürliche, nachhaltige und obendrein kostenlose Form der Fortbewegung und hat zugleich positive Effekte auf die eigene Gesundheit. Es fördert einen gesunden Schlaf, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und kann vor Angst und Depressionen schützen (ebd., S. 4).

Bewegungsförderung im Stadtteil kann durch verhaltensorientierte Maßnahmen, wie z.B. Angebote von Sportvereinen, Seniorentreffs und weiteren Akteuren im nahen Lebensumfeld erreicht werden. Aber auch verhältnisorientierte Maßnahmen, wie z.B. das zur Verfügung stellen von Grünflächen, können zur Bewegung anregen. Verhältnisorientierte Maßnahmen sind aufwendiger zu etablieren und bedürfen einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. Am Beispiel des Geh-sundheitspfades, welcher nicht nur das Zulußgehen för-

dert, sondern zugleich auch die Themen Gesundheit und Umweltbildung transportieren soll, wird eine verhältnis- und verhaltensorientierte Maßnahme aus der Landeshauptstadt Dresden vorgestellt.

Vorgehen Der Geh-sundheitspfad adressiert zwei Zielgruppen: Menschen im Übergang in die nachberufliche Lebensphase und jene, die bereits im Ruhestand sind. Im Fokus steht die Bewohnerschaft im Quartier bzw. in angrenzenden Stadtteilen. Die Entwicklung des Geh-sundheitspfades geschah partizipativ, wobei die Vertreter:innen der beiden Zielgruppen bereits frühzeitig über die Zusammenarbeit mit einem Seniorenbegegnungszentrum in das Projekt integriert worden sind. Das Quartier wurde nach demografischen Gesichtspunkten sowie wichtigen Kontextbedingungen (d.h. zur Verfügung stehende Flächen und Akteure im Quartier) vom Projektteam ausgewählt.

Ergebnisse Der Geh-sundheitspfad informiert als Lehrpfad mit 12 Informationstafeln auf einer Laufstrecke von 10.000 Schritten über die positiven Effekte des Zulußgehens auf die Gesundheit, bietet Umweltthemen an und bringt historische Stadtteilbesonderheiten nahe. Auf diese Weise vermittelt der Geh-sundheitspfad gezielt Wissen zu Gesundheits- und Umweltthemen an eine adressierte Zielgruppe und regt zugleich zur wohnortnahen Aktivität an. Um Akzeptanz zu schaffen und die langfristige Nutzung des Geh-sundheitspfades über das Projektende hinaus zu gewährleisten, wurden die Vertreter:innen der Zielgruppen sowohl in die Streckenplanung als auch in die inhaltliche Entwicklung der Informationstafeln aktiv einbezogen. Durch die Zusammenarbeit mit Akteur:innen im Stadtteil (z.B. Städtisches Klinikum, Seniorenbegegnungszentrum etc.) wird der Geh-sundheitspfad weiterhin gut genutzt.

[1] WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Welche Fortbildungen zu Forschungsmethoden könnten Mitarbeitende im ÖGD in ihrer (wissenschaftlichen) Arbeit unterstützen? Ergebnisse einer qualitativen Datenerhebung

Autorinnen/Autoren E. Piontkowski¹, H. Röhrbein¹, J. Bischof¹, A. Herrmann¹, S. Joos¹, D. Häse¹, M.A. Rieger¹

Institut 1 Zentrum für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung Tübingen, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen
DOI 10.1055/s-0043-1762745

Hintergrund Im Kontext der Weiterentwicklung und Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Deutschland werden Empfehlungen hinsichtlich einer evidenzbasierten Arbeitsweise sowie einer eigenständigen Generierung wissenschaftlicher Erkenntnisse formuliert. Gesundheitsämter können hierbei als zentrale kommunale Behörden einen wesentlichen Beitrag leisten. Es ist jedoch unbekannt, welche wissenschaftliche Methodenkompetenz in den Gesundheitsämtern vorliegt bzw. ggf. aufgebaut werden muss, um wissenschaftlich fundiert zu arbeiten oder eigene Forschungsprojekte durchzuführen. Das Zentrum für Öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung in Tübingen (ZÖGV) bietet Qualifizierungsangebote und Methodentrainings im Bereich Versorgungsforschung an, die auch Mitarbeitende aus dem ÖGD adressieren. Um Fortbildungen zielgruppenspezifisch hinsichtlich der Bedürfnisse und Bedarfe der Mitarbeitenden im ÖGD konzipieren und weiterentwickeln zu können, wurde im Rahmen des BMG-geförderten Forschungsverbundes Infektionsschutz.Neu.Gestalten (I.N.Ge) eine qualitative Datenerhebung durchgeführt.

Methodik Im Juli und August 2022 wurden ein leitfadengestütztes Fokusgruppeninterview mit vier Teilnehmenden und acht leitfadengestützte Einzelinterviews durchgeführt. Im Rahmen der Interviews flossen so Perspektiven von Vertreter*innen aus insgesamt elf Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg in die Datenerhebung ein. Die Auswahl der Gesundheitsämter erfolgte nach dem Prinzip der maximalen strukturellen Variation, sodass die Erfahrungen aus unterschiedlich großen Gesundheitsämtern sowie solche mit einem eher städtischen oder ländlichen Zuständigkeitsbereich in der Datenerhebung abgebil-

det wurden. Mit dem Ziel Perspektiven aus verschiedenen Hierarchieebenen einzuschließen, wurden sowohl Gesundheitsamtsleitungen als auch Abteilungsleitungen und Mitarbeitende ohne Leitungsfunktion für eine Teilnahme an der qualitativen Erhebung rekrutiert. Der Interviewleitfaden umfasste Fragen zur Identifikation der selbst wahrgenommenen vorbestehenden Methodenkompetenz, der Bedürfnisse und Bedarfe an Methodenkompetenz, der Zielgruppe von Fortbildungen sowie zur Konzeption der Fortbildungen. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und unter Verwendung der Software MAXQDA im interdisziplinären Team inhaltsanalytisch nach Kuckartz ausgewertet. Im Sinn der kommunikativen Validierung wurde ein Member Check mit den Teilnehmenden der Interviews durchgeführt, in dem die empirischen Ergebnisse diskutiert und präzisiert wurden.

Ergebnisse Beim Kongress werden die Ergebnisse der qualitativen Datenerhebung präsentiert. Die vorläufige Auswertung der Einzel- und Fokusgruppeninterviews zeigt, dass in Gesundheitsämtern nur vereinzelt Kenntnisse zu Forschungsmethoden vorliegen und Forschung aufgrund unterschiedlicher Hemmnisse bislang wenig Anwendung im Berufsalltag in Gesundheitsämtern findet. Ein Fortbildungsbedarf wurde zu verschiedenen Forschungsmethoden, z.B. im Bereich der Datenerhebung und -auswertung, formuliert. Darüber hinaus wurde der Wunsch nach weitergehenden Unterstützungsangeboten bei Forschungsvorhaben geäußert.

Kann der Theorie-Praxis-Transfer zwischen Wissenschaft und öffentlichem Gesundheitsdienst gelingen? Eine Kooperation von Gesundheitsamt Frankfurt und Hochschule Fulda

Autorinnen/Autoren M. Schade^{1,2}, D. Niebuhr¹

Institute 1 Hochschule Fulda, Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Fulda; 2 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Wissenschaft, Gesundheitsberichterstattung und -förderung, Frankfurt am Main
DOI 10.1055/s-0043-1762746

Hintergrund Immer wieder wird gefordert, dass die Verzahnung von Wissenschaft und Public Health Praxis intensiviert werden muss. Aus diesem Grund führt das Gesundheitsamt Frankfurt erstmalig in Kooperation mit der Hochschule Fulda im forschungsorientierten Master Public Health ein gemeinsames Forschungsprojekt über 2 Semester durch (KiNG-SEU – Kindergesundheit-Schuleingangsuntersuchungen). Die mit der SARS-CoV-2-Pandemie einhergehenden Herausforderungen lieferten dafür die aktuelle Thematik. Das Ziel dabei ist die Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die physische und psychische Kindergesundheit der Einschüler:innen in einem Scoping-Review mit deutschem Schwerpunkt zu untersuchen und die Schuleingangsuntersuchungen der Einschüler:innen von 2017-2022 gemeinschaftlich auszuwerten. Dieser Erfahrungsbericht soll anderen Kommunen eine gute Möglichkeit der Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis aufzeigen.

Kooperation Im Rahmen eines Kooperationsvertrags betreuen eine Hochschulprofessorin und eine Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes gemeinschaftlich 16 Studierende. Die Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes hat einen Lehrauftrag übernommen und wird hierfür vom Arbeitgeber freigestellt. Die systematische Literaturliteraturarbeit und kritische Bewertung der Studien erfolgte federführend durch die Hochschule und die Auswertung der Daten mit den Studierenden federführend durch das Gesundheitsamt. Die Veranstaltungen (3 SWS pro Semester) finden seit dem Sommersemester wöchentlich bzw. zweiwöchentlich zumeist in Präsenz statt. Daten des Gesundheitsamtes wurden anonymisiert zur Verfügung gestellt. Am Ende des Projektforschungssemesters erfolgt eine Evaluation mittels Fokusgruppeninterview.

Umsetzung Ein Semester der Projektlaufzeit ist bislang erfolgt und die Literaturliteraturanalyse soweit durchgeführt und die wesentlichen Erkenntnisse zusammengetragen. Die SEU-Daten von 2017-2019 wurden im ersten Semester ebenfalls ausgewertet. Die Studierenden bekommen kontinuierlich Input von der Projektleitung und arbeiten selbständig in Kleingruppen zusammen. Ergebnisse ihrer Arbeit werden regelmäßig im Plenum diskutiert und besprochen. Im

zweiten Semester erfolgt im Schwerpunkt die Auswertung der Daten von 2020-2022 und es wird eine Nacherfassung der Literatur Ende Dezember vollzogen. Die Studierenden empfinden die Zusammenarbeit bislang als Bereicherung, da theoretische Arbeit (Literaturliteraturanalyse) und praktisches Handeln (Auswertung Daten Gesundheitsamt) miteinander verknüpft werden. Der praktische Arbeitsbezug in Kooperation mit einem Gesundheitsamt wird als nützlich erachtet.

Schlussfolgerung Die durchgeführte Zusammenarbeit zwischen Hochschule und Gesundheitsamt im Rahmen des Forschungsprojektes mit Masterstudierenden in Public Health zu thematisch aktuellen Fragen und Aufgaben kann als gewinnbringend und zukunftsweisend angesehen werden – auch für andere Kommunen – und hat für beide Institutionen einen bedeutenden Mehrwert. Die Studierenden lernen konkrete praktische, methodische und fachlich-inhaltliche Arbeitszusammenhänge in einer Kommune kennen und können diese in ihren zukünftigen Arbeitsalltag übertragen. Ebenfalls wird selbständiges Arbeiten in Gruppen befördert. Das Gesundheitsamt erhält dadurch Unterstützung in der Datenauswertung und -aufbereitung sowie einen aktuellen Erkenntnisstand der Kindergesundheit während der Pandemie nach wissenschaftlichen Standards.

Community Health Nurse – eine neue pflegerische Rolle im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Autorinnen/Autoren A. Weskamm

Institut Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK, Berlin
DOI 10.1055/s-0043-1762747

Ende 2020 hat die Bundesregierung den Pakt für den ÖGD beschlossen. Bund und Länder unterstreichen die herausragende Bedeutung des ÖGD für den Schutz der Bevölkerung, inklusive einer Stärkung der Gesundheitsförderung, der Prävention, des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsplanung. Die Berufsgruppe der Pflege arbeitet zwar von jeher im ÖGD, aber wie viele, in welchen Bereichen, mit welchen Aufgaben und welchen (Zusatz-)qualifikationen ist weitgehend unbekannt. Im Koalitionsvertrag Bund ist die Etablierung der Community Health Nurse festgeschrieben, die – nach internationalem Vorbild – auch ein Potenzial für die Weiterentwicklung des ÖGD in Richtung Public Health darstellen kann. Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen können in verschiedenen Settings tätig sein, wie beispielsweise in Primärversorgungseinrichtungen, Gesundheitszentren oder -kiosken, ambulanten Pflegediensten, im öffentlichen Gesundheitsdienst, in kommunalen Einrichtungen oder in Schulen. Ein erweitertes Aufgabensfeld des ÖGD erfordert die Einbeziehung weiterer Berufsgruppen. Seit 2020 werden Community Health Nurses in pflegewissenschaftlich ausgerichteten Studiengängen auf Master-Ebene qualifiziert. Eine Erstqualifikation als Pflegefachperson gemäß Pflegeberufegesetz und Berufserfahrung in der Pflege ist Voraussetzung. Sie erwerben Kompetenzen z.B. zur Analyse sozialräumlicher Daten zur gesundheitlichen und sozialen Lage und aktuellen Entwicklungen, die Ermittlung regionaler Bedarfe insbesondere bei chronischen Erkrankungen sowie der Ausbau in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsschutz, Gesundheitsplanung und Gesundheitskompetenz. In dem Beitrag sollen Chancen und Potenziale der Community Health Nurse im ÖGD, aber auch der Primärversorgung, der kommunalen Daseinsvorsorge und der ambulanten Versorgung dargestellt werden.

Die aktuelle Situation der Public-, Global- und One-Health-Ausbildung im Medizinstudium in Zeiten der Globalisierung und zunehmender Gesundheitsbedrohungen

Autorinnen/Autoren N. Sapoutzis^{1,2}, L. Corazza², M. Wijnen-Meijer²

Institute 1 Hochtaunuskreis – Der Kreisausschuss Fachbereich 60.50 – Gesundheitsdienste, Veterinärwesen und Verbraucherschutz, Bad Homburg v.d. Höhe; 2 Technische Universität München, Fakultät für Medizin TUM Medical Education Center, München
DOI 10.1055/s-0043-1762748

Hintergrund Public, Global und One Health sind unterschiedliche Gesundheitsansätze, die sich teilweise gegenseitig beeinflussen und in der medizinischen Ausbildung immer wichtiger werden. "Public Health" ist ein Ansatz zum Schutz und zur Verbesserung der Gesundheit einer Bevölkerung. Dennoch gehen die meisten Gesundheitsbedrohungen über die nationalen Grenzen hinaus, so dass der "Global Health"-Ansatz immer wichtiger wird. Der ganzheitliche Ansatz "One Health" geht sogar noch weiter: Neben der menschlichen Gesundheit müssen auch die Gesundheit von Tieren und die Umwelt berücksichtigt werden. All diese Ansätze werden durch die Globalisierung, die zunehmende Zuwanderung und das Auftreten von Pandemien beeinflusst. Dementsprechend liegt es in der Verantwortung der Universitäten, gesundheitspolitische Ansätze in ihre Lehrpläne zu integrieren, um künftige Ärztinnen und Ärzte so auszubilden, dass sie den Anforderungen ihrer Patienten und der Bevölkerung gewachsen sind.

Methode Wir haben eine Literaturrecherche durchgeführt, um einen Überblick über die aktuelle Situation der genannten Ansätze in der medizinischen Ausbildung in verschiedenen Ländern zu gewinnen

Ergebnisse Die Studie zeigt, dass es zwar ein breites Spektrum an Public-Health-Studiengängen gibt, diese aber nur selten begutachtet werden und nur eine kleine Anzahl von Programmen für Mediziner angeboten wird. Im Gegensatz dazu wird über Global-Health-Aktivitäten in der medizinischen Ausbildung mehr berichtet, und die Hauptanbieter für Global-Health-Ausbildung sind medizinische Fakultäten. Viele Organisationen sehen die Notwendigkeit, One-Health-Themen in den medizinischen Lehrplan aufzunehmen, aber es gibt nur wenige Veröffentlichungen über die Umsetzung in der medizinischen Ausbildung.

Das Hauptproblem bei der Ausbildung von Gesundheitskonzepten ist ein fehlender Standard, die Uneinigkeit über Kompetenzen, die für den zukünftigen praktischen Einsatz relevant sind, die Übersättigung der Lehrpläne und ein Mangel an Fachwissen zu den Themen.

Für die Zukunft besteht die Notwendigkeit, Gesundheitsansätze in das Kerncurriculum der medizinischen Ausbildung zu integrieren. Daher ist es eine Möglichkeit, die Themen in bestehende Aktivitäten zu integrieren und didaktische Konzepte wie klinische Rotation, problembasiertes Lernen oder fallbasiertes Lernen zu nutzen. Darüber hinaus müssen die interprofessionelle Arbeit und die Kooperationen zwischen Medizin und Public Health verbessert werden.

Fazit Die Lehre im Bereich Public, Global und One Health erfordert ein strukturiertes und umfassendes Curriculum, das eine angemessene Ausbildung von Medizinstudenten in einer zunehmend globalisierten Welt und einer diversifizierten Patientenpopulation sicherstellt.

Die Entwicklung eines Logbuchs für das Praktische Jahr im Öffentlichen Gesundheitswesen

Autorinnen/Autoren N. Sapoutzis^{1,2}, O. Amberger³, P. Tinnemann³, M. Wijnen-Meijer²

Institute 1 Hochtaunuskreis – Der Kreisausschuss Fachbereich 60.50 – Gesundheitsdienste, Veterinärwesen und Verbraucherschutz, Bad Homburg v.d. Höhe; 2 Technische Universität München Fakultät für Medizin TUM Medical Education Center, München; 3 Stadt Frankfurt am Main Der Magistrat – Gesundheitsamt -, Frankfurt am Main
DOI 10.1055/s-0043-1762749

Hintergrund Seit einiger Zeit ist es in Deutschland möglich, dass Medizinstudierende eine Famulatur oder ein Tertial des Praktischen Jahres (PJ) im öffentlichen Gesundheitsdienst absolvieren. Es ist wichtig, die Studierenden in dieser Zeit für die Arbeit im öffentlichen Gesundheitswesen zu befähigen und zu motivieren. Eine geeignete didaktische Methode ist hier besonders relevant.

Methode Wir haben ein Logbuch entwickelt, das auf der international bewährten Methode der „Entrustable Professional Activities (EPA)“ oder „Anvertraubare Professionelle Tätigkeiten (APT)“ basiert. APTs sind definiert als Kernelemente ärztlicher beruflicher Tätigkeit, die Auszubildenden als Aufgabe übertragen werden kann sobald ausreichende Kompetenzen erworben sind.

Obwohl das APT-Konzept ursprünglich für die medizinische Weiterbildung entwickelt wurde, wird es in den letzten Jahren immer häufiger erfolgreich in der studentischen Ausbildung eingesetzt. Aus Erfahrungen in anderen Ländern und verschiedenen Disziplinen wissen wir, dass diese Methode die Studierenden gut auf die Praxis vorbereitet und aufgrund ihrer klaren Struktur sowohl für Auszubildende als auch für ihre Betreuer attraktiv ist. Um geeignete APTs für Gesundheitsämter auszuwählen und zu beschreiben, wurden Expertengespräche geführt und die beschriebenen Prozesse analysiert.

Ergebnisse Wir haben acht APTs identifiziert und in einem Logbuch beschrieben, ergänzt durch entsprechende Bewertungsinstrumente und eine Erklärung für Studierende und Betreuer. Die ausgewählten Aktivitäten sind: „Beratung einer Bürgerin/eines Bürgers zu meldepflichtigen Infektionen“, „Beratung einer Bürgerin/eines Bürgers zu sexuell übertragbaren Infektionen“, „Impfberatung einer Bürgerin/eines Bürgers“, „Kinder- und Jugendmedizin: Schuleingangsuntersuchung“, „Kinder- und Jugendmedizin: Vorsorgeuntersuchung von Kindern in Kindertagesstätten und/oder Schulen“, „Tuberkulose Fürsorge und Überwachung“, „Begutachtung einer Bürgerin/eines Bürgers im Rahmen des amtsärztlichen Dienstes“ und „Hygienebegehung in Betrieben oder medizinischen Einrichtungen“.

Fazit In der kommenden Zeit wird das Logbuch in einigen Gesundheitsämtern in Hessen erprobt und die Erfahrungen der Studierenden und Betreuer evaluiert werden.

Fachausschuss Psychiatrie – Postersitzung

08:00 – 10:00 | Tagungsraum 2

Ad-hoc Projekt: Niederschwelliges und unbürokratisches Angebot zur Teilhabe für Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Landeshauptstadt Potsdam

Autorinnen/Autoren K. Böhm, K. Hayn, E.-C. Magnussen, A. von Hohenthal, J. von Hohenthal

Institut Landeshauptstadt Potsdam, Fachbereich Öffentlicher Gesundheitsdienst, Potsdam Organic Village, Potsdam
DOI 10.1055/s-0043-1762750

Ausgangslage Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder die von einer seelischen Behinderung bedroht sind, befinden sich oftmals in einer sog. Warte- bzw. Orientierungsphase: Beispielsweise haben Sie eine lange Phase ohne Beschäftigung erlebt, sie warten auf einen Bescheid oder wollen (noch) keinen Kontakt mit dem übrigen gemeindepsychiatrischen System haben oder sind gerade in einer Entscheidungsphase über die weitere Lebensplanung und vieles weitere. Oder diese Menschen kommen aus einer (ersten) akuten Krise, aus dem stationären Setting und finden keine adäquaten niederschwelligen und unbürokratischen Anlaufstellen, um diese Phase zu begleiten.

Die Wartephase stellen für die Zielgruppe oftmals eine orientierungslose Zeit dar, was erneute Krisen hervorruft bzw. den Zustand der seelischen Gesundheit (massiv) bedroht. Hier ist ein unbürokratisches niederschwelliges tagesstrukturierendes personenzentriertes Arbeitsangebot hilfreich, um ein Anker in dieser vulnerablen Lebensphase zu sein. Bisherige Angebote sind oftmals zu hochschwellig und institutionszentriert, sind an verschiedene gesetzliche Voraussetzungen gebunden, z.B. Bescheid oder notwendige Pflichtstunden pro Tag (vgl. Friedrich-Ebert-Stiftung e.V., 2019). Die fehlende Inanspruchnahme von Hilfen kann dazu führen, dass die negativen Auswirkungen von unstrukturierten Wartephase verstärkt werden. Durch eine somit entstehende Versorgungslücke droht der Verlust der positiven Effekte von vorherigen Maßnahmen (Friedrich-Ebert-Stiftung e.V., 2019). Des Weiteren ist bei der Zielgruppe fehlende Krankheitseinsicht oftmals eine weitere Barriere für die bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Unterstützung.

Zielsetzung/Hypothese Die beschriebene Zielgruppe profitiert und benötigt vor allem niederschwellige Arbeitsangebote. Bisherige Angebote der Gemeindepesychiatrie erfüllen diese Voraussetzung nicht. Kontakt- und Beratungsstellen sind zwar niederschwellig, anonym und kostenlos für die Bürger*innen, sie bieten aber keine Teilhabe am Arbeitsleben. Die salutogenetische Bedeutung von Arbeit steht bei dem Ad-hoc Projekt im Vordergrund (vgl. Brieger & Menzel, 2019). Das Ad-hoc Projekt stellt kein Sondermilieu dar, sondern schafft eine Anbindung an den realen Wirtschaftskreislauf, gelebte Inklusion und Wirkung in den Sozialraum werden dadurch geschaffen. Mit diesem Angebot soll u.a. verhindert werden, dass sog. "Drehtür-Patienten" generiert werden. Die Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfe (EGH) soll so weit wie möglich in die Zukunft verschoben oder im besten Fall verhindert werden. Erneute Krisen können durch das Angebot reduziert und so kann eine frühe bzw. generelle Inanspruchnahme von Leistungen z.B. der EGH verhindert werden.

Methoden Das Grundprinzip: „Heute anfragen, morgen anfangen“ verdeutlicht die Niederschwelligkeit und den unbürokratischen Ansatz dieses Projektes. Es ist keine Antragstellung oder Begutachtung erforderlich. Das Ad-hoc Projekt (1 bis 5 Tage pro Woche, 2 bis 25 Std. pro Woche, max. 9 Monate) stellt den ersten Schritt nach einer (längeren) psychischen Krise oder längeren Nichtbeschäftigung dar. Die Teilhabe und Stabilisierung auf dem Projekthof durch eine fachlich geschulte Begleitung (sog. „Jobcoach“) soll den (Wieder-)Einstieg in die Tagesstruktur fördern und/oder die Arbeits- oder Ausbildungssituation auf dem Allgemeinen oder dem geschützten Arbeitsmarkt ermöglichen (Brieger & Hoffmann, 2012). Das Ad-hoc Projekt unterstützt auch dabei weitere Perspektiven zu entwickeln, diese zu verfolgen und weitere Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Das Ad-hoc Projekt ist nicht als ein dauerhaftes, unbegrenztes Angebot für die Teilnehmer*innen zu verstehen, sondern die Teilnehmer*innen werden in dieser speziellen Lebensphase unterstützt und es können weitere Schritte angebahnt werden, um eine Verbesserung der Lebens- und Gesundheitssituation zu erreichen und somit eine Verschlechterung zu verhindern. Die Menschen erleben durch das Angebot eine Stabilisation und Tagesstruktur und können am (Arbeits-)Leben teilnehmen und teilhaben. Zudem entwickeln sie soziale Kontakte und erleben so gleichzeitig Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Das Angebot wird pauschal von der Landeshauptstadt Potsdam finanziert und anteilig im Rahmen von EEEL durch das Land Brandenburg erstattet.

Schlussfolgerung Dieses Projekt stellt ein innovatives Angebot in der Gemeindepesychiatrie im Land Brandenburg bzw. im gesamten Bundesgebiet dar und ist einmalig in ihrer Niederschwelligkeit. Es ist ein erster Schritt in eine sozialgesetzbuch-übergreifende Betrachtung und einen gelebten personenzentrierten und inklusiven Ansatz.

Aktuell erfolgt eine wissenschaftliche Evaluation dieses Projektes in Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Brandenburg, um das Projekt weiterzuentwickeln.

Einsamkeit – eine Erhebung des Ist-Zustands in sechs europäischen Ländern im Rahmen des Projektes „Kultur auf Rezept“

Autorinnen/Autoren C. Schlang

Institut Stadt Frankfurt am Main – Der Magistrat – Gesundheitsamt, Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0043-1762751

Hintergrund Das Thema Einsamkeit ist in den letzten Jahren stärker in den Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit gerückt. Nicht zuletzt durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie wird der öffentliche Gesundheitsdienst zunehmend mit der Herausforderung sozialer Isolation konfrontiert und steht in der Verantwortung, präventive Strategien zu entwickeln, um durch Einsamkeit bedingte gesundheitliche Risiken zu minimieren. Das durch das Erasmus + Förderprogramm der Europäischen Union geförderte Projekt "Kultur auf Rezept" (Culture on Prescription in Europe – COPE), an dem sich neben dem Frankfurter

Gesundheitsamt verschiedene Organisationen aus Portugal, Rumänien, Irland, Belgien, den Niederlanden und Deutschland beteiligen, untersucht, inwieweit durch neu entwickelte Kunst- und Kulturprogramme Einsamkeit und sozialer Isolation vorgebeugt und entgegengewirkt werden kann.

Fragestellung Der Vortrag geht auf die Frage ein, wie der Forschungsstand zum Thema Einsamkeit in den beteiligten Ländern ist. Neben der Epidemiologie liegt der Fokus auf (nationalen) Strategien zur Reduktion von Einsamkeit.

Methode Im Rahmen von National Reports wurde auf der Grundlage verschiedener Interviews mit Expert:innen aus den Bereichen Psychologie, Medizin, Politik, Erwachsenenbildung und Pädagogik sowie einer Sekundärforschung die Situation in den beteiligten Ländern untersucht.

Ergebnisse Angebote, die soziale Aktivitäten und gesundheitliche Prävention miteinander verbinden, sind in den beteiligten Ländern in unterschiedlichem Ausmaß vorhanden. Insgesamt konnten nur wenige Präventionsangebote identifiziert werden, die sich auf kulturelle Aktivitäten konzentrieren. Generell fehlt es an Methodik und Systematisierung.

Zusammenfassung Nähere Informationen zum Projekt und den Ergebnissen der National Reports finden Sie auch auf der Webseite <https://culture-on-prescription.eu>

„Hilfe den Menschen anpassen, nicht umgekehrt“ – Suchtberatung für Wohnungslose

Autorinnen/Autoren M. Harbaum¹, K. Czerlitzki¹, P. Pincus¹, A. von Itter², A. Melville-Drewes²

Institute 1 Düsseldorf Drogenhilfe e.V., Düsseldorf; 2 Gesundheitsamt Landeshauptstadt Düsseldorf, Düsseldorf

DOI 10.1055/s-0043-1762752

Die Problematik der Wohnungslosigkeit hat in den letzten Jahren bundesweit zugenommen. Diese Entwicklung wird auch in Nordrhein-Westfalen (NRW) durch die Zahl der erfassten wohnungslosen Menschen belegt. Am 30. Juni 2020 wurden in NRW 49.987 wohnungslose Personen registriert. Die Landeshauptstadt Düsseldorf weist dabei nach Köln die höchste Zahl an wohnungslosen Personen in NRW auf. Der Zusammenhang und die Wechselwirkung zwischen psychischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit ist vielfach dokumentiert. Nach einer Übersichtsarbeit von Gutwinsk und Mitarbeitende (2021a) zur 12-Monatsprävalenzen von psychischen Erkrankungen bei Wohnungslosen in westlichen Ländern weisen knapp 37% alkoholbezogene Störungen, 22% andere substanzbezogene Störungen und jeweils ca. 12,5% Schizophrenie sowie Depression auf.

Im Rahmen der Landesinitiative gegen Wohnungslosigkeit in Nordrhein-Westfalen – „Endlich ein ZUHAUSE!“ haben sich die Düsseldorf Drogenhilfe e.V. und der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes Düsseldorf gemeinsam das Ziel gesetzt, die Versorgungsstruktur für Menschen in multiplen Problemlagen zu verbessern.

Verstärkte Aufmerksamkeit des 4jährigen Projekts liegt dabei auf komorbiden psychischen Störungen (Doppeldiagnosen), also zeitlich parallel zur Suchterkrankung auftretende psychiatrische Krankheitsbilder. Doppeldiagnosen werden oft nicht erkannt, da z.B. im Kontakt mit Drogenkonsumenten*innen häufig psychische Probleme, wie z.B. Depression, Ängste oder Traumata fälschlicherweise als konsum- und drogenbedingte Symptome klassifiziert werden. Die Erfahrung zeigt, dass häufig keine ausführliche Anamnese oder Diagnostik mehr durchgeführt wird, sobald eine Suchtproblematik bekannt ist. Traditionell getrennte Behandlungssysteme mit Ausschlusskriterien führen zu großen Lücken, vor allem in der ambulanten Versorgung. Wohnungslose und komorbid erkrankte Menschen sind vielfach jahrelangen institutionellen Zurückweisungen, Stigmatisierungen und Ausgrenzung ausgesetzt. Im Rahmen des Projekts ist zunächst eine intensive Beziehungsarbeit notwendig. Auch müssen vor allem bürokratische Hürden überbrückt werden, um diese Menschen wieder in das Versorgungssystem (z.B. Krankenversicherung, Jobcenterleistungen, Aufenthaltstitel etc.) bringen zu können.

Mit dem sektorübergreifenden Kooperationsprojekt soll eine aufsuchende, niedrigschwellige und vernetzte Suchtberatung in Düsseldorf implementiert sowie Versorgungslücken geschlossen werden. Dazu gehört maßgeblich, dass die Lebensrealität der Betroffenen Berücksichtigung in der ambulanten Versorgung findet.

Der erste kommunal betriebene Drogenkonsumraum – Erfahrungen des Gesundheitsamtes der Stadt Köln

Autorinnen/Autoren S. Eichberg, S. Schwab, S. Lehmann, B. Brünner
Institut Gesundheitsamt der Stadt Köln, Abteilung Gesundheitsplanung und -förderung, Köln
DOI 10.1055/s-0043-1762753

Im Kölner Stadtbild sind verschiedene öffentliche Plätze sichtbar, die als Szenetreffpunkte von Konsument*innen illegaler Drogen frequentiert werden. Diese Plätze im öffentlichen Raum dienen einerseits als Treffpunkte und Aufenthaltsorte, andererseits dem Umschlag und Konsum illegaler Drogen. Der öffentliche Drogenkonsum geht häufig einher mit Verschmutzungen durch Konsumutensilien. Zusammen führt dies zu einer anhaltend hohen Beschwerdelage der Bürger*innen sowie der Gewerbetreibenden. Der Neumarkt ist der größte Hotspot in Köln. Daher hat der Rat der Stadt Köln im Juni 2016 das Drogenhilfekzept mit u.a. der Einrichtung eines Drogenhilfeangebotes mit Drogenkonsumraum am Neumarkt beschlossen. Fast sieben Jahre später wurde das Angebot in kommunaler Eigenregie in den Räumen des Gesundheitsamtes eröffnet.

Bis dies jedoch realisiert werden konnte, waren einige Herausforderungen zu bewältigen: Aufgrund der sich schwierig gestaltenden Immobiliensuche wurde zunächst ein mobiles Drogenhilfeangebot geplant und im Dezember 2019 in Betrieb genommen (Eichberg et al., 2022). Auch der Informationsaustausch mit den beteiligten Akteuren (z.B. Bezirksvertretung, Anwohnenden, ansässigen Geschäftstreibenden, öffentliche Einrichtungen, Mitarbeitende) war nicht immer reibungslos.

Im Mai 2022 wurde schließlich ein Kontaktladen mit zwei Drogenkonsumräumen in Betrieb genommen. Integriert ist die Drogentherapeutische Ambulanz mittels Mobilem Medizinischen Dienst des Gesundheitsamtes. Aber auch mit anderen Diensten des Gesundheitsamtes bestehen Synergien. Momentan ist das Angebot an 10,5 Stunden werktags und 8 Stunden am Samstag geöffnet. [1] Der Drogenkonsumraum trägt dazu bei, das Überleben der Konsumierenden zu sichern. Zudem kommt es zu einer Entlastung des öffentlichen Raumes durch Reduzierung von konsumbezogenen Verhaltensweisen. Es werden Daten zu Konsum, Beratung und Vermittlung ins Hilfesystem präsentiert. Erfahrungen in der Planung und Umsetzung des Angebotes (z.B. Personalakquise, personelle Belastung, Bedrohungen, Zusammenarbeit zu anderen städtischen Akteuren und Synergieeffekte mit anderen Fachabteilungen und Fachämtern) sollen diskutiert werden.

Literatur

[1] Eichberg S., Schwab S., Lehmann S. Mobiles Drogenhilfeangebot – ein Sucht-Projekt der Stadt Köln mit Hürden und Kompromissen. Gesundheitswesen 2022; 84: 368. doi:10.1055/s-0042-1745489

„Besondere Schutzkonzepte für psychisch kranke Wohnungslose“ – Düsseldorfer Obdach Plus und Asyl Plus

Autorinnen/Autoren I. Opala¹, C. Göbel², S. Rohstock²
Institute 1 Gesundheitsamt Landeshauptstadt Düsseldorf, Düsseldorf;
2 Amt für Migration und Integration Landeshauptstadt Düsseldorf, Düsseldorf
DOI 10.1055/s-0043-1762754

Nach Schätzungen der BAG Wohnungslosenhilfe (BAG W) waren 2020 bundesweit 417.000 Menschen wohnungslos. Davon waren 161.000 Betroffene anerkannte Geflüchtete. Ca. 45.000 Betroffene leben innerhalb eines Jahres ohne Unterkunft auf der Straße und sind demnach obdachlos. Die Gründe für Woh-

nungslosigkeit sind laut der BAG wachsende Armut bei gleichzeitig sinkendem Angebot von bezahlbarem Wohnraum und von Sozialwohnungen. Es ist davon auszugehen, dass sich die Zahl der Wohnungslosen mit Beginn des Ukraine-Kriegs im Februar 2022 inzwischen erhöht hat. Laut dem Statistischen Bundesamt wurden im August 2022 rund 70.000 Zuzüge aus der Ukraine registriert. Sowohl im Bereich der Geflüchteten, als auch im Bereich der nicht-geflüchteten Wohnungslosen spielen psychische Erkrankungen verstärkt eine Rolle. So zeigte die Seewolf-Studie (Bäumel et al., 2017), dass fast ¼ aller Wohnungslosen (74,5 %) eine behandlungsbedürftige psychische Störung aufwiesen, welche im Schnitt sechseinhalb Jahre vor dem Eintreten der Wohnungslosigkeit auftrat. 27,3 % der Betroffenen waren nicht krankheitseinsichtig und entsprechend nicht behandlungskompliant. Mit der Flüchtlingszuwanderung 2015 und 2022 wuchs auch die Zahl der geflüchteten Wohnungslosen mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen. Laut der DGPPN haben Geflüchtete durch ihre Erfahrungen in den Krisengebieten und auf der Flucht eine zehnfach höhere Rate an Posttraumatischen Belastungsstörungen. Bei dieser Gruppe an Betroffenen steht die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung laut der DGPPN jedoch zusätzlichen vor „sprachlichen, kulturellen und administrativen Hürden“, weswegen es auch hier zu einer Unterversorgung kommt.

Die Stadt Düsseldorf hat es sich zur Aufgabe gemacht die Betroffenen an das vorhandene Hilfe- und Versorgungssystem heranzuführen. Da die herkömmlichen Strukturen der Unterkünfte die Bedarfe dieses Personenkreises nicht abdecken können, wurden durch eine Kooperation zwischen dem Amt für Migration und Integration und dem Gesundheitsamt Düsseldorf die Angebote „Düsseldorfer Obdach Plus“ und „Asyl Plus“ geschaffen. Das Düsseldorfer Obdach Plus richtet sich an psychisch kranke wohnungslose Menschen, welche nicht in das psychiatrische Versorgungssystem und andere Hilfesysteme vermittelbar sind. Das Asyl Plus richtet sich an schwer psychisch kranke wohnungslose Geflüchtete, welche aufgrund ihrer Erkrankung ein besonderes Schutzbedürfnis aufweisen. In beiden Angeboten wird auf die spezifischen Bedarfe dieser Personenkreise eingegangen mit dem langfristigen Ziel einer Vermittlung in das bestehende Hilfesystem.

KONFIDU – Gemeinsam für belastete Familien

Autorinnen/Autoren K. Otterbach¹, M. Harbaum¹, U. Kraus², A. Melville-Drewes³

Institute 1 Düsseldorfer Drogenhilfe e.V., Düsseldorf; 2 Jugendamt Düsseldorf, Düsseldorf; 3 Gesundheitsamt Düsseldorf, Düsseldorf
DOI 10.1055/s-0043-1762755

Kinder psychisch- und/ oder suchtkranker Eltern haben ein stark erhöhtes Risiko, im Laufe ihres Lebens selbst an einer psychischen Störung zu erkranken. Untersuchungen zeigen jedoch, dass gerade dieser Personenkreis massiv verzögert oder gar nicht in Behandlung kommt, woraus Teilhabebeeinträchtigungen resultieren. Grund dafür sind teilweise fehlende Angebote, aber vor allem Identifikations- und Schnittstellenprobleme. Auch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP) betont in ihrer Stellungnahme aus Anlass des Parlamentarischen Abends am 26. Januar 2017 die Notwendigkeit früher präventiver Maßnahmen und einer interdisziplinären Versorgungsstruktur für psychisch belastete Familien. Fasst man die bisherige Befundlage zusammen, so scheinen eine psychotherapeutische Behandlung des erkrankten Elternteils, Maßnahmen zur Förderung der Erziehungskompetenzen und Offenheit im Umgang mit der Erkrankung wesentliche Pfeiler von Präventionsmaßnahmen für Kinder psychisch kranker Eltern zu sein.

Das vorliegende, vom Landschaftsverband Rheinland (LVR) finanzierte 2-jährige Kooperationsprojekt umfasst verschiedene Präventionsmaßnahmen für Eltern sowie Kinder und dient darüber hinaus der Implementierung eines niedrigschwelligen und institutionalisierten Zugangs für betroffene Familien. Dabei fokussiert das gemeinsame Projekt von Jugend-, Gesundheits- und Suchthilfe die Schnittstellenproblematik in der Versorgung psychisch- und suchtkrankter Eltern.

Der Bezirkssozialdienst, die Schulsozialarbeit und die Düsseldorfer Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche vermitteln betroffene Kinder und Jugendliche an die präventiven Einzel-, Gruppen- und Ferienfreizeitangebote der Suchtberatungsstelle der Düsseldorfer Drogenhilfe e. V.

Eltern mit einer bekannten Sucht- und/ oder psychischen Erkrankung werden entsprechend ihres Hilfebedarfs an die Suchtberatungsstelle oder den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) des Gesundheitsamtes angebunden. Eltern mit diffuser psychischer Belastung bzw. ohne fachärztliche Diagnose können niedrigschwellig an den Sozialpsychiatrischen Dienst zur kurzfristigen Klärung des Behandlungsbedarfes weitergeleitet werden.

Der Name des Projektes KONFIDU leitet sich von Konfido (Esperanto: > Zuversicht) ab. Das Wort Konfido steht für die Zukunft, die jede * r Einzelne für sich selbst innerhalb gegebener Grenzen gestalten kann. Diese Chance zu sehen, zu ergreifen und der eigenen Zukunft mit Zuversicht entgegenzugehen, dafür steht KONFIDU.

KONFIDU hat sich als Kooperationsprojekt zwischen der Düsseldorfer Drogenhilfe e.V., dem Jugend- und dem Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf bewährt, daher wird eine regelhafte Finanzierung dieses Präventionsangebots als Teil eines gesamtstädtischen Präventionskonzepts für psychisch belastete Familien über das Jahr 2022 hinaus angestrebt.

Um mögliche Hemmschwellen bei Eltern abzubauen, wird KONFIDU an die Düsseldorfer Suchtpräventionsstelle CROSSPOINT, die ein Kooperationsprojekt der Düsseldorfer Drogenhilfe e. V., des Caritasverbandes Düsseldorf e. V. und der Diakonie Düsseldorf e. V. ist, angegliedert.

Suizidprävention für Kinder und Jugendliche

Autorinnen/Autoren C. Schlang

Institut Stadt Frankfurt am Main – Der Magistrat – Gesundheitsamt, Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0043-1762756

Im Jahr 2020 nahm sich deutschlandweit jeden zweiten Tag ein junger Mensch (unter 20 Jahren) das Leben. Suizid gehört damit zu den häufigsten Todesursachen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Jungen und Männer sterben – auch in diesem Alter – etwa doppelt so häufig durch Selbsttötung wie Mädchen und Frauen. Während Expert:innen noch darüber diskutieren, ob bereits im Schulalter beginnende Suizidprävention Nachahme-Effekte auslöst, gehören die Netflix-Serie „Tote Mädchen lügen nicht“, die Blue Whale-Challenge oder die Mystifizierung des Suizidwalds Aokigahara in Mangas und Animes längst zum Alltag von Schülerinnen und Schüler. Um das Thema zu enttabuisieren und für die Problematik zu sensibilisieren, hat das Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention, das durch das Gesundheitsamt koordiniert wird, eine Reihe von Interventionen entwickelt, die im Rahmen des Vortrags vorgestellt werden sollen. Neben der Entwicklung eines Comics zum Umgang mit Suizidgedanken gehört dazu vor allem die Ausrichtung der Schulsuizidpräventionstage in Zusammenarbeit mit Frankfurter Schülerinnen und Schüler. www.frans-hilft.de

Fachausschuss KJGD – Postersitzung

08:30 – 10:00 | Kongress-Saal

Sehverlust, Demenz, Epilepsie im Grundschulalter – Verdacht auf NCL!

Autorinnen/Autoren B. Faßbender

Institut NCL-Stiftung Hamburg, Hamburg

DOI 10.1055/s-0043-1762757

Die Kinderdemenz NCL (Neuronale Ceroid Lipofuszinose) umfasst eine Gruppe genetisch bedingter Speicherkrankheiten, die meist im ersten Lebensjahrzehnt

aufreten. Die Kinder erblinden, entwickeln eine Epilepsie und es kommt durch das Absterben der Nervenzellen zu einem fortschreitenden Abbau der geistigen und motorischen Fähigkeiten. NCL ist bisher nicht heilbar und führt zu einem frühen Tod, meist noch vor dem 30. Lebensjahr. 13 verschiedene genetische NCL-Formen sind bekannt, die in unterschiedlichem Alter auftreten und mit CLN1 – CLN14 bezeichnet werden. Fast alle NCL-Krankheiten werden autosomal-rezessiv vererbt. Da es sich um eine seltene Erkrankung handelt, liegt die Diagnosezeit bei 2 – 4 Jahren mit leidvollen Ärzte-Odysseen für die betroffenen Familien.

Prototyp der im Schulalter auftretenden NCL-Krankheit ist die juvenile NCL (Batten Disease, nach genetischer Nomenklatur CLN3 genannt). Im typischen Fall treten bei einem zuvor gesunden Kind um die Zeit des Schulanfanges Sehschwierigkeiten auf mit rasch voranschreitendem Visusverlust. Darauf folgend ist ein geistiger und motorischer Abbau zu beobachten.

Schulärztinnen und Schulärzten kommt daher bei der Diagnose dieser Krankheit eine entscheidende Rolle zu.

In dem Vortrag wird das Krankheitsbild NCL vorgestellt sowie Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt. Vortragender wird Dr. Frank Stehr sein, Stiftungsvorstand der NCL-Stiftung.

AdiRaum – Pilotprojekt zur Erschließung kleinräumiger Daten aus Schuleingangsuntersuchungen und Verknüpfung mit Kontextfaktoren (am Beispiel Adipositas)

Autorinnen/Autoren C. Kühnelt¹, A. Starker¹, A. Schienkiewitz¹

Institut 1 Abt. Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, FG27

GESundheitsverhalten Robert Koch-Institut, Berlin

DOI 10.1055/s-0043-1762758

Kleinräumige Daten, beispielsweise auf Landkreis- oder Bezirksebene, sind für die Planung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung auf Landes- und kommunaler Ebene von zentraler Bedeutung. Eine mögliche Datenquelle von kleinräumigen Daten stellen Schuleingangsuntersuchungen (SEU) dar. Im Rahmen der SEU findet bundesweit eine regelmäßige, standardisierte Erhebung von Körpergewicht und Körpergröße von Kindern im Alter von 4 bis 7 Jahren auf Kreisebene statt. Das Ziel des Pilotprojekts AdiRaum war, Adipositasprävalenzen aus den SEU auf Kreisebene zusammenzuführen und mit raumbezogenen Zusatzinformationen aus öffentlich zugänglichen Datenbanken zu verknüpfen.

In Zusammenarbeit mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsberichterstattung aus sechs Ländern wurden die Adipositasprävalenzen (BMI-Perzentile > P97 nach Kromeyer-Hauschild) der Einschulungsjahrgänge 2015-2019 auf Kreisebene zusammengetragen. Aus öffentlich zugänglichen Datenbanken wurden Indikatoren (z.B. GISD – German Index of Socioeconomic Deprivation) erschlossen, die für die Prävention von Adipositas oder die Identifikation sozioökonomisch oder siedlungsstrukturell ähnlicher Kreise relevant sind. Die SEU-Daten wurden mit diesen kleinräumigen Indikatoren verknüpft und als interaktive Karte in einem Dashboard visualisiert.

Die SEU stellen eine Datenquelle mit großem Potenzial für ein kontinuierliches Monitoring der Kindergesundheit im Sinne des „Public Health Action Cycles“ dar. Die Verknüpfung mit Indikatoren ermöglicht einen länderübergreifenden Vergleich der Adipositasprävalenzen in siedlungsstrukturell bzw. sozioökonomisch ähnlichen Kreisen und bieten so eine Datengrundlage, Bedarfe auf Kreis- und Bezirksebene zu analysieren und für die gezielte Planung, Umsetzung und Bewertung von Interventionen zu nutzen. Die Erfahrungen aus dem Pilotprojekt werden vorgestellt.

Vorhersage motorischer Fitness in der dritten Grundschuljahrgangsstufe mit Daten der Schuleingangsuntersuchung: Effekte der Sozialstruktur

Autorinnen/Autoren R. Kliegl¹, P. Teich¹, R. Wolf²

Institute 1 Universität Potsdam, Department für Sport und Gesundheitswissenschaft, Potsdam; 2 Landkreis Oberhavel, Fachbereich Gesundheit, Oranienburg

DOI 10.1055/s-0043-1762759

Im Rahmen des EMOTIKON-Projekts wird seit 2009 jedes Jahr die motorische Fitness (kardiorespiratorische Ausdauer [6-min Lauf], Koordination unter Zeitdruck [Sternlauf], Schnelligkeit [20-m Sprint], Schnellkraft Arme [Medizinballstoß], Schnellkraft Beine [Standweitsprung], statisches Gleichgewicht [Einbeinstand mit geschlossenen Augen]) aller DrittklässlerInnen aus Brandenburg getestet. Mittels linearer gemischter Modelle, die Unterschiede zwischen Kindern, Schulen und Kohorten berücksichtigen, werden u.a. Effekte des Einschulungszeitpunkts, sozialstruktureller Bedingungen und säkulare Trends der motorischen Fitness untersucht. Brandenburger Kinder aus Berlin-nahen Regionen („Speckgürtel“) weisen eine höhere motorische Fitness auf als Kinder aus Berlin-fernen Regionen. Außerdem zeigen sich säkulare Trends der motorischen Fitness. Zwischen 2011 und 2019 sank die kardiorespiratorische Ausdauer der Brandenburger Kinder, während die Schnelligkeit anstieg (Fühner et al., 2021). Die negative Entwicklung der Ausdauer ist besonders ausgeprägt bei Kindern aus Brandenburger Regionen mit vergleichsweise niedrigerem sozio-ökonomischen Status. Für den Brandenburger Landkreis Oberhavel wurden Daten der Schuleingangsuntersuchung (SEU) mit den EMOTIKON-Daten der DrittklässlerInnen zusammengeführt. Der in der SEU erfasste BMI (nach Kromeyer-Hauschild et al., 2001) wurde nach Prozenträngen in die Kategorien stark untergewichtig (P1 bis P3), untergewichtig (P4 bis P10), normalgewichtig (P11 bis P89), übergewichtig (P90 bis P96), und stark übergewichtig (ab P97) eingeteilt. Schulen in Gemeinden mit einem höheren Anteil übergewichtiger und stark übergewichtiger Kinder bei der SEU weisen bei der EMOTIKON-Testung eine geringere durchschnittliche motorische Fitness, eine geringere kardiorespiratorische Ausdauer, eine geringere Entwicklungsrate der motorischen Fitness innerhalb des neunten Lebensjahres, und eine höhere Schnellkraft der Arme (Sonderstatus Medizinballstoßen als Indikator für motorische „Unfitness“, Newton: Kraft = Gegenkraft) auf. In Schulen mit einer höheren durchschnittlichen Fitness zeigt sich eine höhere Entwicklungsrate der motorischen Fitness innerhalb des neunten Lebensjahres. Die Zusammenhänge zwischen BMI bei der SEU und der EMOTIKON-Leistung in der dritten Klasse verdeutlichen den Einfluss der sozialstrukturellen Bedingungen auf die motorische Fitness der Kinder. Ausgangsunterschiede sollten so früh wie möglich durch wissenschaftlich evaluierte Interventionen zur Gesundheits- und Bewegungsförderung in allen relevanten Lebenswelten der Kinder kompensiert werden. Neben der Kita ist ein zentraler Ansatzpunkt für Interventionen das Setting Schule, da dort alle Kinder unabhängig von ihrem sozio-ökonomischen Status erreicht werden.

Frühe Gesundheitshilfen – der ÖGD als wichtiger Partner im Netzwerk Frühe Hilfen

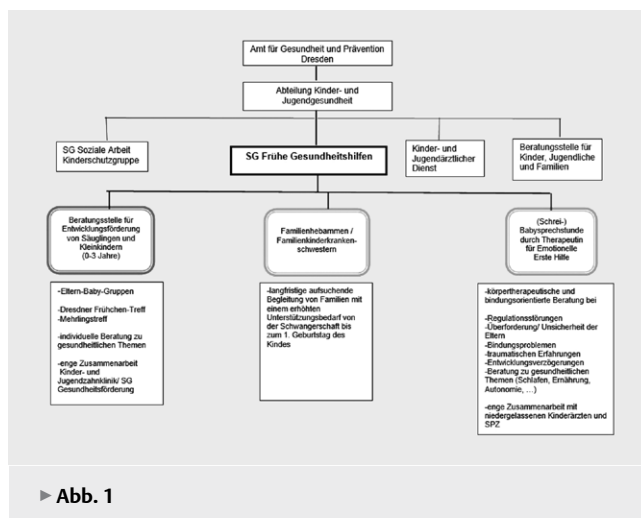
Autorinnen/Autoren R. Blümel¹, N. Schmitt¹, F. Bauer²

Institute 1 Amt für Gesundheit und Prävention, Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit, Landeshauptstadt Dresden; 2 Amt für Gesundheit und Prävention, Landeshauptstadt Dresden Amt für Gesundheit und Prävention, Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit, Frühe Gesundheitshilfen, Dresden
DOI 10.1055/s-0043-1762760

Hintergrund Frühe Hilfen sind Angebote für Eltern ab der Schwangerschaft und Familien mit Kindern bis drei Jahre. Dabei gilt es Unterstützungsbedarfe von Eltern und Kindern frühzeitig wahrzunehmen und ihnen systematisch, niedrigschwellig Zugänge zu passgenauen Angeboten zu eröffnen. Ziel ist es, das gesunde Aufwachsen der Kinder sowie die Beziehungs- und Bindungskompetenz der (werdenden) Eltern zu fördern. Die Zusammenarbeit von Akteuren

des Gesundheitswesens mit jenen aus der Kinder- und Jugendhilfe ist vorrangiges Ziel der Bundesstiftung Frühe Hilfen. Der ÖGD ist dabei ein wichtiger Partner bei der Steuerung und fachlichen Weiterentwicklung der Frühen Hilfen. Das Bundeskinderschutzgesetz gibt den Jugendämtern die Möglichkeit, die Verantwortung für die Organisation des Netzwerks Frühe Hilfen subsidiär an andere Institutionen wie dem Gesundheitsamt abzugeben. Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst ist das Gesundheitsamt ein etablierter und in der Bevölkerung anerkannter Anbieter von Unterstützungsleistungen für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern bis 3 Jahre in belastenden Lebenslagen.

Umsetzung in Dresden Am Amt für Gesundheit und Prävention Dresden bestehen bereits seit 2012 Strukturen der Frühen Gesundheitshilfen, welche in 2017 innerhalb der Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit als Sachgebiet Frühe Gesundheitshilfen zur Verknüpfung eines breiten Angebotsspektrums ausgegründet wurden. Es umfasst ein **Hausbesuchssystem von Familienhebammen/Familienkinderkrankenschwestern**, eine **(Schrei-) Babysprechstunde** und **Eltern-Baby-Gruppenangebote** der Beratungsstelle zur Entwicklungsförderung von Säuglingen und Kleinkindern. Durch dieses **dreigeteilte Angebot** werden Eltern **individuell, bedarfsgerecht, flexibel, kostenfrei und niedrigschwellig** unterstützt. Ein **Wechsel** zwischen den Angeboten ist problemlos möglich. Damit ist eine **enge und unkomplizierte Zusammenarbeit** im Sinne der Familien gewährleistet. Die Möglichkeit der Einbindung hochbelasteter Familien in die Eltern-Baby-Gruppen neben einer engen Familienhebammenbegleitung, gemeinsamer Fallaustausch und Fortbildungen innerhalb des Sachgebietes führen zu einer ganzheitlichen Betreuung der Familien. Alle Fachkräfte weisen einen medizinischen Abschluss als Hebamme oder Kinderkrankenschwester mit einer Vielzahl von Zusatzqualifikationen auf. Die Struktur des kostenfreien Kursangebotes hält in jeder Gruppe zwei „Notplätze“ vor, die zeitnah an hochbelastete Familien aus dem Gesundheitswesen oder der Kinder- und Jugendhilfe vergeben werden. Somit wurde neben der Kostenfreiheit eine Niedrigschwelligkeit geschaffen, die es den Familien erleichtert, dieses Angebot anzunehmen bzw. gezielt im Sinne eines ganzheitlichen Hilfe- und Unterstützungssystems in dieses vermittelt und im Sozialraum angebunden zu werden. Die (Schrei-)Babysprechstunde basiert auf dem körpertherapeutischen und bindungsorientierten Ansatz der Emotionellen Ersten Hilfe. Jede Dresdner Familie kann diese ohne Überweisung nutzen. Jährlich werden ca. 680 Kinder und ihre Bezugspersonen durch die Frühen Gesundheitshilfen begleitet.



► Abb. 1

Ebenso ist eine bedarfsgerechte, niedrigschwellige und ganzheitliche Begleitung der Familien aufgrund einer strukturellen Nähe zu amtseigenen Schwangerschaftsberatungsstellen, Familienberatungsstelle, dem Sozialpsychiatrischen Dienst sowie der Kinder- und Jugendzahnklinik und dem Gesundheitsberatungszentrum möglich. Eine enge Zusammenarbeit besteht zudem mit dem Sachgebiet Soziale Arbeit und dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst innerhalb der Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit. Die Koor-

dinationsstelle der Familienhebammen und Familienkinderkrankenschwestern ist ebenfalls beim Amt für Gesundheit und Prävention verortet und steht in einem engen Austausch mit dem Koordinierenden Netzwerk Frühe Hilfen und Netzwerk Kinderschutz des Jugendamtes (► **Abb. 1**).

Diskussion Der ÖGD, insbesondere der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, ist in Dresden ein etablierter Partner innerhalb des Netzwerkes Frühe Hilfen, dem Steuerungs- und Weiterentwicklungsaufgaben zugeschrieben werden. Es werden die verschiedenen Angebote des Sachgebietes Frühe Gesundheitshilfen und damit die vielseitigen und bedarfsgerechten Unterstützungsmöglichkeiten für Familien aufgezeigt. Wir freuen uns über den Austausch mit anderen Akteuren im ÖGD zur Weiterentwicklung der Vernetzung und Etablierung der Rolle des ÖGD im Netzwerk Frühen Hilfen. Zielstellung sollte sein, das Angebot zu stärken, als Partner in einem Netzwerk für gesundes Aufwachsen zu agieren und so eine ganzheitliche und multiprofessionelle Unterstützung, insbesondere hochbelasteter Familien, zu erreichen. Das Angebot ist Ausdruck des sozialkompensatorischen Auftrags des ÖGD und sollte als solches grundständig in Gesundheitsämtern etabliert werden.

Münchener Modell der Frühen Hilfen: Hausbesuchsanbot durch Gesundheits- und Kinderkrankenschwester*innen

Autorinnen/Autoren E. Bielecki, C. Söllner-Schaar

Institut Landeshauptstadt München, Gesundheitsreferat Frühkindliche Gesundheitsförderung (GSR-GVO12) München

DOI 10.1055/s-0043-1762761

Hintergrund Seit mehr als 40 Jahren wird vom Gesundheitsreferat der Stadt München ein Hausbesuchsdienst durch Gesundheits- und Kinderkrankenschwester*innen für Familien mit Kindern bis 3 Jahre bzw. seit einigen Jahren auch bis 6 Jahre angeboten. Das Angebot ist kostenlos und freiwillig und umfasst eine Beratung zu gesundheitlichen Themen. Es erfolgt im Rahmen dieser Hausbesuche auch eine Klärung, ob psychosozialer Hilfebedarf in den Familien besteht und es wird im Bedarfsfall an die „Frühen Hilfen“ weitergeleitet.

Ausgangslage Die Anzahl der durchgeführten, freiwilligen Hausbesuche zeigte in den letzten 8 Jahren deutliche Schwankungen. Ein besonders starker Rückgang der Zahlen war durch die zeitweise Einstellung des Hausbesuchsangebotes im Rahmen der Corona-Pandemie im Jahr 2020 zu erkennen, danach konnten die Zahlen wieder langsam gesteigert werden.

Fragen:

Was sind die Ursachen, warum sich Hausbesuchszahlen im zeitlichen Verlauf ändern?

Ändert sich der Informationsbedarf von Familien?

Müssen neue Formen der Informationsweitergabe zu gesundheitlichen Themen etabliert werden?

Wie kann das Modell des Hausbesuchsdienstes ggf. angepasst werden?

Methoden Um die Fragestellungen zu beantworten, werden zunächst verschiedene statistische Daten (z. B. Anzahl der Geburten, Anzahl der im Sachgebiet tätigen Mitarbeiter*innen, Statistik zu Hausbesuchen) betrachtet. Zusätzlich sind Befragungen geplant. Es soll versucht werden, bei den angeschriebenen Familien positiv und negativ wahrgenommene Aspekte des Hausbesuchsdienstes zu erfragen.

Außerdem finden Interviews mit den tätigen Gesundheits- und Kinderkrankenschwester*innen statt. Diese werden nach ihrer Einschätzung vor Ort befragt.

Fazit Auch etablierte Angebote für Familien müssen im Verlauf evaluiert und ggf. angepasst werden. Die Informationsbedarfe und die Wünsche der Familien zu Formen der Informationsweitergabe an Familien ändern sich ggf. im Laufe der Zeit. Es werden aktuell vermehrt Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt, um auf das Hausbesuchsangebot hinzuweisen, ein Social Media-Auftritt des Sachgebietes wird initiiert und es wird über neue Formen der Beratung, z. B. in Gruppen nachgedacht.

Sozialpädiatrie und „Frühe Hilfen“ im ÖGD

Autorinnen/Autoren R. Chlebig

Institut Gesundheitsamt LH Düsseldorf, Düsseldorf

DOI 10.1055/s-0043-1762762

Gesundheit und Entwicklung von Kindern zu fördern und wiederherzustellen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, der sich die Politik u. a. mit der Etablierung der Bundesinitiative Frühe Hilfen gestellt hat. Frühe Hilfen sollen durch spezifische Angebote neue Zugänge, auch zu Familien in psychosozial belasteten und sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen, ermöglichen. Geringes, gut koordiniertes Zusammenwirken von Gesundheits- und Jugendhilfe sowie die Vernetzung beider Systeme bilden die Grundlage für gelingende Unterstützung.

Am Beispiel des Präventionsprogramms „Zukunft für Kinder“ wird die zentrale Bedeutung und Funktionsweise einer Clearingstelle vorgestellt. Als zentrales Steuerelement mit paritätischer, multiprofessioneller Besetzung liegt diese in gemeinsamer Verantwortung von Gesundheits- und Jugendhilfe. Die Vereinbarung verbindlicher Verfahrensweisen garantiert verlässliche Strukturen der Zusammenarbeit beider Systeme.

Ziel ist, durch frühe, passgenaue und niedrigschwellige Vermittlung multiprofessioneller Hilfsangebote, Eltern in ihren gesundheitsfürsorglichen und erzieherischen Fähigkeiten zu unterstützen, um Risiken für ungünstige Entwicklungen im frühen Kindesalter zu minimieren und damit die Lebensbedingungen der Kinder nachhaltig zu verbessern.

Vorgestellt wird ein Konzept gelingender Zusammenarbeit von Gesundheitshilfe und Jugendhilfe im Präventionsprogramm „Zukunft für Kinder“, der Landeshauptstadt Düsseldorf. Besondere Aufmerksamkeit obliegt der Struktur, den Aufgaben und der Funktionsweise der Clearingstelle als zentrale Steuerungseinheit.

Ergebnisse der Schulaufnahmeuntersuchung im Zeitverlauf unter Berücksichtigung der Covid19-Pandemie am Amt für Gesundheit und Prävention Dresden

Autorinnen/Autoren N. Schmitt¹, A. Schmidt¹, F. Bauer¹

Institut 1 Amt für Gesundheit und Prävention, Landeshauptstadt Dresden, Dresden

DOI 10.1055/s-0043-1762763

Hintergrund Die Schulaufnahmeuntersuchung (SchAU) ist im ÖGD Sachsens fest etabliert und integraler Bestandteil der Tätigkeit der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste (KJÄD) an den Gesundheitsämtern. Eine besondere Stärke stellt dabei die verpflichtende, standardisierte, qualitätsgesicherte und v. a. ärztliche Untersuchung dar, die alle Vorschulkinder erreicht. Dabei wird neben klinischen Befunden (Sehen, Hören, körperlicher Status) insbesondere der Entwicklungsstand in den Bereichen Motorik und Sprache mit dem standardisierten Screeningverfahren SOPESS erfasst. Darüber hinaus halten die zuständigen Ärzte und Ärztinnen des KJÄD weitere Befunde und Hinweise auf psychosoziale Auffälligkeiten fest. Dieser Teil der Dokumentation ist bisher nicht in dem Maße standardisiert wie die vorgenannten Erhebungen. Die Daten gehen zur Aufbereitung an das Statistische Landesamt und werden in die GBE des Freistaates Sachsen aufgenommen. Im KJÄD Dresden finden aufbauend auf den Routinedaten des Vorjahres jährlich Maßnahmen der internen Qualitätssicherung statt.

Ziele Der Beitrag informiert über die SchAU im KJÄD Dresden mit besonderem Fokus auf die Jahre der Covid19-Pandemie und geht dabei auf die folgenden Punkte explizit ein:

1. Durchführbarkeit der SchAU unter herausfordernden Bedingungen².
Entwicklung von Befunden der Vorschulkinder in den letzten Jahren³.
Ableitung von möglichen Anpassungserfordernissen zur Weiterentwicklung der SchAU

Methode Um den Verlauf auffälliger Befunde in den verschiedenen Entwicklungsbereichen der Kinder in Dresden darstellen zu können, werden die Routinedaten der SchAU der Jahre 2017/2018 bis 2021/22 aufbereitet. Ein besonderer Fokus wird dabei auf die Rate der dokumentierten körperlichen und psychosozialen Auffälligkeiten als mögliche Auswirkungen der Covid19-Pandemie gelegt. Explorative Vergleiche erfolgen unter anderem geschlechtsspezifisch.

Ergebnisse Auch unter pandemischen Bedingungen mit eingeschränkten Zugangs- und Kapazitätsbedingungen konnten alle SchAUs im vorgegebenen Zeitrahmen durch den KJÄD Dresden absolviert werden. Es zeigte sich – auch durch den Wegfall anderer (medizinischer) Angebote – ein höherer Beratungsbedarf bei den Familien. In den Dimensionen Sehen, Motorik und Sprachentwicklung wurden steigende Prävalenzen in den letzten Jahren festgestellt. Ebenfalls wurden häufiger soziale und emotionale Auffälligkeiten mit geschlechtsspezifischen Besonderheiten bei den Vorschulkindern dokumentiert. Bedeutsam ist dabei, dass bei Mädchen mit Empfehlung der Überprüfung eines sonderpädagogischen Förderbedarfes als Ergebnis der SchAU häufiger der soziale und emotionale Entwicklungsbereich als Begründung angegeben wurde als in den Schuljahren vor der Pandemie bis 2019.

Diskussion Die Ergebnisse zeigen, dass bedingt durch die Einschränkungen in anderen (medizinischen) Angeboten der Förder- und Beratungsmöglichkeiten in der Pandemie die SchAU eine besondere Bedeutung für Kinder, Familien und Grundschulen hat. Die SchAU als verlässliches ärztliches Instrument der Prävention und Bevölkerungsmedizin im Sinne des ÖGD wurde in den Jahren der Pandemie besonders bedeutsam. Auch wenn aus den Routinedaten keine kausalen Schlussfolgerungen gezogen werden können, so sind doch die Auffälligkeiten im psychosozialen Entwicklungsbereich beachtlich und gesellschaftlich relevant. Daher ist nach Einschätzung der Autoren die Einführung eines standardisierten Screenings zur SchAU zu diskutieren. Dafür spricht auch, dass bei psychischen Auffälligkeiten die Früherkennung eine besonders hohe Relevanz hat, weil dadurch individuelle Förder- und Therapiebedarfe abgeleitet werden können, die das gesunde Aufwachsen für Kinder und Jugendliche und deren soziales Umfeld positiv beeinflussen.

Nur ein Gefühl...oder bittere Wahrheit?

Autorinnen/Autoren M. Maßmann-Pabst
Institut Gesundheitsamt Region Kassel, Kassel
DOI 10.1055/s-0043-1762764

Als Ärztinnen im Schulärztlichen Dienst des Gesundheitsamts der Region Kassel haben wir zunehmend die subjektive Einschätzung, dass es in mehreren Bereichen eine Zunahme der Förderbedarfe bei den Einschulungskindern gibt. Aber ist dies nur eine Vermutung? Ist es ein Gefühl, weil wir aus der Tatsache, dass Kinder in den Pandemie Jahren 2020 und 2021 nicht alle regelmäßig eine Kindertagesstätte besuchen konnten, erwarteten, dass wir mehr Auffälligkeiten sehen und daher vielleicht kritischer sind?

Oder können wir dieses subjektive Empfinden objektiv überprüfen? Können wir belegen, dass einzelne Parameter, die im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen erhoben werden, eine signifikante Veränderung aufweisen?

Mit dem SOPESS ist uns eine standardisierte Screening-Methode in die Hand gegeben, mit der wir dieser Fragestellung nachgehen können.

Anhand von ausgewählten Schulen (jeweils im Landkreis und im Stadtgebiet aus unterschiedlichen sozioökonomischen Einzugsgebieten) möchten wir einzelne objektiv auswertbare Parameter zwischen den Einschulungsjahrgängen 2019, 2020, (2021) und 2022 überprüfen.

Das Item Psyche/Verhalten lassen wir dabei außen vor, da es (leider) nicht objektiv erhoben werden kann. Aber auch in diesem Bereich haben wir das subjektive Empfinden mehr Kinder mit auffälligen Verhaltensweisen zu sehen.

Weitere Bereiche, die uns besonders auffallen, sind die Fein- und Grobmotorik, die Sprache und die visuelle und auditive Wahrnehmung.

Lässt sich im Verlauf der letzten zwei Jahre eine Veränderung objektiv darstellen?

Wenn es in dieser Zeit eine Zunahme der Förderbedarfe gibt, welche Konsequenzen werden wir daraus ziehen? In wie weit können wir die Kommunen und Landkreise beraten und welche Möglichkeiten haben wir im KJGD dem entgegen zu wirken.

Diese Fragen würden wir dann gern zur Diskussion stellen.

Familien in der Corona-Pandemie: Herausforderungen für die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste

Autorinnen/Autoren K. Simon, C. Heucke, C. Lübke, K. Kubini, H. Thoiss
Institut Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bochum;
Gesundheitsamt Rhein-Erft-Kreis, Bergheim
DOI 10.1055/s-0043-1762765

Die Corona-Pandemie stellt Familien vor vielfältige Herausforderungen. Um die Erfahrungen und Bedarfe von Familien mit Kindern im Einschulungsalter zu ermitteln, wurde bei den Einschulungsuntersuchungen von November 2021 bis August 2022 in drei Gesundheitsämtern in Nordrhein-Westfalen insgesamt 8.230 Begleitpersonen (in der Regel ein Elternteil) befragt. Der standardisierte Fragebogen enthielt 23 Items im 4-stufigen Likert-Format zu ihrer Lebenssituation während der Corona-Pandemie. Ziel war es u. a. die schulärztliche Beratung auf die jeweilige Familiensituation besser anpassen zu können und mit Hilfe der Gesundheitsberichterstattung mögliche Bedarfe zu analysieren.

Die Ergebnisse zeigen, dass fast 94% (38% trifft eher zu, 56% trifft voll und ganz zu) der Befragten angaben, dass ihr Kind „alles in allem gut durch die Corona-Pandemie gekommen ist“. Allerdings nahmen 24% der befragten Begleitpersonen vermehrt Konflikte in der Familie während der Pandemie wahr. Zudem fühlten sich 42% der Befragten durch die Pandemie belastet/überfordert. Außerdem kam es bei mehr als der Hälfte der einzuschulenden Kinder (54%) zu einem erhöhten Medienkonsum.

Die seelische Belastung der Kinder durch die Corona-Pandemie zeigt sich darin, dass jeweils 14% der Befragten angaben, dass ihr Kind im Verhalten „schwieriger“ oder während der Pandemie „ängstlicher“ geworden sei [1].

Insgesamt wird deutlich, dass das System Familie durch die Pandemie belastet wurde und sich, nach Einschätzung der befragten Begleitpersonen, die seelische Gesundheit der Kinder im Einschulungsalter verschlechterte. Damit stehen die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste vor der Herausforderung in ihrer sozialkompensatorischen Funktion die negativen Folgen der Pandemie zu vermindern.

[1] Ravens-Sieberer U., Kaman A., Otto C. et al. Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSYS-Studie. Bundesgesundheitsbl 2021; 64: 1512–1521. doi:10.1007/s00103-021-03291-3

Etablierung einer Ukrainesprechstunde im KJGD Potsdam für Schülerinnen und Schüler

Autorinnen/Autoren V. Bente, I.M. Schmandke, K. Böhm
Institut Öffentlicher Gesundheitsdienst Landeshauptstadt Potsdam,
Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Potsdam
DOI 10.1055/s-0043-1762766

Im Rahmen des Ukrainekrieges und der daraus resultierenden Flüchtlingsbewegung, wurde im Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Potsdam bereits vier Wochen nach Kriegsbeginn im Kinder- und Jugendärztlichen Gesundheitsdienst eine Sprechstunde speziell für geflüchtete Schulkinder aus der Ukraine etabliert. Primär erfolgten dort sogenannte Quereinsteigeruntersuchungen. Ziel war eine zügige Integration der Kinder und Jugendlichen in das Schulleben, um unter anderem Traumatisierungen und mögliche Folgeerkrankungen aufgrund der Flucht und des Krieges mithilfe einer raschen Eingliederung abzumildern.

Im Rahmen der Sprechstunde wurde neben den somatischen Daten (Körpergröße/Gewicht), auch die weiterführende Anamnese und der Impfstatus

erfragt. Bei jedem Kind erfolgte ein Seh- und Hörtest sowie eine Tuberkulose-Diagnostik und eine körperliche Untersuchung.

Impfplücken konnten teilweise direkt vor Ort geschlossen werden.

Die Sprechstunde war für viele Geflüchtete eine erste muttersprachliche medizinische Anlaufstelle in Deutschland und wurde von den Familien sehr gut angenommen.

Im Zeitraum März 2022 bis Oktober 2022 wurden über 900 Kinder und Jugendliche untersucht.

„Daten für Taten im Kita-Alter (KitaGesund)“ – eine Kooperation von Öffentlichem Gesundheitsdienst und Public Health-Forschung

Autorinnen/Autoren J. Butler, C. Scheffter, M. Girbig, A. Seidler
Institut Technische Universität Dresden Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Dresden
 DOI 10.1055/s-0043-1762767

Hintergrund Die frühe Kindheit ist eine sehr sensible Phase für die weitere Entwicklung eines Menschen. In dieser wird eine Reihe von Verhaltensweisen und Lebensstilen ausgebildet, die eine hohe Relevanz für die Gesundheit aufweisen. Um Problemlagen und Herausforderungen möglichst frühzeitig zu erkennen und zielgruppen-spezifische Maßnahmen zu entwickeln, sind belastbare Daten zur Kinder- und Jugendgesundheit gerade auf der kommunalen Ebene notwendig. Hierbei spielen die Untersuchungen im Rahmen des ÖGD eine besondere Rolle, da sie Kinder an wichtigen Stellen ihrer Entwicklung untersuchen, u.a. in der Kita und kurz vor der Einschulung. Diese Daten werden jedoch bisher nicht longitudinal ausgewertet. Hier setzt das BMG-geförderte Projekt KitaGesund an, das aus einer Kooperation zwischen der TU Dresden und dem ÖGD an drei Standorten: Berlin, Dresden und Potsdam besteht.

Methoden An allen drei Projektstandorten erfolgt eine längsschnittliche Verknüpfung von ÖGD-Routinedaten (Kitauntersuchung, Schuleingangsuntersuchung). Diese Verknüpfung wird durch eine kurze Elternbefragung ergänzt, welche zusätzliche präventionsrelevante Daten erhebt. Angesichts der unterschiedlichen Sachlage an den drei Standorten, sind jedoch die Ziele im Rahmen des Projekts jeweils etwas unterschiedlich. In Berlin z.B., liegt der Fokus auf der Entwicklung und Standardisierung des Verfahrens der Kitauntersuchung sowie der Digitalisierung der Ergebnisse, da diese bislang nur auf Papier – in den Akten der Kinder – festgehalten wurden. In Dresden dagegen, wo die Ergebnisse beider Untersuchungen bereits digital vorliegen, wird der Schwerpunkt auf die Ergänzung der gesundheitlichen Kennziffer durch bisher fehlende Informationen über die Familiensituation gesetzt, um präventive Ansatzpunkte sowie Vorschläge für konkrete Präventionsmaßnahmen für spezifische Zielgruppen im Setting Kita abzuleiten und auszuprobieren (Pilotstudie).

Ergebnisse Durch die Analyse der verknüpften Routinedaten – ergänzt durch die Elternbefragung – sollen aussagekräftigere Daten zur Kindergesundheit in den beteiligten Kommunen entwickelt werden. Diese werden zum einen zur Entwicklung von konkreten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Kita verwendet. Hierdurch kommt das Projekt vor allem der Gesundheit von (sozial benachteiligten) Kindern zugute. Zudem werden die Datenlage wie auch die Möglichkeiten für qualitativ hochwertige Auswertungen des ÖGD verbessert. Darüber hinaus soll durch das Projekt eine nachhaltige strategische Partnerschaft zwischen beteiligten Gesundheitsämtern in Berliner Bezirken, sowie in Potsdam und in Dresden sowie dem Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der TU Dresden etabliert werden.

Varia – Postersitzung

08:30 – 10:00 | Tagungsraum 3

Einsatz von künstlicher Intelligenz im Infotelefon des Amts für Gesundheit und Gefahrenabwehr im Main-Kinzig-Kreis

Autorinnen/Autoren S. Breining, W. Lenz, J. Plath, C. Waldmann
Institut Amt für Gesundheit und Gefahrenabwehr Main-Kinzig-Kreis, Gelnhausen
 DOI 10.1055/s-0043-1762768

Ausgangslage Im Zuge der Corona-Pandemie und des damit einhergehenden Informationsbedarfs der Bürgerinnen und Bürger wurde 2020 in der Kreisverwaltung eine Hotline eingerichtet, die Fragen rund um das Coronavirus beantworten sollte. Da selbst ein Team von zehn Personen nicht alle Anfragen bearbeiten konnte und die Informationen zunehmend komplexer wurden, bedurfte es weiterer Lösungen.

Methoden In Ergänzung zur persönlichen Bearbeitung der Anfragen wurde ein intelligentes System zur Bearbeitung der Anrufe, der „CovBot“ der Firma Aaron, eingeführt. Die Lösung wurde im Rahmen eines Forschungsprojekts entwickelt und vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Der CovBot kann Standardfragen beantworten und somit dem Team Kapazität zur Beantwortung komplexer Anfragen schaffen. Alle eingehenden Anrufe werden zunächst an den Bot weitergeleitet. Er begrüßt den Anrufer und erfragt den Anrufgrund. Anhand von Stichworten bietet der Bot eine Antwort an und fragt abschließend, ob der Bürger noch weitere Fragen hat oder mit einem Mitarbeiter verbunden werden will. Auf diese Weise können die Landkreis-Bewohner an 24 Stunden 7 Tage pro Woche Auskunft erhalten. Falls das Anliegen des Anrufers nicht geklärt ist, wird das Gespräch zurück an die Hotline des Main-Kinzig-Kreises geleitet und von einem Mitarbeiter persönlich entgegengenommen. Statistiken geben Aufschluss über die Intensität der Bot-Nutzung sowie die nachgefragten Themen. Die Antworten werden vom jeweiligen Gesundheitsamt geschrieben. Sind diese einmal mit den passenden Stichworten von der Firma programmiert, lassen sie sich online leicht ändern.

Ergebnisse Im Dashboard des Systems ist ersichtlich, dass etwa ein Fünftel der Anrufer innerhalb kurzer Zeit nach der Bot-Begrüßung auflegt. Der Rest hört sich die Antwort zu Ende an. Je weniger komplex die Gesetzeslage ist, desto mehr Fragen kann der Bot beantworten. Nicht ans Team weiterverbunden werden wollten im MKK je nach Pandemieverlauf zwischen 30 und 80 Prozent der Anrufer, wobei sich die Rate überwiegend um die 70 Prozent bewegte. Die Statistik zeigt, dass im MKK 90 Prozent der Anrufe fünf Themen betrafen. Mit geringem Aufwand lassen sich daher die am meisten gefragten Antworten zusammenstellen. In den Pandemie-Hochphasen telefonierten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durchgehend, konnten sich durch den Bot aber auf individuelle Anliegen konzentrieren.

Ausblick Die Mehrheit der Bürger wünscht sich eine Kommunikation von Mensch zu Mensch. Bei einem hohen Anrufer-Aufkommen ist das jedoch nicht immer möglich. Personen können nicht komplett ersetzt werden, aber ein Bot kann diese entlasten, indem er einfache Botschaften vermittelt, während die Mitarbeiter komplexeren Aufgaben nachgehen können. In Callcentern ist eine Vorabbearbeitung durch künstliche Intelligenz bereits Standard. Der Main-Kinzig-Kreis und die Firma Aaron prüfen derzeit (Stand Oktober 2022) den Einsatz des Bots in Katastrophenlagen.

Digitalisierung aus der Sicht von Führungskräften

Autorinnen/Autoren B. Joggerst
Institut Gesundheitsamt Enzkreis, Pforzheim
 DOI 10.1055/s-0043-1762769

Digitalisierung beschäftigt den ÖGD seit der Pandemie ganz intensiv. Dabei werden ganz unterschiedliche Dinge darunter verstanden: von der Digital Policy bis zum Kauf eines Softwareprogrammes. Dieser Vortrag versucht eine Annäherung an das Thema zwischen Schlagwortebene und Haushaltsplan: Was verstehen wir unter Digitalisierung, was soll damit erreicht werden, was kann Digitalisierung nicht und vor welchen Herausforderungen und Gefahren stehen wir (Schlagwort Back-up für Black-out).

Agora – neue Kommunikationsmöglichkeiten für den ÖGD

Autorinnen/Autoren J. Schumacher¹, M. Askar¹, M. Beneragama¹, M. Enßle¹, M. Diercke¹

Institut 1 Robert Koch-Institut, Abteilung Infektionsepidemiologie, Fachgebiet Surveillance | ÖGD-Kontaktstelle, Berlin

DOI 10.1055/s-0043-1762770

"Communication is key". Dies gilt auch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) mit seinen Institutionen auf Kommunal-, Länder- und Bundesebene. Mit Beginn der COVID-19-Pandemie wurde deutlich wie wichtig es ist, dass der ÖGD sich niedrigschwellig sowohl horizontal als auch vertikal austauschen kann. Agora ist ein webbasiertes Werkzeug das die Kommunikation und den Wissensaustausch im ÖGD unterstützen soll. Seit 2021 steht es dem ÖGD im Rahmen einer Pilotphase zur Verfügung. Agora bietet einen partizipativen, hierarchiefreien, asynchronen Wissensaustausch, z.B. in Chats, im Forum oder Wiki. Adressen und Kontakte können nutzergesteuert geteilt werden. Auch Daten und Informationen können rechtegesteuert und sicher ausgetauscht werden (ausgenommen sind personenbezogene Daten). Doch wie gut wird Agora angenommen? Hilft es der Community? Wir werten Kennzahlen aus der Datenbank von Agora aus: Anzahl Nutzeraccounts, Anzahl teilnehmende Institutionen, Unique logins. Mit Stand vom 5.10.2022 verzeichnet Agora: 1984 Accounts, 200 Anmeldungen in 09.2022, 271 beteiligte GAs (70% aller Gesundheitsämter), 18 ÖGD-Organisationen, 191 unique Logins in der Woche 39/2022. Agora wird vom ÖGD in der Pilotphase gut angenommen und regelmäßig genutzt. Gemessen an der möglichen Kommunikation und angebotenen Funktionen bietet Agora auch Raum für mehr Nutzung. Agora kann, im Rahmen der technischen Möglichkeiten von Nextcloud/Phoenix und den zugehörigen Modulen an die Bedarfe der Nutzer angepasst werden und die Kommunikation im ÖGD erleichtern. Entscheidend ist jedoch die Akzeptanz und Nutzung der Kommunikationsplattform durch den ÖGD. Es gilt nicht nur: "communication is key" sondern auch "key is the community".

Wissensflut und Methodenvielfalt im Arbeitsalltag: Implementierung eines Wiki-Wissensmanagements im Gesundheitsamt Köln

Autorinnen/Autoren A. Wolff¹, B. Grüne¹, A. Küfer-Weiß¹, A. Kossow^{1,2}, M. Huppertz¹, J. Nießen¹, M. Buess¹

Institute 1 Gesundheitsamt der Stadt Köln, Köln; 2 Institut für Hygiene, Universitätsklinikum Münster, Münster

DOI 10.1055/s-0043-1762771

Hintergrund Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) sind vielfältig und sehr umfassend. Aktuelle Herausforderungen, die aus verschiedenen gesellschaftlichen und infektiologischen Einflüssen resultieren, müssen neben den bereits sehr umfassenden Pflichtaufgaben des ÖGDs, zuverlässig bewältigt werden. Ein Beispiel für diese Potenzierung des Arbeitsaufkommens im ÖGD zeigt sich gegenwärtig im Zusammenhang der Corona Pandemie. Ihre punktuelle Überschneidung mit der Ausbreitung der Affenpocken (Monkeypox, MPX), die dauernde Krise der Geflüchteten, bestätigen die Notwendigkeit des Aufrechterhaltens der Strukturen des Krisenmanagements in der Zukunft. Der ÖGD muss flexibel, schnell und zuverlässig auf diese äußeren Einflüsse reagieren können.

Die sich ständig verändernden rechtlichen Rahmenbedingungen im Verlauf des pandemischen Geschehens und der für die Aufgabenerledigung notwendige Input aus wissenschaftlichen Erkenntnissen beeinflussten in bisher nicht bekannter Dynamik die konkreten Arbeitsprozesse innerhalb der Gesundheitsämter.

Im Rahmen der Corona Pandemie verzeichnete das Kölner Gesundheitsamt innerhalb weniger Monate einen Mitarbeiter-Zuwachs durch Akquirierung von Unterstützungspersonal (Ärzte, Studierende und Helfer) um das 5-fache, in der Abteilung der Umwelt- und Infektionshygiene stieg die Anzahl der mitarbeitenden Personen um das 23-fache.

Diese Mitarbeitenden mussten systematisch geschult werden und die rasanten inhaltlichen und prozesshaften Änderungen mussten zuverlässig kommuniziert werden. Dafür wurde ein auf Mediawiki basierendes Corona Wiki für die Abteilung Infektions- und Umwelthygiene bereits 2020 implementiert.

Methode In diesem Beitrag wird die Implementierung eines Corona-Wikipedia-Systems als Kommunikations- und von den Mitarbeitenden akzeptiertes und genutztes Arbeitsmittel beschrieben und evaluiert

In dieser Wissensdatenbank wurden organisatorische Themen aus den Bereichen Personalverwaltung, Organigramme, Arbeitsabläufe (SOP's) und Hintergrundwissen hinterlegt und fortlaufend angepasst.

Ergebnisse Ende 2020 wurde das Wikipedia (Wiki) für das Corona Team des Gesundheitsamtes Köln mit ca. 1500 Personen implementiert. Aus jedem spezialisierten Unterbereich wurden engagierte Beauftragte für das Wiki-System gewählt. Diese wurden geschult und engmaschig mehrere Wochen begleitet. Es fanden wöchentlich digitale Workshops mit den Wiki-Beauftragten statt, in denen eine Methodenvielfalt entwickelt wurde. Die besondere Herausforderung bestand in der lebendigen und aktiven Nutzung durch die Mitarbeitenden. Schnell wurde das Wiki als tägliche Arbeitsgrundlage in den Alltag der Mitarbeitenden implementiert. Hier erreichen einzelne Wiki-Seiten über 85.000 Aufrufe.

Fazit Durch die Einführung des Wiki für das Corona Personal ist eine Plattform entstanden, welche täglich aktualisiert wird. Die Mitarbeitenden verwalten nicht nur selbständig das arbeitsbezogene Wissen, sondern erweitern es aktiv. Alle Arbeitsanleitungen existieren ausschließlich als aktuelle Anleitung auf der Wiki Plattform. Das ist sowohl effizient, wie auch nachhaltig. Schulungen und tägliche Teambriefings sind in verschiedenen Formaten, als Videos, Dokumente und Zeichnungen für die Mitarbeitenden zur jeder Zeit verfügbar. Der Wissenstransfer ist immer aktuell und nach jeglichem Intervall in Bezug auf den Arbeitseinsatz aufgrund von Teilzeit, Erkrankung oder Urlaub, gewährleistet. Das Wiki-System wird von allen Mitarbeitenden als Arbeitsgrundlage im Corona Team akzeptiert und als Arbeitsplattform genutzt. Der demografische Wandel im ÖGD, die Digitalisierung und die sich wandelnde Arbeitswelt erfordern die Ausweitung dieser Methode auf das gesamte Gesundheitsamt Köln. Auf Basis der gemachten Erfahrungen wird seit Anfang 2022 das System des Corona-Wikis auf alle Abteilungen des Gesundheitsamtes Köln übertragen.

Risikoscore für Silent Hypoxemia – Ein Gemeinschaftsprojekt der Ämter 37 und 53

Autorinnen/Autoren A. Diedrich¹, E. Fiessler¹, I. van Beveren¹, O. Pauly²

Institute 1 Stadt Köln, Amt 53 – Gesundheitsamt, Köln; 2 Stadt Köln, Amt 37 – Berufsfeuerwehr, Amt für Feuerschutz, Rettungsdienst und Bevölkerungsschutz, Köln

DOI 10.1055/s-0043-1762772

Nach einem Beschluss des Kölner Krisenstabs wurde der Einsatzabschnitt Bio-Monitoring im März 2020 als Gemeinschaftsprojekt zwischen den Ämtern 37 (Feuerwehr Köln) und 53 (Gesundheitsamt Köln) zum Schutz der vulnerablen Gruppen der Stadt Köln gegründet.

Zur Erfüllung des Arbeitsauftrags wurden gemeinsame mobile Einsatzteams, bestehend aus Ärzt*innen, medizinischem Hilfspersonal sowie Angehörigen der Feuerwehr gebildet, welche PCR-Testungen und Blutentnahmen in Alten-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen durchführten. Im Laufe des Jahres 2020

wurden die Aufgabenfelder des Einsatzabschnittes auf weitere Personenkreise ausgeweitet. Darunter Vor-Ort-Testungen in Schulen und Kindertagesstätten, Mitarbeitende anderer kritischer Infrastrukturen, Geflüchtetenunterkünfte sowie symptomatische Kontaktpersonen in häuslicher Quarantäne.

Nachdem zu Beginn der Pandemie der Fokus vor allem auf der Durchführung von PCR-Testungen auf Sars-CoV2 bei Mitarbeitenden und Bewohner*innen der Einrichtungen lag, rückte ab Herbst 2020 vor allem die Testung von Index- und Kontaktpersonen in den privaten Haushalten in den Fokus.

Zur besseren Einschätzung und zur frühzeitigen Detektion von Silent Hypoxemia werden seit Januar 2021 Vitalparameter und Risikofaktoren bei den getesteten Kontakt- und Indexpersonen ≥ 18 Jahre erhoben.

Dazu wurde die Ausstattung der Teams um hochwertige Pulsoxymeter ergänzt, die zusätzlich zu Sauerstoffsättigung und Herzfrequenz auch die Atemfrequenz und den Perfusionsindex anzeigen können. Gemeinsam mit dem Kontaktmanagement des Gesundheitsamtes sowie dem telemedizinischen mobilen Einsatzteam (Tele-MET) wurde ein Scoring-System zur Bewertung des Silent-Hypoxemia Risikos der Patient*innen entwickelt, bestehend aus den Parametern Sauerstoffsättigung, Atemfrequenz und Risikofaktoren. Ein Score von 0-2 bleibt zunächst ohne Konsequenz, ein Score von 3 erfordert eine Rücksprache mit dem Tele-MET und/oder Kontaktmanagement und ein Score von 4 erfordert eine sofortige Alarmierung des Rettungsdienstes. Diese Entscheidungen werden immer im Kontext eines ärztlichen gesamtklinischen Eindrucks getroffen. Die Mitarbeitenden des Bio-Monitorings absolvierten außerdem zur weiteren Qualifizierung mehrtägige Hospitationen bei der Feuerwehr Köln: Ärztinnen/Ärzte im notärztlichen Dienst (Notarzteinsatzfahrzeug = NEF) sowie für Helferinnen/Helfer im Rettungsdienst (Rettungswagen = RTW).

Mit den aufgestellten Einsatzeinheiten verfügte die Stadt Köln zu Hochzeiten der Pandemie über eine mobile Testkapazität von bis zu 4.500 Personen pro Tag im Bereich der vulnerablen Gruppen sowie bis zu 400 Personen pro Tag im Bereich der privaten Haushalte. Im Zeitraum vom 30.03.2020 bis zum 31.10.2022 wurden insgesamt $n = 298.070$ PCR-Testungen durchgeführt, davon $n = 58.921$ (19,8 %) im Bereich der privaten Haushalte.

Ab Januar 2021 bis Ende Oktober 2022 wurde in $n = 16.933$ Fällen der Risikoscore für Silent Hypoxemia bestimmt. Insgesamt wurde bei $n = 15.983$ (94,4 %) Getesteten ein Score von 0-1, $n = 624$ (3,7 %) ein Score von 2, $n = 263$ (1,5 %) ein Score von 3 und $n = 63$ (0,4 %) ein Score von 4 erhoben. In $n = 15.585$ Fällen erfolgte keine Messung aufgrund eines zu jungen Alters oder sonstiger Freistellung, bei $n = 358$ Fällen waren die Werte nicht ermittelbar.

Die medizinische Qualifikation der Mitarbeitenden des Bio-Monitorings, die medizinische Ausstattung sowie die schnelle und belastbare Reaktionsfähigkeit der Abteilung in Absprache mit dem Tele-MET und der Leitstelle der Feuerwehr sind ein Ergebnis der besonderen Zusammenarbeit der Ämter 37 und 53.

„From phone call to infusion“ – Monoklonale Antikörpertherapie zur Prophylaxe schwerer Covid-19 Verläufe – eine Kooperation zwischen dem Gesundheitsamt und den Kliniken der Stadt Köln

Autorinnen/Autoren J. Laakmann^{1,4}, A. Küfer-Weiß¹, J. Hurraß¹, A. Kossow^{1,2}, J. Nießen¹, M. Merten^{3,4}, C. Karagiannidis^{3,4}, B. Grüne¹

Institute 1 Gesundheitsamt der Stadt Köln, Infektions- und Umwelthygiene, Köln; 2 Universitätsklinikum Münster, Institut für Hygiene, Münster; 3 Lungenklinik Köln Merheim, Kliniken der Stadt Köln, ARDS und ECMO Zentrum Lungenklinik Köln Merheim; 4 Universität Witten Herdecke, Witten

DOI 10.1055/s-0043-1762773

Hintergrund Seit November 2021 sind neutralisierende monoklonale Antikörper (nMAB) als Therapieoption zur sekundären Prävention für COVID-19 Index- und Kontaktpersonen mit Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf von der European Medicines Agency (EMA) zugelassen. Das Potential dieser Therapie liegt in der Reduktion von Hospitalisierungen, intensivmedizinischer

Behandlung und somit in der Entlastung des stationären Sektors. Die Beschaffung der Präparate, die Ablauforganisation, das enge therapeutische Zeitfenster sowie die Sorge vor Unverträglichkeitsreaktionen waren Gründe dafür, dass nMAB im ambulanten Bereich kaum verabreicht wurden. Mit dem Ziel einer zeitnahen Identifikation und Vermittlung von Hochrisikopersonen zur Therapie oder Postexpositionsprophylaxe (PeP) mit nMAB im indizierten Intervall (bis 7 Tage nach Symptombeginn) wurde im November 2021 eine Kooperation zwischen dem Gesundheitsamt und den Kliniken der Stadt Köln in Form einer eigens eingerichteten Antikörperambulanz gestartet. Der Einsatz der Präparate richtete sich nach den Empfehlungen des Ständigen Arbeitskreises der Kompetenz- und Behandlungszentren für Krankheiten durch hochpathogene Erreger am Robert Koch-Institut (STAKOB). Die Ambulanz wurde im Mai 2022 aufgrund mangelnder Verfügbarkeit eines gegen die seitdem vorherrschenden Omikron Subvarianten hinreichend wirksamen Antikörpers wieder geschlossen. Das Gesundheitsamt nahm in diesem Kontext eine Lotsenfunktion ein. Aufgrund von Meldepflicht und anschließenden Ermittlungen nach dem Infektionsschutzgesetz konnten die Patient*innen zu einem möglichst frühen Zeitpunkt der Infektion erreicht werden.

Methodik In diese deskriptive Analyse wurden anonymisierte Daten von 207 Kölner COVID-19 Indexpersonen eingeschlossen, die zwischen November 2021 und Mai 2022 mit nMAB behandelt wurden. Die Daten wurden mit Hilfe der Software Digitales Kontaktmanagement (DiKoMa) erhoben, die von der Stadt Köln während der COVID-19 Pandemie entwickelt wurde. Die Erfassung erfolgte in strukturierten Telefoninterviews tagesaktuell durch geschulte Mitarbeiter*innen des Gesundheitsamtes.

Ergebnisse 207 Indexpersonen wurden von November 2021 bis Mai 2022 in der Antikörper-Ambulanz behandelt (115 Frauen, Durchschnittsalter = 57,6 Jahre \pm 18,9 Jahre und 92 Männer, Durchschnittsalter = 59,2 Jahre \pm 17,1 Jahre). Abhängig von der diagnostizierten oder mutmaßlichen SARS-CoV-2 Virusvariante wurden die Präparate Casirivimab/Imdevimab oder Sotrovimab verabreicht. Zum Erhebungszeitpunkt waren 18,5 % der behandelten Personen ungeimpft, 3,8 % einfach, 30,9 % zweifach und 34,8 % dreifach geimpft. Bei 12 % der Behandelten war der Impfstatus unbekannt. Die 164 symptomatischen Personen (79,2 %) erhielten im Median 4 Tage (SD = \pm 2,12 Tage; min. 0 Tage, max. 10 Tage) nach Symptombeginn eine Infusionstherapie mit nMAB. Die verbleibenden 43 Personen (20,8 %) waren zum Therapiezeitpunkt asymptomatisch. 175 Personen (84,5 %) gaben mindestens eine relevante Vorerkrankung an, darunter Immunsuppression mit 38,5 %, Herz-Kreislauf-Erkrankung mit 31,4 %, Lungenerkrankung mit 23,8 %, Krebserkrankung mit 21,9 %, Adipositas (BMI ≥ 30) mit 20,9 %, Diabetes Mellitus mit 16,6 % und chronische Lebererkrankung mit 2,3 %. Bei 14 Personen (6,7 %) waren keine relevanten Vorerkrankungen bekannt. In 18 Fällen (8,9 %) war der Datensatz in dieser Kategorie unvollständig. Aus der Stichprobe mussten 22 Personen Covid-19 assoziiert ins Krankenhaus aufgenommen werden, was einer Hospitalisierungsrate von 10,5 % entspricht. Zwei Patienten wurden auf der Intensivstation behandelt und verstarben in Folge.

Diskussion Die Ergebnisse deuten auf ein positives Outcome der Behandelten hin. Nach Antikörpertherapie wurden 89,5 % dieser Hochrisikogruppe nicht hospitalisiert. Unter Einschluss der vorgestellten Daten wird eine retrospektive, vergleichende Beobachtungsstudie klären, inwiefern sich das Outcome dieser Stichprobe von einer unbehandelten Stichprobe unterscheidet. Die Studie wird Aussagen zu interindividuellem Krankheitsverlauf und möglicher Entlastung des stationären Sektors liefern.

Ausblick Zusammenfassend ergeben sich Hinweise für Potentiale zukünftiger Kooperationen zwischen Gesundheitsämtern und Kliniken in einem kollaborativen Management komplexer, bevölkerungsrelevanter gesundheitlicher Herausforderungen und stellen dabei die Bedeutung der Lotsenfunktion von Gesundheitsämtern heraus.

Keywords COVID-19, neutralisierende monoklonale Antikörper (nMAB), Digitales Kontaktmanagement (DiKoMa), Gesundheitsamt

Die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz bei der Prävention und Reaktion auf Hochwasserereignisse.

Autorinnen/Autoren L. Leppmeier^{1,2}, K. Wabnitz^{1,2,3}, A. Mehlis⁴, M. Voss³, K. Geffert^{1,2}

Institute 1 Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung, IBE, LMU München, München; 2 Pettenkofer School of Public Health, München; 3 Centre for Planetary Health Policy, Berlin; 4 Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf, Düsseldorf
DOI 10.1055/s-0043-1762774

Hintergrund In Folge der globalen Erderwärmung ist mit häufigeren Extremwetterereignissen weltweit und auch in Deutschland zu rechnen. Dazu zählen beispielsweise Hochwasserereignisse, die eine Gefahr für die Sicherheit und Gesundheit vieler Menschen darstellen und hohe wirtschaftliche Schäden verursachen können. Die Zuständigkeiten für die Prävention und die Adressierung der Auswirkungen von Hochwasserereignissen in Deutschland sind durch verschiedene Gesetze und entsprechende Hochwasserschutzpläne geregelt, die sich je nach Bundesland unterscheiden. Bisher gibt es wenig wissenschaftliche Evidenz dazu, welche Rolle der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) und insbesondere die kommunalen Gesundheitsämter in diesem Prozess einnehmen. In diesem Forschungsprojekt wird die Rolle des ÖGDs im Umgang mit Starkregen und den daraus resultierenden Hochwasserereignissen in zwei Bundesländern (Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz) untersucht.

Methoden Die gesetzlichen Grundlagen, beispielsweise die Regelungen aus den Gesundheitsdienstgesetzen und dem Katastrophenschutzgesetz, werden durch eine Dokumentanalyse untersucht. Zudem werden die unterschiedlichen Vorgehensweisen zur Prävention und Adressierung von Hochwasserereignissen sowie die (mögliche) Rolle des ÖGDs in einzelnen Landkreisen und Kommunen durch qualitative Interviews mit Expert:innen aus dem ÖGD und Katastrophenschutz ermittelt.

Ergebnisse Erste Ergebnisse zeigen, dass es in den Gesundheitsdienstgesetzen und den Gesetzen über den Brandschutz, die allgemeine Hilfe/Hilfeleistung und den Katastrophenschutz in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz Hinweise auf eine Beteiligung des ÖGDs bei Naturkatastrophen mit Gefahr für die Gesundheit der Menschen gibt. In NRW beispielsweise soll er mit anderen relevanten Institutionen zusammenarbeiten und soll in die Katastrophenschutzplanung einbezogen werden. Wie sich das konkret in der Praxis auswirkt, wird in den aktuell noch ausstehenden Expert:inneninterviews untersucht. Die Auswertung wird bis Ende Januar 2023 abgeschlossen sein.

Projekt „Vertragswidriges Verhalten in der ambulanten Pflege“ am Gesundheitsamt Bremen

Autorinnen/Autoren B. Spieß
Institut Gesundheitsamt Bremen, Bremen
DOI 10.1055/s-0043-1762775

Hintergrund Im Jahr 2004 wurden den gesetzlichen Pflegeversicherungen mit § 47a SGB XI Prüfrechte in Bezug auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen eröffnet, die Sozialhilfeträger blieben damals jedoch außen vor. Da sie mit der ambulanten Hilfe zur Pflege nach Kap. 7 SGB XII dem Bedarfsdeckungsprinzip unterliegen, wurde hier Potential für Abrechnungsbetrug entdeckt. Im Jahr 2020 sind den Sozialhilfeträgern mit §§ 76a und 78 SGB XII eigene gesetzliche Regelungen geschaffen worden, um die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen von ambulanten Pflegediensten zu prüfen.

Intervention Die Stadtgemeinde Bremen hat nach einem politischen Beschluss im September 2021 zunächst projekthaft ein multiprofessionelles Prüfteam aus Pflege- und Verwaltungsfachkräften am Gesundheitsamt Bremen etabliert (2,5 BV). Es arbeitet im Auftrag des fallführenden Sozialhilfeträgers. Untermuert ist die Tätigkeit mit einem Kooperationsvertrag. Mittels einer Verwaltungsanweisung wird die Einbindung des Teams in die Arbeitsprozesse des Sozialamtes gesichert. Nach Beauftragung wird im Team entschieden, ob die Bearbeitung primär verwaltungs- oder pflegfachlich erfolgt. Außerdem

ist das Team mit den Prüfinstanzen der gesetzlichen Pflegeversicherungen, den Ermittlungsbehörden und anderen Kommunen vernetzt.

Ergebnisse Innerhalb des ersten Jahres der Projektlaufzeit wurden 183 Fallakten gesichtet, die spezifische Leistungen beinhalteten (Mittagsmahlzeiten kochen, Begleitung zu Arztterminen). Davon wurde knapp ein Viertel einer genaueren Prüfung unterzogen, und in 17 Fällen wurde dem Sozialhilfeträger empfohlen, bereits gezahlte Geldbeträge zurückzufordern. Die Schadenssumme belief sich insgesamt auf ca. 80.000 EUR. Allein die Existenz des Prüfteams hat eine präventive Wirkung erzielt.

Diskussion Die vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass eine gründliche Rechnungsprüfung jenseits des alltäglichen Dienstgeschäfts Unstimmigkeiten aufdecken kann. Bei der großen Mehrheit der geprüften Fälle stellte sich heraus, dass die Schäden auf Abrechnungen zurückzuführen waren, die das Verwaltungsverfahren beim Sozialhilfeträger ignorierten. Dieses Verhalten ist als „vertragswidrig“ zu bezeichnen. Bei einigen anderen Fällen lagen Irrtümer in der Rechnungstellung vor. Indizien für einen organisierten Betrug wurden nicht entdeckt. Das Prüfteam kann den Strafermittlungsbehörden zuarbeiten, hier besteht jedoch qua Funktion eine klare Abgrenzung. Andere Kommunen berichten von langwierigen Rückforderungsprozessen.

Vergewaltigt – was nun? Projekt: Medizinische Soforthilfe und vertrauliche Spurensicherung – Update 2023

Autorinnen/Autoren K. Albrecht^{1,2}, J. Straube¹, N. Stanislawski¹
Institute 1 Brandenburgisches Landesinstitut für Rechtsmedizin (BLR), Potsdam; 2 Medizinische Hochschule Brandenburg (MHB), Potsdam
DOI 10.1055/s-0043-1762776

Klinisch-rechtsmedizinische Untersuchungen von Betroffenen körperlicher Gewalt, unter Einschluss von sexualisierter und häuslicher Gewalt, gehören zum regelmäßigen Untersuchungsspektrum der Forensischen Medizin. Dabei werden Geschädigte entweder im behördlichen Auftrag oder im Rahmen niederschwellig verfügbarer Untersuchungsmöglichkeiten (z.B. „Opferambulanz“) begutachtet und damit die Möglichkeit eröffnet, Verletzungen professionell und gerichtsverwertbar zu dokumentieren, sowie Spuren zu sichern und zu asservieren. Im Land Brandenburg bieten seit dem Jahr 2015 aktuell sechs Partnerkliniken und das Brandenburgische Landesinstitut für Rechtsmedizin (BLR) im Rahmen eines Modellprojektes medizinische Soforthilfe und vertrauliche Spurensicherung nach einem stattgehabten Sexualdelikt (Vergewaltigung) an, wenn Betroffene nicht sofort eine Anzeige bei der Polizei erstatten wollen. Über die entsprechenden Rettungstellen der Kliniken werden die Betroffenen zumeist zu gynäkologischen aber auch zu urologischen Abteilungen weitergeleitet, wo forensisch geschulte Ärztinnen und Ärzte die Behandlung und Spurensicherung durchführen.

In der Präsentation soll das landesmittelgeförderte Modellprojekt vorgestellt, Aufgaben und Probleme skizziert und zukünftige Planungen in Bezug auf eine Ausweitung des Projektes vorgestellt werden.

Nachhaltige Stärkung der wissenschaftlichen Zusammenarbeit zwischen ÖGD und Universität – Erfahrungen aus der Forschung mit Reallaboren im Verbundprojekt InfektionsschutzNeuGestalten

Autorinnen/Autoren E. Piontkowski¹, H. Röhrbein¹, A. Herrmann¹, G. Roller², S. Brockmann², F. Nill², B. Joggerst³, J. Mack³, P. Schäfer⁴, P. Braun⁴, K. Wolfers⁵, J. Hailer⁵, S. Minkwitz⁵, S. Joos¹, D. Häske¹, M.A. Rieger¹
Institute 1 Zentrum für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung Tübingen, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen; 2 Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Stuttgart; 3 Gesundheitsamt Enzkreis/Pforzheim, Pforzheim; 4 Jugendamt und Gesundheitsamt Mannheim, Mannheim; 5 Kreisgesundheitsamt Reutlingen, Reutlingen
DOI 10.1055/s-0043-1762777

Hintergrund Das Leitbild „Der Öffentliche Gesundheitsdienst: Public Health vor Ort“ der 91. Gesundheitsministerkonferenz Ende Juni 2018 identifiziert die Stärkung der Verbindung zwischen ÖGD und Wissenschaft als einen Punkt von entscheidender Bedeutung für die Weiterentwicklung und zukunftsfähige Gestaltung des ÖGD. In ähnlicher Weise empfehlen weitere Dokumente eine bessere Vernetzung zwischen dem wissenschaftlichen Zweig von Public Health, Public-Health-Praktiker*innen und der Gesellschaft in Deutschland. Vor diesem Hintergrund schrieb das Bundesministerium für Gesundheit im Februar 2020 die Förderung von Kooperationsprojekten aus, die zu einer nachhaltigen Stärkung der Zusammenarbeit zwischen ÖGD und Public-Health-Forschung führen können. Insbesondere sollten diese Projekte auf eine wissenschaftliche Stärkung der ÖGD-Praxis abzielen. Vor diesem Hintergrund konzipierten die Verbundpartner*innen im Forschungsverbund „Infektionsschutz.Neu.Gestalten“ (I.N.Ge) eine gemeinsame wissenschaftliche Herangehensweise, in deren Zentrum die partizipative und transformative Forschungsmethodik der Reallabore einschließlich von Realexperimenten steht. Der Verbund nahm im September 2021 seine Arbeit auf.

Ziele Bei der Arbeit mit Reallaboren steht die Partizipation und das Anstoßen von Veränderungsprozessen im Vordergrund. Konkret hat das Verbundforschungsprojekt I.N.Ge zum Ziel, dass ÖGD und Forschung über die Forschungsmethodik der Reallabore gemeinsam zur Evidenzbasierung im Zusammenhang von Maßnahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes beitragen und ihre Zusammenarbeit sowie die Zusammenarbeit mit der Gesellschaft durch die in Reallaboren gegebene intensive Interaktion nachhaltig entwickeln. Die Forschungsthemen sollen auf aktuellen Herausforderungen in der ÖGD-Praxis basieren, wobei die Verbundpartner*innen vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie den Fokus auf den Infektionsschutz legen. Die Forschungsfragestellungen werden gemeinsam in transdisziplinären Teams aus Praxis (ÖGD), Wissenschaft und – je nach Reallabor – Gesellschaft durch drei Gesundheitsämter (Enzkreis/Pforzheim, Mannheim, Reutlingen), das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg und das Zentrum für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung Tübingen (ZÖGV) bearbeitet. Parallel wird eine Reallabor-Plattform am ZÖGV aufgebaut.

Methodik Unter Federführung der Verbundpartner*innen in den Gesundheitsämtern wurden gemeinsam mit dem ZÖGV vier Reallabore aufgebaut und Realexperimente (Interventionen, die im Alltag ausprobiert und direkt wissenschaftlich ausgewertet werden) zu den Themenschwerpunkten Digitalisierung, Qualitätssicherung, Risikokommunikation und besondere Bevölkerungsgruppen/Settings geplant. Innerhalb der Realexperimente werden in den vier Reallaboren unterschiedliche wissenschaftliche Methoden angewandt.

Ergebnisse Nach bisherigen Erfahrungen im Forschungsverbund I.N.Ge wird durch den partizipativen Reallabor-Ansatz und durch die wissenschaftliche Konzeption und Durchführung der Realexperimente als Forschungsprojekte die Zusammenarbeit zwischen ÖGD und Forschung gefördert. Inhaltlich können die Reallabore und die Realexperimente durch ihre verschiedenen Themenbereiche und Herangehensweisen unterschiedliche Bereiche stärken: die eigene Tätigkeit im Gesundheitsamt einschließlich des wissenschaftlichen Vorgehens, die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, den Austausch mit der Gesellschaft und das Zusammenwirken innerhalb des ÖGDs.

Ausblick Auf dem BVÖGD-Kongress werden die bisherigen Erfahrungen und Erkenntnisse der Zusammenarbeit in als Forschungsmethodik konzipierten und gemeinsam durch ÖGD und Forschung durchgeführten Reallaboren vorgestellt und diskutiert.

Zwischen Bevölkerungsmedizinischen Anspruch und administrativen Restriktionen: Die Emanzipierung der Gesundheitsämter von Verwaltungsstrukturbarrieren hin zu Körperschaften des öffentlichen Rechts

Autorinnen/Autoren A. Roth, F. Kunitz, K. Weber, N. Savaskan
Institut Gesundheitsamt Neukölln (GANK), Bezirksamt Neukölln, Berlin
DOI 10.1055/s-0043-1762778

Mit der WHO-Einstufung der SARS-CoV-2-Ausbreitung als Gesundheitliche Notlage internationaler Tragweite im März 2020 endete die periphere Rolle der Gesundheitsämter im deutschen Gesundheitssystem. Mit der Covid19-Pandemie wurde offensichtlich, dass für die Umsetzung des bevölkerungsmedizinischen Auftrags eine starke dritte Säule unseres Gesundheitssystems benötigt wird.

Im Zuge des demografischen Wandels, des ausbleibenden Nachwuchses an Fachkräften, des medizinisch-technischen Wandels, den zunehmenden Ansprüchen an die Wirtschaftlichkeit sowie durch die Digitalisierung ist das Gesundheitssystem seit Jahren einem permanenten Anpassungsdruck ausgesetzt. Nicht eingepreist sind dabei die Folgen der Corona-Pandemie.

Gesundheitsämter leiden insbesondere an diesen Entwicklungen und sind, im Vergleich zum ambulanten und stationären Sektor, überproportional von Nachwuchsproblemen bei Gesundheitsfachkräften betroffen. Dafür ist der mehr als zwei Dekaden andauernde materielle sowie personelle Ressourcenmangel nicht allein verantwortlich. Hierfür scheinen strukturelle Besonderheiten ein Grund für die Benachteiligung der Gesundheitsämter zu sein. Die unteren Gesundheitsbehörden (hier subsumiert als Gesundheitsämter) sind in der kommunalen öffentlichen Verwaltung dienstrechtlich integriert und somit organisatorisch, dienst- und fachrechtlich abhängig von Entscheidungen der Verwaltungen. Als unmittelbare staatliche Behörden in Deutschland verfügen sie daher über eingeschränkte Möglichkeiten der Interessensvertretung, Qualität/Evidenzbasierung und Transparenz im Vergleich zu den selbstverwalteten Körperschaften der GKV, Ärzteschaft und Krankenhausträgern.

Um den zukünftigen Herausforderungen der öffentlichen Gesundheit zu begegnen und die dritte Säule hierzu resilienter zu gestalten, bedarf es über den Pakt für den ÖGD hinaus qualitativer Anpassungen. Hier lohnt sich ein Blick auf die Universitätskliniken, die um die Jahrtausendwende aus ähnlichen Gründen heraus aus der Rechts- und Fachaufsicht der Länder in Körperschaften des öffentlichen Rechts überführt wurden. Wir skizzieren hier die Chance, Gesundheitsämter zu landesmittelbare Körperschaften des öffentlichen Rechts zu überführen. Dieses Konzept erlaubt eine effiziente Erledigung der hoheitlichen Aufgaben unter der Trägerschaft des jeweiligen Bundeslandes mit der Sicherstellung der Rechtsaufsicht. Für die Fachaufsicht wäre neben dem Bundesland auch ein Zusammenschluss von Ländern oder einer Bundesinstitution (wie z.B. gerade in Planung) möglich. Wir stellen zur Diskussion, inwiefern mit dieser Organisationsform der ÖGD seine jahrzehntelangen Struktur Nachteile beseitigen und mit dem ambulanten und stationären Sektor sowie der universitären Medizin gleichziehen könnte.

Pandemic management: Analysis of availability and relevance of surveillance indicators by COVID-Task-Forces in the state of Lower Saxony.

Autorinnen/Autoren N.Reinoso Schiller¹, F. Feil^{2*}, K. Schwarz¹, K. Hille², K. Usipbekova², K. Reimers¹, H. Kaba¹, S. Scheithauer¹

Institute 1 Department of Infection Control and Infectious Diseases, University Medical Center Göttingen; 2 Public Health Agency of Lower Saxony (NLGA), Hannover; 3 shared first authorship

DOI 10.1055/s-0043-1762779

Hintergrund Die Einführung von Maßnahmen in Zeiten eines Pandemienotfalls ist in einem Pandemieeindämmungsplan verankert, den das Robert-Koch-Institut 2007 erstellt hat. Neben zentralen Indikatoren wie der Inzidenz und der Zahl der Todesfälle wurden auf lokaler Ebene verschiedene Indikatoren zur Bewertung der Pandemiesituation eingesetzt. Doch bisher gab es noch keine Untersuchungen über die Verfügbarkeit und die wahrgenommene Relevanz der Surveillance Indikatoren, die von den deutschen Pandemie-Task Forces zur Bewältigung der SARS-CoV-2-Pandemie verwendet wurden.

Ziel Diese Studie untersuchte, welche Surveillance-Indikatoren den lokalen Entscheidungsträgern zur Verfügung standen, um fundierte Entscheidungen in Bezug auf die Pandemie und ihre Folgen treffen zu können.

Methoden Im Rahmen einer Querschnittsstudie wurde ein Online-Fragebogen verwendet, der von Experten des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes und der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) entwickelt wurde. Alle lokalen COVID-19-Task Forces des Bundeslandes Niedersachsen wurden in die Studie aufgenommen.

Ergebnisse Die Surveillance-Indikatoren, die von den Umfrageteilnehmern als am häufigsten verfügbar und am relevantesten bewertet wurden, fallen unter das deutsche Infektionsschutzgesetz (IfSG). Im Gegensatz dazu haben die Indikatoren, die nicht an das IfSG gebunden sind, eine deutlich geringere Verfügbarkeit und eine uneinheitliche Bewertung der Relevanz.

Fazit Vor dem Hintergrund der Effizienz scheint es zentral zu sein, die besonders hoch gewichteten Surveillance-Indikatoren zuverlässig bereitstellen zu können. Dennoch kann die Diskrepanz bei der Relevanzbewertung zwischen den Indikatoren, die in das IfSG eingebettet sind, und denen, die es nicht sind, durch kognitive Prozesse wie den Anchoring Bias erklärt werden. Es scheint wichtig, die Indikatoren, die aus wissenschaftlicher Sicht besonders wichtig sind, durch einen multidisziplinären kontinuierlichen Dialog in den Entscheidungsprozess einzubeziehen.

Zahnmedizin – Block 5

13:00 – 14:30 | Fachtagungsraum 0.241

Beeinträchtigungen beim Kauen und Beißen bei älteren Menschen in Deutschland. Ergebnisse der bundesweiten Studie GEDA 2019/2020-EHIS

Autorinnen/Autoren L. Krause¹, S. Seeling¹, P. Petrakakis²

Institute 1 Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin; 2 Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Düsseldorf
DOI 10.1055/s-0043-1762780

Einleitung Die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität ist ein wichtiger Teilbereich der allgemeinen Lebensqualität und des psychosozialen Wohlbefindens, denn sie wird in hohem Maße von der Kau- und Sprechfähigkeit, und somit von zentralen Faktoren des sozialen Miteinanders beeinflusst. Da Lebensqualität und Teilhabe wichtige Faktoren für die Gesundheit im Alter sind, ist im Folgenden das Ziel, auf Basis einer bundesweit repräsentativen Stichprobe funktionelle Beeinträchtigungen beim Kauen und Beißen inkl. assoziierter Faktoren für die ältere Bevölkerung in Deutschland zu untersuchen.

Methoden Datenbasis ist die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) des Robert Koch-Instituts. Im telefonischen Interview wurden die Teilnehmenden ab 55 Jahren gefragt: „Haben Sie Schwierigkeiten beim Kauen und Beißen fester Lebensmittel, wie z. B. einem Apfel? Würden Sie sagen: ‚keine Schwierigkeiten‘, ‚einige Schwierigkeiten‘, ‚große Schwierigkeiten‘ oder ‚es ist mir nicht möglich‘?“ Für die Analysen erfolgte eine Einteilung der Antwortkategorien in „keine Schwierigkeiten“ vs. die übrigen Optionen. Es werden Unterschiede nach soziodemografischen Merkmalen berichtet.

Ergebnisse Die Analysen basieren auf Daten von 12.972 Teilnehmenden ab 55 Jahren. Der Anteil der Personen mit Beeinträchtigungen beim Kauen und Beißen beträgt 20,0 %. Dabei sind keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern festzustellen (21,0 % bzw. 18,8 %). Mit dem Alter steigt der Anteil der Personen mit Beeinträchtigungen beim Kauen und Beißen an, von 15,3 % bei den 55- bis 64-jährigen auf 26,3 % bei den 75-jährigen und Älteren. Personen mit niedriger Bildung sind mehr als doppelt so häufig von Beeinträchtigungen beim Kauen und Beißen betroffen wie Personen mit hoher Bildung (29,3 % bzw. 12,6 %). Darüber hinaus werden verhaltensbezogene und zahnmedizinische Merkmale als assoziierte Faktoren untersucht.

Diskussion Ein Fünftel der Personen ab 55 Jahren berichtet von Beeinträchtigungen beim Kauen und Beißen. Um die Mundgesundheit älterer Menschen

zu verbessern, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig, z. B. zwischen Zahnärztinnen und Zahnärzten, Hausärztinnen und Hausärzten und Pflegediensten. Für passgenaue Therapie- und Präventionsmaßnahmen ist zudem die Identifikation der Ursachen und vulnerablen Gruppen wichtig. Hochaltrige und Personen der niedrigen Bildungsgruppe sind laut den Ergebnissen besonders häufig von Beeinträchtigungen beim Kauen und Beißen betroffen.

Plenum – Nachwuchsgewinnung

13:30 – 15:00 | Kongress-Saal

Wie kann der Öffentliche Gesundheitsdienst attraktiver für Nachwuchsfachkräfte werden – Ergebnisse des ÖGD-Studisurvey

Autorinnen/Autoren L. Arnold^{1,2}, S. Gepp^{2,3}, F. Hommes², L. Jung^{2,4}, A. Mohsenpour^{2,5}, J.M. Stratil²

Institute 1 Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf; 2 Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit, Berlin; 3 Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin; 4 Leipzig University – Division of Infectious Diseases and Tropical Medicine, Leipzig; 5 Bielefeld University – Department of Population Medicine and Health Services Research, Bielefeld
DOI 10.1055/s-0043-1762781

Die essenzielle Bedeutung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) für die Gesundheit der Bevölkerung scheint häufig in einem paradoxen Gegensatz zu seiner öffentlichen Wahrnehmung zu stehen, speziell wenn es um die Entscheidung zu einer beruflichen Tätigkeit geht. In Konsequenz leidet der ÖGD seit Jahren unter Nachwuchskräftemangel. Im Rahmen des ÖGD-Studisurveys wurde das Interesse von Studierenden an einer Tätigkeit im ÖGD erstmals empirisch exploriert. Ziel war die Identifikation relevanter Handlungsfelder, um die Attraktivität des ÖGD zu steigern.

Es wurden zwei Querschnittsbefragungen durchgeführt. Teilnahmeberechtigt waren Studierende aus ÖGD-relevanten, akkreditierten Studiengängen an staatlichen Hochschulen. Beide Befragungswellen enthielten offene und geschlossene Fragen zur Bedeutung von Public Health, zu beruflichen Wünschen und Erwartungen an den ÖGD, zur Wahrnehmung des ÖGD sowie zu Ansätzen, um die Attraktivität des ÖGD zu steigern.

Teilgenommen haben 3019 Medizinstudierende (MS), Public-Health-Studierende (PH) und Studierende weiterer ÖGD-relevanter Fachrichtungen (ONM). MS wiesen ein deutlich geringeres ÖGD-Interesse auf als PH&ONM-Studierende. Ein großer Anteil wusste wenig über die Aufgaben des ÖGD und unterschätzte die Bedeutung von Public Health-Ansätzen für die Bevölkerungsgesundheit. ÖGD-Kernthemen wurden zwar als attraktiv angesehen, jedoch wiederholt nicht mit einer ÖGD-Tätigkeit assoziiert. Obwohl positive Aspekte wie z.B. familienfreundliche Arbeitsbedingungen wahrgenommen wurden, war unter den Teilnehmenden ein negatives Image prävalent – auch unter denjenigen, die sich eine ÖGD-Tätigkeit grundsätzlich vorstellen konnten.

Die Ergebnisse legen nahe, dass eine stärkere Sichtbarkeit von Public Health-Themen im Allgemeinen mit Präsenz des ÖGD im Speziellen einen sinnvollen Ansatzpunkt darstellen kann, um den geringen Kenntnisstand zum ÖGD zu erhöhen. Ebenso könnte die Betonung bestehender positiver Eigenschaften (z.B. „Familienfreundlichkeit“) in Imagekampagnen aufgegriffen werden. Allerdings sollte auf eine ausgewogene Darstellung geachtet werden, um negative Assoziationen (z.B. „entspannte/anspruchlose Tätigkeit“) zu vermeiden. Dass selbst Studierende mit praktischer ÖGD-Erfahrung eine negative Wahrnehmung aufwiesen, deutet darauf hin, dass auch strukturelle Defizite, wie z.B. bürokratische Strukturen und mangelnde Digitalisierung, überwunden werden müssen, um die Attraktivität des ÖGD langfristig zu erhöhen.

Fachausschuss Umweltmedizin – Block 3

14:00 – 15:30 | Tagungsraum 4

Durch Reiserückkehrer eingeschleppte exotische Zecken – Herausforderung für den ÖGD

Autorinnen/Autoren L. Chitimia-Dobler

Institut Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr, München

DOI 10.1055/s-0043-1762782

Die rund 900 Zeckenarten kommen weltweit vor. Mehr als 280 Zeckenarten wurden bisher als Ektoparasiten des Menschen identifiziert. Während die Einschleppung von Zecken durch Wildtiere (z.B. Vögel – Hyalomma-Arten) oder Haustiere (z.B. Pferde – Hyalomma-Arten) als zunehmendes Problem identifiziert wurde, ist die Einschleppung von exotischen Zecken und von ihnen übertragenen Pathogenen bisher weitgehend unbeachtet. Es werden 9 Fälle von Einschleppung von Zecken der Gattungen *Amblyomma*, *Dermacentor* und *Rhipicephalus* aus Amerika, Asien und Afrika vorgestellt. Diese wurden morphologisch und z.T. molekularbiologisch identifiziert. Dabei muss auch auf ungewöhnliche Lokalisationen von saugenden Zecken geachtet werden. In zwei der importierten Zecken konnten Rickettsien (*Rickettsia peacockii*, *Rickettsia amblyommatis*) mittels molekularbiologischer Methoden nachgewiesen werden. Häufig wenden sich Patienten oder Ärzte um Hilfe an den ÖGD (Human-, Veterinärmedizin). Damit kommt auch dem ÖGD eine zunehmende Rolle in der Überwachung eingeschleppter Zecken und einer ersten Einschätzung von durch diese Zecken potentiell übertragenen Pathogenen zu.

Dem Bornavirus (BoDV-1) in Bayern auf der Spur: One Health in action – eine Blaupause für zukünftige Ausbruchuntersuchungen

Autorinnen/Autoren M.M. Böhmer^{1,2}, M. Bauswein³, V. Haring⁴, D.

Rubbenstroth⁴, A. Bonakdar⁵, B. Peters⁵, F.S. Saller¹, L. Coyer^{1,6}, L.

Chitimia-Dobler⁷, J. Rissland⁸, R.G. Ulrich⁴, B. Schmidt³, M. Beer⁴

Institute 1 Landesinstitut Task Force Infektiologie, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), München; 2 Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Otto-von-Guericke Universität, Magdeburg; 3 Institut für Klinische Mikrobiologie und Hygiene, Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg; 4 Friedrich-Loeffler-Institut, Greifswald – Insel Riems; 5 Gesundheitsamt des LK Mühldorf am Inn, Mühldorf am Inn; 6 Europäisches Trainingsprogramm für Interventionsepidemiologie, Feldepidemiologie-Pfad (EPIET), Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), Solna, Schweden; 7 Mikrobiologisches Institut der Bundeswehr, München; 8 Institut für Virologie/Staatliche Medizinaluntersuchungsstelle, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg

DOI 10.1055/s-0043-1762783

Seit 2018 ist bekannt, dass das Borna Disease Virus 1 (BoDV-1) zoonotisches Potential aufweist und beim Menschen Enzephalitiden verursachen kann, die in der Regel tödlich verlaufen. Obschon seit langem als Erreger der Borna'schen Krankheit bei Tieren bekannt, ist bisher nicht geklärt, wie BoDV-1 vom Reservwirt, der Feldspitzmaus (*Crocidura leucodon*), auf den Menschen übertragen wird. Auch das klinische Spektrum humaner BoDV-1-Infektionen ist nicht abschließend erforscht und auch nicht die Beteiligung weiterer Wirte oder Vektoren.

Im Mai 2022 erkrankte eine Person in einer oberbayerischen Gemeinde (~2000 Einwohner) an einer BoDV-1-Enzephalitis. Es handelte sich hierbei um den zweiten humanen Fall innerhalb von <3 Jahren in dieser Gemeinde und somit um eine relative Häufung dieser seltenen Erkrankung.

Mit dem Ziel, Erkenntnisse zu klinischem Spektrum, möglichen Übertragungswegen und Verbreitung im Reservoir von BoDV-1 zu gewinnen, wurden ab Juli

2022 mehrere Studien von einem interdisziplinären Team initiiert. Beteiligt daran waren neben Landratsamt und Landesgesundheitsbehörde auch mehrere (Bundes-)Forschungseinrichtungen sowie ein Universitätsklinikum. Nachfolgend wird ein Überblick über die verschiedenen Akteure, Aktionen und Herangehensweisen im Gesamtforschungsvorhaben gegeben, welcher zukünftig als Modell für die Untersuchung ähnlich gearteter Fragestellungen (z.B. beim Auftreten neuer Zoonosen) herangezogen werden kann.

Bei der Planung des Gesamtforschungsvorhabens stand der „One Health“-Ansatz im Vordergrund. Von humaner Seite wurde eine Seroprävalenz-Studie zusammen mit einer umfassenden epidemiologischen Erhebung zu möglichen Risikofaktoren, demographischen Parametern und Symptomatik durchgeführt (BOSPEK-Studie). Die Probengewinnung und Befragung mittels elektronischem Surveytool erfolgten unter großer Beteiligung der Gemeinde in einer konzentrierten Aktion an zwei Tagen. Um die Möglichkeit einer Übertragung des Virus aus der Umwelt auf den Menschen weiter zu untersuchen, wurden zudem Umweltproben an ausgesuchten Orten in der Gemeinde entnommen und auf das Vorliegen von BoDV-1 getestet. Ebenso wurden Zecken gesammelt und auf BoDV-1 untersucht, um die Möglichkeit einer Übertragung durch Vektoren zu erforschen. Nach juristischer Abklärung und unter Einbindung der Naturschutzbehörden sowie Koordination des Gesundheitsamtes wurden weiterhin zur Erforschung des Reservoirs tote Spitzmäuse in der betroffenen Gemeinde gesammelt sowie auch aktiv an zuvor eruierten möglichen Infektionsorten gefangen. Im Anschluss erfolgte eine Speziesbestimmung und die Untersuchung auf BoDV-1; eine Untersuchung auf weitere Erreger ist angedacht. Insbesondere eine im Vorfeld der Studien abgehaltene Informationsveranstaltung, die Online-Bereitstellung umfassender Informationen zu den geplanten Projekten sowie die enge Zusammenarbeit mit der Gemeinde, haben sich als sehr hilfreich für die Akzeptanz der verschiedenen Studien und die Bereitschaft zur Mitarbeit in der Bevölkerung erwiesen. Informiert wurde zu den Studien in einer Pressemitteilung, die auch überregional große Resonanz fand.

Erste Ergebnisse, u.a. zu positiven Spitzmäusen, den Zeckenuntersuchungen und zu den serologischen Analysen, liegen bereits vor und zeigen die Bedeutung solcher umfassenden und konzentrierten Untersuchungen im Sinne des „One-Health“-Ansatzes. Die enge Zusammenarbeit von öffentlichem Gesundheitsdienst, Forschungseinrichtungen und Bevölkerung („Citizen Science“) sowie der interdisziplinäre Ansatz haben dazu beigetragen, die Quelle der Ansteckung weiter einzugrenzen und neue Erkenntnisse zu BoDV-1 zu gewinnen.

Mückenmonitoring in Bayern – eine Machbarkeitsstudie

Autorinnen/Autoren J. Koch¹, S. Heinze^{1,2}, S. Kutzora¹, V. Weilhammer¹, S. Böhm¹, J. Neusser¹, J. Metz¹, K. Katz¹, D. Hauck¹, M. Hoch¹, F. Just¹, V. Fingerle¹, C. Quartucci^{1,2}

Institute 1 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), München, Oberschleißheim; 2 Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Klinikum der Universität München, Ludwig-Maximilians-Universität, München

DOI 10.1055/s-0043-1762784

Hintergrund Aufgrund der voranschreitenden klimatischen Veränderungen finden gebietsfremde Mücken, wie beispielsweise die Asiatische Tigermücke, zunehmend auch in Bayern Habitate. Daraus resultierend könnte es potentiell zu autochthonen Übertragungen bislang hier nicht verbreiteter Erreger kommen (z.B. Dengue-Virus, West-Nil-Virus). Wenn es sich um eine Eintragung eines bereits infizierten Vektors handelt oder wenn eine nicht infizierte etablierte Vektorpopulation auf einen infektiösen Wirt trifft (i.d.R. infizierte Reiserückkehrende), besteht bei einem Stich ein Infektionsrisiko für den Menschen.

Methodik Im Rahmen einer Machbarkeitsstudie (gefördert vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege) werden die Bedingungen und Voraussetzungen unter welchen ein bayernweites Netzwerk zum Monitoring gebietsfremder Mückenarten möglich ist, untersucht. Mittels Lebendfallen und Eiablagefallen werden adulte Stechmücken bzw. deren Eier gefangen, gesamt-

melt und anschließend bestimmt. Die Spezies-Bestimmung von Mücken und Eiern wird auch auf molekularer Ebene durchgeführt – speziell bei Eiern oder morphologisch unklaren Befunden.

Ergebnisse Zunächst soll mit dem Einsatz einzelner Fallen mit anschließender Ausweitung der Fallenstandorte auf sogenannte Eintragungspunkte (bspw. Schienen-Güterverkehr), die Infrastruktur eines Monitorings (z.B. Meldekettens, Art der Fallen etc.) erprobt werden. Schlussendlich soll ein im Rahmen der Studie erstellter Leitfaden, welcher Handlungsempfehlungen und Vorgehensweisen bei Tigermückenbefunden beinhaltet, erstellt und für Kommunen zur Verfügung gestellt werden.

Ausblick Basierend auf den Ergebnissen können weitere Planungen für die Verstärkung bzw. Ausweitung des Mückenmonitorings getätigt werden.

Zahnmedizin – Block 6 – Postersitzung

14:30 – 16:00 | Fachtagungsraum 0.241

Verbreitung von Zahnversiegelungen bei Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt – Bewertung des Prophylaxe-Potenzials und Ableitung eventueller Handlungsbedarfe

Autorinnen/Autoren L.M. Nodurft, G. Wahl, E. Swart

Institut Hochschule Magdeburg-Stendal, Magdeburg; Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Magdeburg; Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Medizinische Fakultät, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (ISMG), Magdeburg
DOI 10.1055/s-0043-1762785

Problemstellung Die Zahngesundheit der bleibenden Zähne von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt hat sich in den letzten Jahren zwar stetig verbessert, hat aber immer noch nicht den Bundesdurchschnitt erreicht. Zur Verbesserung der Zahngesundheit trägt auch die Individualprophylaxe und als Teil davon die Versiegelung kariesfreier Fissuren und Grübchen der bleibenden Molaren bei. Allerdings zeigt sich in den letzten Jahren eine geringere Inanspruchnahme der Fissurenversiegelungen in Sachsen-Anhalt, obwohl deren kariespräventiver Effekt durch zahlreiche Arbeiten belegt ist.

Ziel Vor diesem Hintergrund soll die Verbreitung der Fissurenversiegelungen der bleibenden Molaren bei zehn- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt näher beleuchtet werden. Deren Prophylaxe-Potenzial soll bewertet und eventuelle Handlungsbedarfe abgeleitet werden.

Methodik Um die Verbreitung der Fissurenversiegelungen der bleibenden Molaren bei zehn- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt zu untersuchen, wird eine quantitative Analyse der zahnärztlichen Daten von Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt durchgeführt. Die Daten werden im Rahmen der jährlichen zahnärztlichen Untersuchung und Gruppenprophylaxe gewonnen, die von den Kinder- und Jugendzahnärztlichen Diensten der Gesundheitsämter ausgeführt wird. Im Anschluss werden die Ergebnisse diskutiert und Handlungsempfehlungen abgeleitet.

Ergebnisse Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer Versiegelung nimmt in Sachsen-Anhalt vom Schuljahr 2007/2008 bis zum Schuljahr 2019/2020 immer weiter ab. Im Schuljahr 2019/2020 haben weniger als die Hälfte der untersuchten zehn- bis 15-jährigen Mädchen und Jungen mindestens eine Versiegelung an den bleibenden Zähnen. Währenddessen bleibt die mittlere Anzahl versiegelter Zähne bei Kindern mit Versiegelung konstant bei rund vier Zähnen. Es gibt keine großen Geschlechtsunterschiede, aber es zeigen sich Unterschiede bezüglich der Schulform, der Trägerschaft der Schule und bezüglich der Untersuchungsregion. Förderschüler haben jeweils den geringsten Anteil bzw. die geringste mittlere Anzahl an Versiegelungen, Gymnasiasten weisen die höchsten Anteile und Mittelwerte bezüglich der Versiegelungen auf.

Die Werte der Sekundarschüler liegen zwischen denen der Förder- und Gymnasialschüler, aber nähern sich in Einrichtungen freier Trägerschaft den Zahlen der Gymnasiasten an. Der Anteil bzw. die mittlere Anzahl an Versiegelungen ist bei Förder- und Sekundarschülern an freien Einrichtungen höher als an Einrichtungen mit öffentlicher Trägerschaft. Bei den Gymnasialschülern zeigt sich das Gegenteil. Kinder und Jugendliche mit Versiegelungen haben einen dramatisch geringeren Kariesbefall als diejenigen ohne Versiegelungen.

Schlussfolgerung Es gibt eine Abnahme der Inanspruchnahme der Fissurenversiegelungen in Sachsen-Anhalt, deren Ursache kann aber noch nicht vollständig geklärt werden. Des Weiteren kann der kariespräventive Effekt der Versiegelungen mit den vorliegenden Daten nicht dargestellt werden. Auf eine Standardisierung der Dokumentation von Fissurenversiegelungen bei Kindern und Jugendlichen durch die Zahnärzte vom Öffentlichen Gesundheitsdienst sollte weiter hingearbeitet werden. Darüber hinaus sollte ein Austausch zwischen den niedergelassenen Zahnärzten und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst angestoßen werden.

Soziale Lage und die Zustimmung der Erziehungsberechtigten zur Teilnahme am Karies Risikoprogramm

Autorinnen/Autoren J.S. Borutta¹, J. Duwe¹, J. Eisenmann¹

Institut 1 Fachamt Gesundheit, Bezirksamt Hamburg-Bergedorf, Hamburg
DOI 10.1055/s-0043-1762786

Hintergrund Im Jahr 2021 wurden die neusten Werte zum Sozialindex der Hamburger Schulen veröffentlicht. Mit der Einwertung sollen Schulen, je nach Bedarf, ausgestattet werden. Denn insbesondere die gesundheitliche Chancengleichheit in Quartieren oder Settings mit niedrigem Sozialindex ist weiterhin besonders schwer zu erreichen. In der Covid-19 Pandemie hat sich diese Problematik für Kinder- und Jugendliche (Ki-Ju) weiter verstärkt. (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2022). Es lässt sich vermuten, dass dieses auch auf den Zahnstatus bei Ki-Ju zu trifft. Im Schuljahr 2021/2022 dokumentierte der Schulzahnärztliche Dienst (SZD) 20 Besuche an Grundschulen im Bezirk Hamburg-Bergedorf.

Setting Im Bezirk Hamburg-Bergedorf lebten im Jahr 2021 23917 Kinder und Jugendliche (Ki-Ju) bis 17 Jahre. Der Öffentliche Gesundheitsdienst untersucht routinemäßig die Ki-Ju in Vorschulklassen bis zur 6. Klassenstufe. Diese Untersuchung basiert auf die Dokumentation der schulzahnärztlichen Untersuchungen in den Klassen 1-4.

Methodik Durch den öffentlichen Gesundheitsdienst erfolgte im Schuljahr 2021/22 an 20 Grundschulen im Bezirk eine schulzahnärztliche Untersuchung. Bei einer Identifizierung von Ki-Ju mit einem intensive prophylaktischen Behandlungsbedarf wurden die Erziehungsberechtigten, postalisch (über die Schüler: innen) benachrichtigt und die Teilnahme am Kariesrisikoprogramm (KRP) für die betroffenen Schüler: innen, angeboten. Die erfolgten Reaktionen der Erziehungsberechtigten wurden, nach dem Sozialindex der besuchten Grundschule, ausgewertet.

Ergebnisse Als Ergebnisse wurden insgesamt 783 Ki-Ju für die Teilnahme am KRP-Programm identifiziert, einer Teilhabe am KRP-Programm stimmten 60 % der Erziehungsberechtigten aktiv zu. Mit einem steigenden Sozialindex der Schulen sank auch der identifizierte KRP-Betreuungsbedarf bei den Ki-Ju.

Diskussion An Schulen mit niedrigem Sozialindex, sollte möglicherweise in den Prozess der aktiven Zustimmung für die Teilnahme am KRP-Programm, interveniert werden. Durch eine Nachbegleitung durch z. B. der Schulgesundheitskraft könnte die Anzahl der Erziehungsberechtigten, die nach Befund auch einer Teilnahme am KRP-Programm zustimmen, steigen. Als Limitation dieser Erhebung zeigt sich die Tatsache, dass nicht nachvollzogen werden kann, ob eine Behandlung außerhalb des schulzahnärztlichen Dienstes und ohne eine Rückmeldung an diesen erfolgt ist.

Das Stufenmodell für Kinder mit Verdacht auf Dental neglect

Autorinnen/Autoren P. Petrakakis¹, A. Bergmann², A. Flottmann¹, S. Fiedler¹, U. Brix¹

Institute 1 Rhein-Erft-Kreis, Gesundheitsamt, Zahnärztlicher Dienst, Bergheim; 2 Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf, Zahnärztliche Gutachten und Hilfen, Kariesprophylaxe, Düsseldorf
DOI 10.1055/s-0043-1762787

Einleitung Erfahrungen aus zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Kitas und Schulen zeigen, dass trotz entsprechender Mitteilungen an die Eltern bestimmte Kinder zahnärztlich unter- bzw. unversorgt bleiben. Dieser, auch als „Dental neglect“ bezeichnete Befund ist bedeutsam, da er ein erster Hinweis auf eine Kindeswohlgefährdung sein kann. Daher wurde in 2015 im Rhein-Erft-Kreis auf Basis des Bundeskinderschutzgesetzes ein Stufenmodell zur Früherkennung von Dental neglect entwickelt.

Material und Methode Bei einem auffälligen Zahnbefund ohne bzw. geringen Anzeichen von Behandlungsmaßnahmen wird ein dreistufiges schriftliches Mahnverfahren an die Sorgeberechtigten in Gang gesetzt. Erfolgt keine Rückmeldung auf die verschiedenen Schreiben in einem jeweils definierten Zeitraum, wird der Fall an das jeweilige Jugendamt gemeldet. Da neben der Früherkennung eines Dental neglect auch die Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung der betroffenen Gruppe angestrebt wird, wurden die Nachuntersuchungsergebnisse aus den Schuljahren 2016/2017 (1) und 2017/2018 (2) evaluiert, um die Wirksamkeit des Verfahrens zu ermitteln.

Ergebnisse Sowohl in der 1. als auch in der 2. Untersuchungsphase konnte eine signifikante Verbesserung des Versorgungszustands der Zähne der betroffenen Kinder im Milch- und bleibenden Gebiss beobachtet werden. Die telefonische und schriftliche Rückmeldung der Sorgeberechtigten ergab, dass häufig Unwissenheit, Verständnisprobleme, eine Fehleinschätzung der Situation und insbesondere Zahnbehandlungsängste Hinderungsgründe für die zeitnahe zahnärztliche Versorgung der Kinder waren.

Diskussion Die Ergebnisse zeigen, dass der zahnärztliche Versorgungszustand von Kindern mit auffälligen Zahnbefunden im Rahmen des Stufenmodells signifikant verbessert werden konnte. Der direkte Kontakt mit den Sorgeberechtigten führte oftmals zu einem besseren Verständnis der familiären Gesamtsituation und ermöglichte individuelle Beratungen. Das Stufenmodell zeigt, dass regelmäßige Untersuchungen und Beratungen zu einer Verbesserung der Versorgungssituation beitragen können und eine weitere wichtige Kernkompetenz des Öffentlichen Zahngesundheitsdienstes darstellen. In wie weit das Stufenmodell als Frühwarnsystem für Kindeswohlgefährdung wirken kann, ist derzeit noch unklar, da keine Daten der Jugendämter vorliegen. Ein weiteres Ziel sollte daher sein, eine Grundlage für eine interdisziplinäre Datenbasis zu schaffen.

Die Adhärenz zum Zahnarztbesuch bei Patienten mit Zahnbehandlungsangst nach durchlaufener kognitiver Verhaltenstherapie

Autorinnen/Autoren A. Noack¹, H. Stark¹, D. Kraus¹, F. Heuser³, N. Enkling^{1,2}

Institute 1 Poliklinik für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffwissenschaften, Zentrum für Zahn- Mund und Kieferheilkunde am Universitätsklinikum Bonn, Bonn; 2 Eichenklinik, Praxisklinik für Zahnmedizin, Kreuztal; 3 Gesundheitsamt der Stadt Köln, Köln
DOI 10.1055/s-0043-1762788

Prävalenz Die Prävalenz der Zahnbehandlungsangst mit Krankheitswert, die sich besonders durch die Vermeidung von Zahnbehandlungen kennzeichnet, wird in Deutschland auf ca. 5-10 % der Bevölkerung geschätzt.

Die Selbsteinschätzung eines Angstgefühls liegt bei etwa 60 % von denen 12 % ein starkes Angstgefühl angeben. Bei der Verwendung des hierarchischen Angstfragenbogens nach Jöhren konnte bei 17 % der Befragten ein hohes Angstlevel und bei 23 % ein mittleres Angstlevel nachgewiesen werden.

Ätiologie Die Ätiologie der Zahnbehandlungsangst erscheint komplex und ist ein multifaktorielles Geschehen. Es werden sowohl exogene Faktoren (traumatische Erfahrungen, familiäre Einflüsse und individuelle Eigenschaften) als auch endogene Faktoren (individuelle Besonderheiten z.B. Vulnerabilität, erhöhter Neurotizismus etc.) in der Entstehung einer Zahnbehandlungsangst diskutiert, wobei die exogenen Faktoren empirisch gut untersucht sind.

Diagnostik Die Vermeidung von Behandlungen stellt das zentrale Kriterium der Zahnbehandlungsangst mit Krankheitswert dar. Als Screening bietet sich eine anamnestiche Abfrage einer Selbsteinschätzung mittels visueller Analogskala (VAS) an. Ab einem Wert von 50 auf einer Skala von 0 bis 100 wird empfohlen einen zusätzlichen Fragebogen zu verwenden. Hier hat sich der Hierarchischer Angstfragebogen (HAF) nach Jöhren bewährt. Dieser Fragebogen umfasst 11 Fragen bei denen 5 verschiedene Angstaussprägungen von „überhaupt nicht ängstlich“ (1 Punkt) bis „krank vor Angst“ (5 Punkte) zur Auswahl stehen. Die Punkte der 11 Fragen werden aufsummiert und es können drei Gruppen gebildet werden:

Bis 30 Punkte: niedrige Angst

31-38 Punkte: mittlere Angst

ab 38 Punkte: hoch ängstlich

Aus einer hohen Ängstlichkeit und einer gleichzeitigen anamnestiche bekannten Vermeidung der Zahnbehandlung von mehr als 2 Jahren lässt sich die Verdachtsdiagnose „Zahnbehandlungsangst mit Krankheitswert“ ableiten.

Therapie Als Therapie der 1. Wahl bei Zahnbehandlungsangst mit Krankheitswert hat sich die kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition herausgestellt. Diese Empfehlung entsprechend der AWMF S3 Leitlinie zur Zahnbehandlungsangst bei Erwachsenen hat die Einschränkung bei akuter Behandlungsbedürftigkeit.

Andere Therapievarianten wie Akupunktur oder Hypnose werden in der S3 Leitlinie nicht empfohlen. Maßnahmen zur Sedierung (Lachgassedierung oder die Verwendung von Benzodiazepin) werden nur für Akutbehandlungen empfohlen.

Studienbeschreibung: In dieser retrospektiven Studie soll geklärt werden, wie erfolgreich die kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition die beiden Zielkriterien:

1. „Reduktion der Zahnbehandlungsangst“ und
2. „Durchbrechung der Vermeidungsstrategie und Adhärenz zur Zahnbehandlung“ erfüllt.

Zu diesem Zweck sollen Patientinnen / Patienten mit Zahnbehandlungsangst mit Krankheitswert, die seit mindestens einem Jahr die Verhaltenstherapie abgeschlossen haben und eine Kontroll-Gruppe, die hinsichtlich Alter, Geschlecht sowie Zeitpunkt der Erstvorstellung gematcht ist, über eine Fragebogen-Studie und eine retrospektive Auswertung der Patientenakten nachuntersucht werden. Hierzu wird den Patienten ein Fragebogen zugesendet, der unter anderem den HAF enthält. Dadurch ist es möglich Änderungen in der Angstaussprägung aufzuzeigen.

Die Frage nach der Adhärenz zur Zahnbehandlung ist dahingehend bedeutend, ob ein dauerhaftes Durchbrechen des Vermeidungsverhaltens erzielt werden konnte und welche therapeutischen und prophylaktischen Maßnahmen bei den Patienten durchgeführt werden konnten. Es werden 180 Patientenfälle nachuntersucht und eine entsprechende gematchte Kontrollgruppe gebildet.

Ergebnisse Zurzeit liegen noch keine Ergebnisse vor. Es wird mit dem Beginn der statistischen Auswertung Ende Dezember 2022 gerechnet.

Fachausschuss KJGD – Block 3: Multi-professionelle Teams in Schulen – eine Chance für die schulärztliche Betreuung mit dem KJGD

15:15 – 16:45 | Kongress-Saal

Kölner Gesundheitslotsendienst an Familiengrundschulzentren

Autorinnen/Autoren B. Treunert, A. Eulgem, J. Nießen

Institut Gesundheitsamt Stadt Köln, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Köln

DOI 10.1055/s-0043-1762789

Der Gesundheitslotsendienst ist ein Angebot des Gesundheitsamtes an den 9 Familiengrundschulzentren (FGZ) im Kölner Stadtgebiet. Er ist an den Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes angegliedert und wird fachlich durch die Leitung des kinder- und jugendärztlichen Dienstes begleitet. Der Gesundheitslotsendienst ist Teil der Kölner Gesamtstrategie „Kölner Kinder Stärken!“, die sich gegen Armut von Kindern, Jugendlichen und Familien richtet und durch Mittel aus dem Förderprogramm „kinderstark – NRW schafft Chancen“ unterstützt wird. Drei examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte sind mit insgesamt 2,25 Stellen an den 9 Schulen eingesetzt. Für jede Schule stehen somit 0,25 Stellen bzw. 9,25 Stunden / Woche zur Verfügung. Zusätzlich umfasst der Dienst eine Koordinationsstelle, die sich um Organisation und Weiterentwicklung des Dienstes sowie um Netzwerkarbeit kümmert.

Das Angebot des Gesundheitslotsendienstes richtet sich an Schüler*innen, Eltern und Fachkräfte an den Familiengrundschulzentren. Im Mittelpunkt des präventiven Angebotes steht die Beratung, Vermittlung und Begleitung der Familien. Zusätzlich werden angepasst an die schulischen Begebenheiten Gruppenangebote umgesetzt. Durch die Anwesenheit an den Schulen besteht eine enge Kooperation mit den weiteren Fachkräften vor Ort, insbesondere der Schulsozialarbeit. In Kinderschutzfällen erfolgen regelmäßige Besprechungen nach Abstimmung mit der eigenen Kinderschutzgruppe und dem Kinderschutzsystem der Schulen.

Die Kontakte von Januar bis September 2022 zeigen eine gute Erreichbarkeit der Kinder und Familien mit einer Anzahl von 2.187 (37%). Der Austausch mit den Fachkräften vor Ort erreicht eine Gesamtzahl von 2.863 (50%) bei den dokumentierten Kontakten. 210 Kinder konnten in das medizinische System und 73 Kinder zu anderen Hilfsangeboten (z.B. Familienberatungsstellen, Angebote freier Jugendhilfeträger, Sportvereine) vermittelt werden. Eine weitergehende Evaluation des Angebotes ist in Arbeit.

Das Angebot wird an vielen der Schulen schon sehr gut angenommen. Gerade die Gruppenangebote mit meist präventivem Charakter sollen noch weiter ausgebaut werden. Eine deutliche Einschränkung ergibt sich durch die geringe Zeit der Gesundheitslotsinnen vor Ort in der Schule.

School Health Services in Europa – Benefit für Kinder und Jugendliche im Setting Schule (EUSUHM)

Autorinnen/Autoren G. Ellsäßer¹

Institut 1 EUSUHM /European Union for School and University Health and Medicine, Berlin

DOI 10.1055/s-0043-1762790

Hintergrund EUSUHM, European Union for School and University Health and Medicine (<https://eusuhm.org/aboutus/our-mission/>) ist der Dachverband von 13 Mitgliedsorganisationen in 11 europäischen Ländern, die als Berufsverbände die „school und university health care services“ repräsentieren. Ziel ist, den

Benefit der School/University Health Services in Europa für die Gesundheit und Bildung der Schüler:innen sichtbar zu machen.

Methode In einem standardisierten Interview werden seit 2021 die Mitgliedsorganisationen auf der Grundlage von 5 Kernfragen zur Tätigkeit der „Public Child and Youth Health Services“ (PCYHS) im Setting Kita / Schule / Universität befragt. Darüber hinaus liegt der Fokus auf einer Einschätzung der häufigsten gesundheitlichen Bedarfe der Kinder und Jugendlichen bzw. der besonderen Anforderungen während der Covid Pandemie. Die Kernaussagen sind über ein „Showcase“ per Video auf der Webseite von EUSUHM abrufbar. Teilausschnitte daraus werden im Vortrag vorgestellt.

Ergebnisse Besonders effektiv sind die Strukturen, die multiprofessionell ausgerichtet sind. Hierzu gehören auch School Nurses (SN), die eine Brückenfunktion zwischen Schule (Bildung) und PCYHS (Gesundheit) wahrnehmen, die Erstversorgung der Schüler:innen bei gesundheitlichen Problemen bzw. Verletzungen durch Unfälle umsetzen, aber auch vor Ort präventive Maßnahmen anbieten (Screening Untersuchungen, Impfungen, Gesundheitsunterricht/ Projekte). Länder wie Schweden, Finnland, Kroatien, Niederlande sind hier bspw. besonders gut strukturell aufgestellt. Eine aktuelle Studie in den Niederlanden bezifferte den Benefit der präventiven Arbeit des Child and Youth Services (CYS): 1 Euro in den CYS investiert erzielte Einsparungen von 11 Euro (Vanneste et al 2022). Finnland bietet darüber hinaus Studenten an Universitäten systematische Gesundheitschecks an, die nachweislich zu einer besseren Versorgung führen (Seilo et al 2022). Psychische Gesundheitsprobleme (depressive Störungen, Angststörungen) wurden insbesondere von Jugendlichen berichtet (u.a. Belgien, Dänemark, Österreich), die während der Covid Pandemie von Schulschließungen betroffen waren. Dies wurde von den Schulgesundheitsdiensten in Schweizer Kantonen seltener beobachtet, wo die Schulen größtenteils offenblieben.

Schlussfolgerungen Die WHO empfiehlt auf Grund einer starken Evidenz die systematische Implementierung von SHS im Bereich Gesundheit. „The evidence proves that – if school health services are implemented – they will have lasting benefits for students in terms of effectiveness and acceptability“.

EUSUHM hat in seinem Leitbild verankert, diese Erkenntnisse in die Politik und Fachöffentlichkeit zu tragen. EUSUHM stellt hierfür sein Netzwerk, das wissenschaftliches Forum und seine Kommunikationsplattform zur Verfügung.

In Deutschland sind durch die Pandemie die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste zum Teil stark ausgehöhlt worden (siehe Fachausschuss KJGD). Die bestehenden multidisziplinären Teams sind wieder aufzubauen und zu stärken.

Fachausschuss Infektionsschutz – Block 3 – Infektionsschutz

15:15 – 16:45 | Fachtagungsraum 0.226

Das Auftreten von multiresistenten gramnegativen Erregern bei ukrainischen Geflüchteten und möglicherweise damit zusammenhängenden Belastungen des Gesundheitssystems

Autorinnen/Autoren A. Hahn¹, A. Gilles¹, A. Kossow^{1,2}, J. Hurraß¹

Institute 1 Gesundheitsamt der Stadt Köln, Infektions- u. Umwelthygiene, Köln; 2 Institut für Hygiene, Universität Münster, Münster

DOI 10.1055/s-0043-1762791

Einleitung Für Patientenisolate aus Gesundheitseinrichtungen der Ukraine wurden für das Jahr 2020 bei E. coli in 4,4 % der Isolate, bei Klebsiella pneumoniae in 53,5 % und bei Acinetobacter spp. in 77,1 % [1] eine Resistenz gegen Carbapeneme festgestellt. Aufgrund dieser im Vergleich zu Deutschland hohen Prävalenz von multiresistenten gramnegativen Erregern in der Ukraine ist es möglich, dass bei in Deutschland hospitalisierten ukrainischen Geflüchteten

Infektionen bzw. Kolonisationen mit multiresistenten gramnegativen Erregern (MRGN) gehäuft vorkommen. Der Anteil der ukrainischen Geflüchteten an den MRGN-Meldungen seit Kriegsbeginn am 24.02.2022 in Köln soll im Rahmen dieser Arbeit quantifiziert werden. Zudem soll betrachtet werden, ob es durch die insbesondere wegen Kriegsverletzungen in Kölner Krankenhäusern behandelten ukrainischen Patient*innen zu Ausbrüchen mit MRGN oder besonderen Belastungen des Gesundheitssystems durch evtl. vermehrt eingetragene MRGN-Erreger kam.

Method Für diese Auswertung wurden die Meldungen von Enterobacteriaceae sowie *Acinetobacter baumannii* mit Carbapenemasen an das Kölner Gesundheitsamt seit Kriegsbeginn am 24.02.2022 betrachtet. Der Anteil der Meldungen, die sich ukrainischen Geflüchteten zuordnen lassen, wird bestimmt. Darüber hinaus wird analysiert, ob seit Kriegsbeginn und aufgrund der darauffolgenden Fluchtbewegung aus der Ukraine nach Westeuropa ein Anstieg der Meldungen dieser multiresistenten gramnegativen Erregern mit Resistenzen gegen vier der vier Antibiotikagruppen (4-MRGN) im Vergleich zu den Vorjahren in Köln zu beobachten ist.

Ein weiterer Teil dieser Arbeit befasst sich mit etwaigen Ausbruchsgeschehen von 4-MRGN in Kölner Krankenhäusern und den Maßnahmen, die in den Krankenhäusern ergriffen werden, um präventiv entsprechende Ausbrüche zu verhindern. Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) empfiehlt ein 4-MRGN-Screening bei einer Krankenhausaufnahme von Patient*innen mit kürzlichem Kontakt zum Gesundheitssystem in Ländern mit endemischem Auftreten, was für ukrainische Geflüchtete zutrifft. Die Kriterien für ein Screening in den Kölner Krankenhäusern und die tatsächliche Umsetzung werden zusätzlich in die Auswertung mit einfließen.

Ergebnisse Seit Kriegsbeginn sind etwa ein Fünftel der 4-MRGN-Meldungen, die das Kölner Gesundheitsamt erreicht haben, ukrainischen Geflüchteten zuzuordnen. Zwischen dem 24.02.2022 und dem 26.07.2022 sind unter den 4-MRGN-Meldungen Kölns insgesamt 11 eindeutig als ukrainische Geflüchtete identifiziert, darunter 4 ukrainische Kinder. Eine Ausweitung der nach diesem Zeitfenster erfolgten MRGN-Meldungen sowie der möglicherweise damit zusammenhängenden Ausbrüche in Gesundheitseinrichtungen wird fortlaufend durchgeführt.

Die ersten Analysen des o.g. Zeitfensters zeigen keinen eindeutigen Anstieg der Meldungen von 4-MRGN seit Kriegsbeginn im Vergleich zu den Vorjahren in Köln. In diesem Zeitfenster kam es zu einem 4-MRGN-Ausbruch nach Aufnahme eines aus der Ukraine geflüchteten Patienten, bei dem ein 4-MRGN-Nachweis erfolgte, auf einer Intensivstation eines Kölner Krankenhauses. Der Ausbruch, bei dem insgesamt 5 Patient*innen betroffen waren, konnte schnell durch zielführende Maßnahmen unter Kontrolle gebracht werden. Zu den Maßnahmen zählten u.a. eine schnelle Isolation, umfangreiche Umgebungsuntersuchungen und ein Screening aller Patient*innen auf der Station, Genotypisierungen aller Patienten- und Umgebungsuntersuchungsisolat, Information aller betroffenen Berufsgruppen, die Intensivierung der Reinigung und Desinfektion der Station sowie Maßnahmen zur Optimierung der Hände- und Flächen-Desinfektion.

Diskussion Insgesamt deuten die bisherigen Ergebnisse dieser Untersuchung darauf hin, dass es in Köln zu keiner signifikanten Erhöhung der 4-MRGN-Meldezahlen und auch zu keinen möglicherweise damit assoziierten Belastungen des Gesundheitssystems durch Flüchtlinge aus der Ukraine gekommen ist. Um diesbezüglich auch in Zukunft keine zusätzliche Belastung des Gesundheitssystems befürchten zu müssen, sollten die Meldezahlen und die in den Gesundheitseinrichtungen umgesetzten Präventions- und Schutzmaßnahmen weiterhin beobachtet werden.

Quelle [1] Surveillance of antimicrobial resistance in Europe, 2020 data European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) 2021 <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/ECDC-WHO-AMR-report.pdf>. Zuletzt abgerufen am 14.11.2022

Deutlicher Anstieg gemeldeter Diphtheriefälle unter Schutzsuchenden in Baden-Württemberg

Autorinnen/Autoren J. Kuhn^{1,4,*}, A. Sogan-Ekinci^{1,*}, M. Meincke¹, A. Sing², A. Berger², A. Dangel³, A. Sprenger³, S.O. Brockmann^{1,**}, C. Wagner-Wiening^{1,**}

Institute 1 Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, Landesgesundheitsamt, Referat 73 – Gesundheitsschutz, Infektionsschutz und Epidemiologie, Stuttgart; 2 Konsiliarlabor für Diphtherie, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Oberschleissheim; 3 NGS Core Unit, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Oberschleissheim; 4 Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie (PAE), Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut (RKI), Berlin; 5 Geteilte Erst-Autorenschaft; 6 Geteilte letzte Autorenschaft

DOI 10.1055/s-0043-1762792

Hintergrund Seit Juli 2022 wird in Baden-Württemberg und gesamt Deutschland ein deutlicher Anstieg an importierten Diphtheriefällen mit toxischen *Corynebacterium diphtheriae* unter Schutzsuchenden beobachtet. Diphtherie ist in Deutschland eine sehr seltene, impfpräventable, meldepflichtige Erkrankung. Berichte über Diphtheriefälle unter Schutzsuchenden kommen nicht unerwartet, jedoch ist die Zunahme der gemeldeten Fälle unter dieser Gruppe in Baden-Württemberg in letzter Zeit ungewöhnlich hoch. Für die Bewertung des Infektionsgeschehens in Hinblick auf klinische Manifestation, mögliche Übertragungswege und Zugehörigkeit zu Häufungen wurden Meldedaten zu übermittelten Diphtheriefällen des Jahres 2022 analysiert.

Methoden Zur deskriptiven Analyse herangezogen wurden alle nach Infektionsschutzgesetz an das LGA übermittelten Diphtherie Fälle des Jahres 2022 (Datenstand, 14.11.2022) nach Angaben zu Alter, Geschlecht, klinischen Daten, Melde- und Expositionsort.

Ergebnisse Zwischen 01.01.2022 und 14.11.2022 wurden insgesamt 70 Diphtherie-Fälle übermittelt, darunter 96% seit Kalenderwoche 30. Zwei autochthone Fälle mit toxinbildenden *C. ulcerans*, 52 Fälle mit *C. diphtheriae* und 16 Fälle ohne Angaben zum Erreger. 39 der 52 übermittelten *C. diphtheriae* Fälle entsprachen der Referenzdefinition. In 35 dieser Fälle liegt die klinische Manifestation Hautdiphtherie und in drei Fällen die klinische Manifestation einer Rachendiphtherie vor. Bei sechs Fällen liegt ein Krankenhausaufenthalt vor. Bisher gab es keinen tödlichen Verlauf. Alle Fälle sind männlich mit einem Altersmedian von 22 Jahren (IQR: 18-25). Der Anteil der unter 18-Jährigen liegt bei 21%. Von 82% der Fälle mit Angaben zum Impfstatus waren 13% einmal geimpft. Zu keinem der Fälle liegt ein vollständiger Impfstatus vor. Bei 60% der Fälle konnte das Herkunftsland ermittelt werden. Bis auf einen Fall liegt der angegebene Expositionsort außerhalb Deutschlands. Es handelt sich in der überwiegenden Anzahl der Fälle um Flüchtlinge aus Syrien und Afghanistan die über die Balkanroute geflüchtet sind. 33% der Fälle wurden aus dem Stadtkreis Freiburg, 23% aus dem LK Ortenaukreis und 16% aus dem LK Sigmaringen übermittelt. Nach Ergebnissen der Ganzgenomanalyse gehören die nachgewiesenen Stämme den 3 Sequenztypen ST-377, ST-384 und ST-574 an.

Diskussion und Schlussfolgerung Die Diphtherie Fälle betreffen vor allem junge, männliche, nicht vollständig geimpfte Schutzsuchende aus Syrien und Afghanistan. Die Laborergebnisse und Angaben zu möglichen Expositionsorten sprechen für den Erwerb der Infektionen auf der Fluchtroute und unterschiedlichen Übertragungsgeschehen. Die anhaltende Dynamik muss weiterhin sorgfältig überwacht werden, um weitere Ausbreitung und ggf. Ausbrüche zu verhindern. Neben einer konsequenten mikrobiologischen Untersuchung von auffälligen, behandlungsbedürftigen Hautläsionen ist die Identifikation und Impfung von Personen in Gemeinschaftsunterkünften, deren Impfstatus unklar oder unvollständig ist, dringend zu empfehlen, um das Risiko von Übertragungen zu minimieren. Der hohe Anteil von minderjährigen Schutzsuchenden zeigt die hohe Relevanz, dass neben der Ärzteschaft in Landeserstaufnahmeeinrichtungen auch die Ärzteschaft im ambulanten und stationären Bereich zu sensibilisieren ist.

Hautdiphtherie in einer Erstaufnahmeeinrichtung für minderjährige Ausländer in Frankfurt am Main

Autorinnen/Autoren C. Kleine¹, B. Böddinghaus¹, R. Ellwanger Berry¹, D. Schmidt¹, G. Heinze¹, M. Acker¹, M. Hogarth², P. Tinnemann¹, U. Götsch¹
Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Abteilung Infektiologie, Frankfurt am Main; 2 Universitätsklinik Frankfurt am Main, Institut für Med. Mikrobiologie und Krankenhaushygiene, Frankfurt am Main
DOI 10.1055/s-0043-1762793

Hintergrund Seit September 2022 werden europaweit vermehrt Fälle von Diphtherie in Erstaufnahmeeinrichtungen von Asylsuchenden berichtet. Zumeist handelt es sich dabei um Hautdiphtherie bei unbegleiteten minderjährigen Ausländern (UMA) aus Afghanistan und Syrien, Fälle von Rachendiphtherie sind ebenfalls aufgetreten. Bemerkenswert dabei ist, dass es sich um Toxingen-positive Stämme handelt, bei Hautdiphtherie oft auf dem Boden einer Mischinfektion mit Streptokokken und Staphylokokken.

Fallbeschreibung Anfang November 2022 wurde in einer Erstaufnahmeeinrichtung für UMA in Frankfurt am Main bei einem Jugendlichen aus Afghanistan im Wundabstrich eines Panaritiums des rechten Daumens eine Mischinfektion von Toxingen-positivem *Corynebacterium diphtheriae*, *Streptococcus pyogenes* und Methicillin-resistentem PVL-positivem *Staphylococcus aureus* (MRSA) nachgewiesen. Der UMA war Tags zuvor in die Erstaufnahmeeinrichtung für insgesamt 30 Geflüchtete gekommen, die überwiegend aus Afghanistan und Syrien stammen. Das Gesundheitsamt Frankfurt am Main führte daher umgehend eine Umgebungsuntersuchung in der Einrichtung durch. In der Exploration des Patienten zeigten sich betont an den unteren Extremitäten weitere Ulcera im Sinne einer Pyodermie – auch hier gelang der Nachweis obiger Mischinfektion. Sämtliche Bewohner erhielten einen Rachenabstrich auf *C. diphtheriae* sowie eine gründliche Exploration der Haut. Bei ca. 25 % aller Bewohner fanden sich beinbetonte abgeheilte Ulcera, in einem noch floriden Ulcus eines weiteren Bewohners *S. pyogenes*, drei Personen waren im Rachenabstrich positiv auf ebenfalls Toxingen-positive *C. diphtheriae*, jedoch allesamt asymptomatisch. Der *C. diphtheriae*-Stamm erwies sich als sensibel gegenüber Erythromycin. Aufgrund anzunehmender Complianceprobleme wurde jedoch Azithromycin verordnet und unter Aufsicht eingenommen. Die Impfung gegen Tdap-IPV war bei 26 der 30 Bewohner der Einrichtung schon beim Aufnahmescreening erfolgt. Aufgrund des Nachweises von *C. diphtheriae* bei vier Geflüchteten wurde die Einrichtungsleitung auf die Notwendigkeit hingewiesen, die übrigen 4 Bewohner so schnell wie möglich nachzuimpfen und bei allen diese Impfung bei unbekanntem Impfstatus nach einem bzw. sechs Monaten im Sinne einer Grundimmunisierung unbedingt zu wiederholen. Die Betreuerinnen in der Einrichtung waren im Rachenabstrich negativ auf *C. diphtheriae*. Ihnen wurde eine Auffrischung mit Tdap-IPV empfohlen, wenn diese länger als 5 Jahre zurücklag.

Diskussion Fälle von Diphtherie sind in Deutschland relativ selten. Dem RKI wurden bis zur 44. KW 2022 insgesamt 85 Fälle gemeldet (Vorjahreszeitraum nur 16 Fälle). Die Zunahme ist dem aktuellen europaweiten Ausbruch von Diphtherie vor allem der Haut bei Asylsuchenden aus Afghanistan und Syrien geschuldet. Die Erkrankung wird vermutlich ausgehend von Bagatellverletzungen an den Extremitäten während der langen Fluchtroute (Balkanroute) erworben. Die von uns befragten UMA lassen als Expositionsort Türkei und/oder Bulgarien vermuten. Es besteht aufgrund der engen Wohnverhältnisse die Gefahr einer Übertragung innerhalb der Einrichtung auf nicht immunisierte Bewohner. Bemerkenswert bei unserer Screeninguntersuchung ist der Nachweis von 3 weiteren asymptomatischen Rachenbesiedelungen mit Toxingen-positiven *Corynebakterien*. Ähnliche Untersuchungen in der Schweiz haben ergeben, dass zunächst asymptomatische Nachweise (Besiedelungen) später in das klinische Bild einer mit Diphtherie-Antitoxin (DAT) behandlungsbedürftigen Rachendiphtherie umschlagen können. Zur frühzeitigen Entdeckung von Besiedelungen und Krankheitsfällen sowie Folgeinfektionen schlagen wir daher bei UMA aus den derzeitigen Risikoländern Afghanistan und Syrien bzw. Asylsuchenden,

die über die Balkanroute nach D gekommen sind, eine gründliche Exploration der Haut mit der Entnahme von Wundabstrichen auch aus kleinsten Hautwunden, ggf. in Kombination mit einem Rachenabstrich vor.

Identifizierung von Covid-19 Infektionen und Virusvarianten durch maschinelles Lernen basierend auf Symptommustern

Autorinnen/Autoren M. Buess¹, B. Grüne¹, S. Kugler², S. Ginzel², A. Wolff¹, A. Kossow^{1,3}, A. Küfer-Weiß¹, S. Rüping², F. Neuhann^{4,5}

Institute 1 Gesundheitsamt der Stadt Köln, Köln; 2 Fraunhofer Institut für Intelligente Analyse und Informationssysteme IAIS, Sankt Augustin; 3 Institut für Hygiene, Universitätsklinikum Münster, Münster; 4 Deutschland Heidelberg Institute of Global Health, Heidelberg University Hospital, Heidelberg; 5 School of Medicine, Levy Mwanawasa Medical University, Lusaka, Sambia
DOI 10.1055/s-0043-1762794

Hintergrund Hohe SARS-CoV-2 Infektionsraten in Köln benötigten neue, innovative Methoden zur Benachrichtigung, Überwachung und Meldung von Index- und Kontaktpersonen. Die von der Stadt Köln entwickelte Software zur Verwaltung von Covid-19 Fällen (DiKoMa) enthält einen Bereich mit digitalen Symptom-Tagebüchern, welche von den Patienten selbst ausgefüllt werden und welche es dem Gesundheitsamt erlauben eine Priorisierung der Telefonkontakte nach Gesundheitszustand vorzunehmen. Trotz dieser Maßnahmen waren bei sehr hohen Infektionszahlen nicht genügend Laborkapazitäten für PCR-Tests und –Sequenzierungen vorhanden, was zeitweise zu einer verzögerten Meldung ans Gesundheitsamt und dadurch verspäteten Kontaktaufnahme mit den Patienten und Identifizierung von Virusvarianten führte.

Methoden 165'584 Symptomtagebücher von Covid-19 Positiven und deren Kontaktpersonen in Köln wurden analysiert und 21'969 Tagebücher von symptomatischen Personen wurden für das maschinelle Lernen (ML) verwendet. Decision Tree, BRF und RUS wurden als ML Modelle verwendet, um zwischen Symptommustern von Virusvarianten und Kontaktpersonen zu unterscheiden. Diese Modelle wurden dann mit Symptommustern von Covid-19 positiven an Isolationstag 1 und 6 validiert.

Resultate Alle drei Modelle haben ähnliche Evaluationsresultate erzielt (Sensitivität [0.92–0.94], Spezifität [0.41–0.45]). Die Top 5 Vorhersage Faktoren des Entscheidungsbaums waren Immunisierungsstatus, Husten, Geruchs- und Geschmacksverlust, Gliederschmerzen und Symptomfreiheit für mindestens einen Tag um zwischen Wildtyp, dominanten Virusvarianten und Kontaktpersonen zu unterscheiden.

Ergebnisse und Ausblick Die Benutzung von digitalen Symptomtagebüchern und deren Auswertung hilft in großem Maßstab Personen in Isolation/Quarantäne zu betreuen und wenn nötig gezielte medizinische Hilfe an zu bieten. Maschinelles lernen hat das Potential in zukünftigen Infektionswellen mit Hilfe von Symptom Mustern Virusvarianten und Infektionen zu identifizieren und kann ein wertvolles Instrument neben spezifischer Labordiagnostik sein.

Innovatives Pilotprojekt zum ergänzenden Monitoring von COVID-19 und Akuten Respiratorischen Erkrankungen in Niedersachsen gestartet – Pan-Check-in

Autorinnen/Autoren K. Usipbekova^{1,*}, M. Wollenweber^{1,*}, E. Mertens¹, J. Dreesman¹, W. Böhne², U. Junius-Walker^{1,*}

Institute 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Hannover; 2 AOK-Niedersachsen, Hannover; 3 geteilte Erstautorenschaft
DOI 10.1055/s-0043-1762795

Test- und Meldeaktivitäten lassen im Covid-19-Pandemieverlauf nach, sodass eine valide Einschätzung der Infektionsaktivität und gesundheitlichen Betroffenheit der Bürger*innen zunehmend schwierig wird. Dieser Umstand hat dazu geführt, ergänzende Surveillance-Instrumente zu erschließen. Das Niedersäch-

sische Landesgesundheitsamt (NLGA) erprobt mit dem Projekt PanCHECK-iN in Kooperation mit der AOK-Niedersachsen einen syndromischen Surveillance-Ansatz, der Diagnosen akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) und COVID-19 auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für eine zeitnahe wöchentliche Bewertung des Infektionsgeschehens nutzt.

Die Überwachung von COVID-19- Infektionen basiert in Niedersachsen, wie auch den restlichen deutschen Bundesländern, auf dem Meldewesen nach Infektionsschutzgesetz (IfSG). Für die saisonale ARE-Aktivität in Niedersachsen werden seit 2004 zwei Module herangezogen: die virologische Surveillance in Arztpraxen sowie das Monitoring des ARE-Krankenstandes in vorschulischen Kindertageseinrichtungen. Deutschlandweit führt das RKI seit 2006 eine ICD-10-Code basierte syndromische ARE-Surveillance mit elektronischen Daten aus Hausarztpraxen durch, in der auch Niedersächsische Praxen eingeschlossen sind. Die SEED^{ARE} Surveillance benötigt allerdings den direkten Zugriff auf die Verwaltungssysteme in Arztpraxen.

Das Projekt PanCHECK-iN verwendet Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU) aller versicherungspflichtigen Beschäftigten der AOK- Niedersachsen (Marktanteil 38 %) als Datenquelle. Die an die Krankenkasse (elektronisch) versandten AUs enthalten eine oder mehrere ICD-Diagnosen, welche im Rahmen des Projektes wöchentlich ausgewertet werden. Dafür werden die bereits im SEED^{ARE} Projekt des RKI definierten ICD-Codes für COVID-19 und ARE genutzt. Daten können sowohl groß- als auch kleinräumig ausgewertet werden. Kinder und Rentner*innen werden allerdings nicht erfasst; ebenso wenig Personen, die trotz ARE-Erkrankung arbeiten.

Die AOK Niedersachsen stellt dem NLGA seit Oktober 2022 AU-Daten zur Auswertung zur Verfügung. Covid-19- und ARE- Aktivitätstrends werden dafür mit vorhandenen Datensätzen bestehender Surveillance-Systeme abgeglichen, um Hinweise zu erlangen, ob und inwiefern AU-Bescheinigungen als Indikator eines Frühwarnsystems für aufkommende bzw. zunehmende Covid-19- und ARE Aktivität geeignet sind. Die Vorstellung erster Ergebnisse und Erfahrungen mit dem PanCHECK-iN Modul erfolgt im April 2023 auf dem BVÖGD-Kongress.

Personal Covid Dashboard (PCD), Visualisieren und Analysieren von SARS-CoV-2 Infektionsketten

Autorinnen/Autoren J. Weber¹, J. Ptok¹, A. Dilthey¹

Institut 1 Institute of Medical Microbiology and Hospital Hygiene, Heinrich Heine University Düsseldorf, Düsseldorf

DOI 10.1055/s-0043-1762796

Die Untersuchung von SARS-CoV-2-Infektionsketten in relevanten Ausbruchsszenarien wie Altenheimen oder Schulen mit Hilfe der Integrierten Genomischen Surveillance kann zu einem verbesserten Monitoring der Pandemie und zur Infektionsprävention beitragen. Ein wesentliches Hindernis für den vermehrten Einsatz von viraler Genom-Sequenzierung im Öffentlichen Gesundheitsdienst ist das Fehlen von Tools, die eine schnelle Analyse von Ausbruchsequenzdatensätzen und eine Integration mit epidemiologischen und öffentlich verfügbaren Sequenzdaten – z.B. aus dem bundesweiten SARS-CoV-2-Surveillanceprogramm – unterstützen. Wir präsentieren das Personal Covid Dashboard (PCD), eine browserbasierte und kostenfrei nutzbare Plattform zum Visualisieren und Analysieren von SARS-CoV-2-Infektionsketten, die unter <https://gensurv-ph.bi.denbi.de> erreichbar ist und u.a. im Rahmen des Netzwerks Universitätsmedizin (NUM) entwickelt wird. Das PCD unterstützt u.a. i) den Import von Sequenzdatensätzen im FASTA-Format; ii) die Integration öffentlich verfügbarer SARS-CoV-2-Sequenzdatensätzen vom RKI über eine Abfrage von IMS-IDs; iii) die Suche nach ähnlichen SARS-CoV-2-Samples in bundesweit verfügbaren Sequenzdatensätzen („Similar Sample Search“); iv) die epidemiologische Zuordnung von einzelnen Samples zu potentiellen Ausbruchskontexten; v) Tools für die Analyse von Sequenzähnlichkeiten der importierten Samples wie den Minimum Spanning Tree (MST). Das PCD wird datenschutzkonform im Browser des Benutzers ausgeführt und es findet keine Speicherung von Sequenz- oder persönlichen Daten auf einem zentralen Server statt; auf technologischer Ebene ist das PCD implementiert als Open-Source-Plattform, unter

Rückgriff auf etablierte Algorithmen zur SARS-CoV-2-Sequenzanalyse wie Nextclade und UShER. Das PCD unterstützt die Analyse lokaler Ausbrüche ebenso wie (über die „Similar Sample Search“) eine Untersuchung von potentiellen Infektionsketten über Stadt- oder Kreisgrenzen hinweg. Wir demonstrieren den Einsatz des PCD am Beispiel der Analyse eines Krankenhaus-Ausbruchs und eines Altenheim-Ausbruchs.

GBE – Instrumente und Methoden

15:15 – 16:45 | Fachtagungsraum 0.214

Verbessert die vollumfängliche Nutzung der Kodiersoftware IRIS/Muse die Qualität der Todesursachenstatistik? Eine Bundesland-bezogene Auswertung 2010-2019

Autorinnen/Autoren S. Stolpe

Institut Universitätsklinikum Essen, Institut für medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Essen

DOI 10.1055/s-0043-1762797

Hintergrund Die Qualität der Todesursachen-Statistik in Deutschland ist nach Einschätzung der WHO durch einen vergleichsweise hohen Anteil von etwa 13 % nicht-informativer Todesursachen (TU) beeinträchtigt [1]. Bei kardiovaskulären TU liegt dieser Anteil je nach Altersgruppe und Geschlecht bei bis zu 25 % [2]. Seit 2011 wird auch in Deutschland die Software IRIS/Muse zur automatisierten Kodierung der TU eingeführt. Mit Nutzung dieser Software wird eine Verbesserung der Kodierqualität verbunden [3]. Inwieweit IRIS/Muse zu einer Verbesserung der Qualität der Todesursachenstatistik beiträgt, wurde noch nicht untersucht.

Methode Anhand der Todesursachenstatistik des statistischen Bundesamtes (gbe-bund.de) wurden für die Jahre 2010 bis 2019 die altersstandardisierten Mortalitätsraten der häufigsten nicht-informativen TU (essentielle Hypertonie (ICD-10 I10), Herzstillstand (I46), Herzinsuffizienz (I50), Atherosklerose (I70) und ‚unbekannte TU und Symptome‘ (R00-R99)) für die Bundesländer (BL) ausgewählt. Die mittlere relative Änderung des Anteils nicht-informativer TU an allen TU im Jahr der Einführung von IRIS/Muse und den ersten beiden Folgejahren im Vergleich zum Jahr vor der Einführung wurde berechnet.

Ergebnis Der Anteil der ausgewählten nicht-informativer TU an allen TU im Jahr 2010 war in den BL verschieden. Er war am niedrigsten in Sachsen-Anhalt, Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Baden-Württemberg mit 7-8 %, am höchsten mit 21 % in Schleswig-Holstein. Iris/Muse wurde zur vollumfänglichen Nutzung zwischen 2011 und 2013 in Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Sachsen, 2016 in Sachsen-Anhalt und 2017 in NRW und Berlin/Brandenburg eingeführt. Im Jahr vor der jeweiligen IRIS/Muse Einführung (Index-Jahr) betrug der Anteil nicht-informativer TU an allen TU in den Bundesländern zwischen 7,0 (Sachsen-Anhalt) bis 13,1 % (NRW). Im Jahr nach der Einführung veränderte sich dieser Anteil um zwischen -27 % (Rheinland-Pfalz) und +4 % (Sachsen-Anhalt). In den BL mit früher IRIS/Muse-Einführung sank der Anteil nicht-informativer TU im Jahr der Einführung um 15 %, im Folgejahr um 19 % im Vergleich zum Indexjahr. In den BL mit Einführung 2016/17 sank der Anteil nicht-informativer TU im Vergleich zum Indexjahr im Mittel um 7 % im Jahr der Einführung und um 4 % Folgejahr. Der Anteil von R00-R99 (unbekannte TU und Symptome) sank im Jahr der Einführung und den Folgejahren um 18 %, 16 % und 14 %, in den BL mit später Einführung stieg der Anteil um 6 % im Einführungsjahr, und um 18 % und 33 % in den beiden Folgejahren. Der Anteil von I50 sank in allen BL deutlich und kontinuierlich, im 2. Jahr nach Einführung um etwa 20 %. In den Ländern ohne IRIS/MUSE veränderte sich der Anteil der nicht-informativen TU von 2010 nach 2019 im Mittel nur wenig: von 10,5 % auf 9,9 %.

Schlussfolgerung Die vollumfängliche Nutzung von IRIS/Muse war nur in den Bundesländern mit einer Verringerung des Anteils nicht-informativer TU asso-

ziiert, in denen IRIS/Muse bereits vor 2014 eingeführt wurde. Die Qualität der Todesursachenstatistik scheint weniger abhängig von der Qualität der Kodierung, als von der Qualität der Todesursachenfeststellung. Diese könnte durch die Einführung einer elektronischen Todesbescheinigung verbessert werden [4, 5].

Literatur

- [1] Department of Information, Evidence and Research (2017) WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000–2015. Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/IER/GHE/2016.3. WHO, Genf
- [2] Stolpe S, Stang A. Nichtinformativ Codierungen bei kardiovaskulären Todesursachen: Auswirkungen auf die Mortalitätsrate für ischämische Herzkrankungen. Bundesgesundheitsbl 2019; 62: 1458–67
- [3] Eckert O, Vogel U. Todesursachenstatistik und ICD, quo vadis? Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2018. doi:10.1007/s00103-018-2756-5
- [4] Eckert O, Kühl L, Vogel U, Weber S. Entwicklung einer elektronischen Todesbescheinigung für Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 2019; 62: 1493–1499
- [5] Winkelmann U. Ist Herzinsuffizienz eine Todesursache? Zur Qualität der Todesursachenstatistik und den Chancen einer elektronischen Todesbescheinigung. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 9/2020

Der Berliner Gesundheits- und Sozialstrukturatlas 2022: Ein Instrument von und für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Autorinnen/Autoren J. Zeiher¹, K. Häßler¹, J.D. Finger¹, S. Hermann¹
Institut ¹ Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin
DOI 10.1055/s-0043-1762798

Hintergrund Der Gesundheits- und Sozialstrukturatlas (GSSA) 2022 hat zum Ziel, regionale Unterschiede der gesundheitlichen und sozialen Lage in den Teilräumen der Stadt sichtbar zu machen, die Entwicklungen über die Zeit zu beobachten und von Benachteiligung betroffene Teilräume der Stadt zu identifizieren.

Methode Datengrundlage bilden 20 Indikatoren, die überwiegend auf amtlichen Statistiken beruhen. Mittels Hauptkomponentenanalyse werden für die drei Dimensionen Erwerbsleben, soziale Lage und Gesundheit Subindizes berechnet, die schließlich zu einem Gesundheits- und Sozialindex zusammengeführt werden. Die (Sub-)Indizes werden sowohl auf Ebene der Berliner Bezirke als auch auf feingliederiger Ebene der Raumsystematik kartografisch dargestellt.

Ergebnisse Trotz Verbesserungen bei fast allen Indikatoren im Vergleich zur Berechnung 2013 existieren nach wie vor gravierende Unterschiede zwischen und innerhalb der Bezirke. Dabei setzen sich schon längerfristig bestehende Trends weiter fort: Während für die traditionell von ungünstiger Sozialstruktur und gesundheitlicher Lage betroffenen Räume der inneren Stadt deutliche Verbesserung beobachtet werden, zeigt sich in vielen peripheren Räumen eine relative Verschlechterung.

Diskussion Auf kleinräumiger Ebene ist insbesondere für die Dimension Gesundheit die Datenlage defizitär. Die Ergebnisse des GSSA können zur strategischen Planung im Bereich der Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung, bei der (gesundheits-) politischen Ressourcenallokation sowie in wissenschaftlichen Analysen genutzt werden.

Die GBE: Kleinräumige Planungsrelevanz als Anspruch? Ergebnisse einer Nutzenden-Befragung

Autorinnen/Autoren V. Reisig, J. Kuhn
Institut Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit GP 1.2 Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Sozialmedizin, Oberschleißheim
DOI 10.1055/s-0043-1762799

Hintergrund Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) ist ein wichtiges Aufgabenfeld des ÖGD. Ziel ist Bedarfs- und Problemanalysen bereitzustellen, die (Fach)Öffentlichkeit zu informieren, damit Transparenz zu schaffen und auch eine öffentliche Beteiligung an gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen zu ermöglichen.

Methoden In Bayern wird seit 2014/2015 eine Präventionsberichterstattung im Rahmen der GBE umgesetzt. In diesem Zusammenhang brachte das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2018 den Tabellenband mit Daten zur Prävention und Gesundheitsförderung in Bayern, eine tabellarische Darstellung relevanter Eckdaten, heraus. Für eine Überarbeitung des Tabellenbands wurde 2022 dessen Hauptzielgruppe, die zumeist an die Gesundheitsämter angebotenen Gesundheitsregionen^{plus} sowie die Mitglieder des bayerischen Bündnisses für Prävention, mittels einer Online-Erhebung befragt.

Ergebnisse Von den 210 zur Befragung eingeladenen Personen nahmen 173 teil (Rücklauf 82 %). Knapp zwei Dritteln war der Tabellenband bekannt, wiederum knapp zwei Drittel davon hatten ihn auch für ihre Präventionsarbeit genutzt – vor allem zur allgemeinen Information, bedeutend weniger zur strategischen Schwerpunktsetzung und Projektplanung. Die angegebenen Nutzungshindernisse und Verbesserungsanregungen lassen den Wunsch nach einer möglichst kleinräumigen, differenzierten, zielgruppenspezifischen Berichterstattung erkennen. Dies trifft nicht nur auf den Tabellenband, sondern wie frühere Nutzenden-Befragungen zeigen, auch auf die GBE allgemein zu.

Schlussfolgerungen Die GBE erfüllt Aufgaben auf unterschiedlichen, miteinander interagierenden Ebenen mit zum Teil unterschiedlichen Informationsbedarfen bzw. Erwartungen. Sie soll der Gesundheitspolitik, der Gesundheitsverwaltung und anderen Akteuren steuerungsrelevante Daten zur Verfügung stellen, zugleich soll sie einen Beitrag zu einem zivilgesellschaftlichen Empowerment und zu Transparenz im staatlichen bzw. kommunalen Handeln leisten. Neben Verbesserungen und Erweiterungen des GBE-Angebots, z.B. durch Er schließen neuer Datenquellen, bedarf es dazu immer wieder einer Klärung des Selbstverständnisses der GBE und ihrer Schnittstellen zu benachbarten Aufgaben wie z.B. der Projektplanung oder der gesundheitlichen Aufklärung.

GFA-Stadt, Gesundheitsfolgenabschätzung als Instrument zur Verzahnung von ÖGD und Stadtplanung

Autorinnen/Autoren J. Westenhöfer¹, H. Sinning², A. Benneckenstein¹, B. Scholze², J. Buchcik¹, A. Sibilis¹, B. Tolg¹, J. Borutta¹
Institute ¹ Competence Center Gesundheit CCG der Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg; ² ISP – Institut für Stadtforschung, Planung und Kommunikation der Fachhochschule, Erfurt
DOI 10.1055/s-0043-1762800

Hintergrund Durch Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) können Vorhaben im Hinblick auf die gesundheitlichen Auswirkungen und deren Verteilung auf verschiedene Bevölkerungsgruppen untersucht werden. Da die Stadt für viele Menschen eine zentrale Lebenswelt (z.B. Wohnen, Arbeit) ist, kommt der Gestaltung des städtischen Umfelds eine zentrale Rolle für die Gesundheit zu. Allerdings werden viele Gesundheitsdeterminanten in der Stadtentwicklung bislang kaum systematisch berücksichtigt. Daher gilt es, Anwendungsbarrieren für GFA zu identifizieren und zu vermindern sowie die Akzeptanz zu fördern.

Methodik Es wurden qualitative Expert*innen-Interviews und Workshops mit Fachleuten aus Wissenschaft und Verbänden sowie Akteur*innen aus Kommunalverwaltungen durchgeführt.

Ergebnisse GFA wurde als sinnvoller Ansatz bewertet. Als wichtige Barriere wurde der mit einer GFA verbundene Aufwand angesichts der bereits herrschenden hohen Komplexität im Planungsallday und den begrenzter Personalressourcen in allen Bereichen, benannt. Für eine Umsetzung in der Praxis wurde eine Integration in bestehende Planungsprozesse als notwendig gesehen. Zudem benötigt die Durchführung einer GFA im Praxisalltag die Akzeptanz auf Dezernentenebene. Darauf basierend wurde mit den Akteur*innen ein Master-

Ablaufplan für eine Verzahnung des Planungsprozesses zwischen Planungsamt und ÖGD erarbeitet. Ebenso wurde ein Screening-Tool entwickelt, welches digital einen Austausch zwischen ÖGD und Stadtplanung befördern soll und die Notwendigkeit einer GFA zu beurteilen.

Diskussion Die Umsetzung des verzahnten Planungs-GFA-Prozesses wird im weiteren Verlauf an Modellvorhaben erprobt und evaluiert. GFA im Rahmen der Stadtentwicklung kann einen wertvollen Beitrag zu „Health in all Policies“ und damit zu einer verhältnisorientierten, strukturellen Gesundheitsförderung leisten, welche besonders auch die Bedürfnisse von vulnerablen Gruppen integriert.

Alt, einsam, Hilfe-los? Zugang zu Unterstützungsleistungen für ältere Menschen

15:15 – 16:45 | Tagungsraum 2

Beschreibung der Problemsituation bei „schwierigen“ älteren Menschen: Chancen, Risiken und Grenzen für den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi)

Autorinnen/Autoren D.E. Gagel, K. Petzold

Institut Gesundheitsamt Berlin, Berlin

DOI 10.1055/s-0043-1762801

Sozialpsychiatrische Dienste sind zunehmend mit Mängeln in der Versorgung von älteren Menschen konfrontiert.

Durch den demographischen Wandel kommen nunmehr gehäuft die sogenannten Babyboomer ins Rentenalter. Gleichmaßen gibt es weniger jüngere Menschen. Das führt unter anderem zu einer wachsenden Vereinsamung dieser Menschen. Daneben gibt es weniger familiäre Strukturen an einem Ort.

Wenn durch wachsende Mobilität die Angehörigen fern von ihren Eltern leben, können sie sich nicht unmittelbar um sie kümmern.

Die ambulant tätigen Pflegedienste sind häufig überlastet und leiden unter erheblichem Personalmangel, sodass sie gerade in der Fläche ländlicher Regionen, aber auch in Metropolen ihre Leistungen nur in einem geringeren Umfang vorhalten können. So werden zunehmend weniger Angebote der Kurzzeitpflege (mit dem Hinweis auf mangelnde Personalkapazitäten und unzureichende wirtschaftliche Erträge eingestellt).

Besonders problematisch wird es, wenn die zu betreuenden Menschen eine Hauskrankenpflege von externen Mitarbeiter:innen nicht zulassen und mit dem Hinweis auf ihre Selbstbestimmung ein reduziertes Hilfeannahmeverhalten zeigen. Viele Hausärzt:innen führen heutzutage keine Hausbesuche mehr durch.

In den Krankenhäusern sind die Rettungsstellen oft völlig überlastet. Durch den zunehmenden Abbau von Krankenhausbetten und die Schließung ganzer Abteilungen bzw. Kliniken wird die Versorgung ebenso reduziert. Notfall- und Rettungsdienste sind ebenso überlastet.

Ältere Menschen sind außerdem mit der wachsenden Digitalisierung vieler Lebensbereiche oft völlig überfordert.

Angesichts dieser multifaktoriellen Situation werden die SpDi zunehmend häufiger zu Kriseneinsätzen gerufen, bei denen sie aufgrund ihrer Möglichkeiten keine ausreichenden Angebote in der unmittelbaren Situation anbieten können. Dies führt zu einer neuen Herausforderung sowie zu der Frage, wie die Schaffung neuer bzw. die Erhaltung bestehender Konzepte mit Erfolg umgesetzt werden können.

Gerontopsychiatrie Meldungen hilflose Personen, geriatrische Problemfälle: Gemeindepfleger*innen – Vorstellung eines Projektes in Hessen

Autorinnen/Autoren M. Marx, M. Schneider

Institut FB Gesundheit, FD Betreuungsbehörde und Sozialpsychiatrischer Dienst Der Kreisausschuss des Kreises Groß-Gerau, Groß-Gerau

DOI 10.1055/s-0043-1762802

In den ländlichen Gebieten in Hessen leben immer mehr Senior*innen. Deswegen werden zunehmend Unterstützungsleistungen für die ältere Bevölkerung benötigt. Nicht nur Leistungen, die durch Gesetzestexte vorgegeben sind, sondern auch Zuwendung in vielfältiger Weise. Im Jahr 2018 erfolgte ein erster Förderaufruf des Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI). In der Aufgabenbeschreibung heißt es: „Die Gemeindepfleger* in kann bestehende Strukturen sinnvoll ergänzen, indem sie einen sich abzeichnenden Unterstützungsbedarf im Bereich der medizinischen und pflegerischen Versorgung, Unterstützung im Alltag und sozialen Teilhabe bereits im Vorfeld von schwerer oder chronischer Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit erfasst und in entsprechende Angebote und Hilfen vor Ort vermittelt (Verweisberatung).“ Diesem Förderaufruf folgte der Fachbereich Gesundheit des Kreises Groß-Gerau und bekam die Bewilligung der Förderung der Gemeindepflegerinnen des Kreises. Diese nennen sich weiter Gemeindepflegern und sie sind im Fachdienst „Betreuungsbehörde und Sozialpsychiatrischer Dienst“ verortet. Zum Projektteam gehören die Fachdienstleitung des SpDi sowie die Stabsstelle „Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung“. Das Team arbeitet multiprofessionell, es gehören neben dem pflegerischen und ärztlichen Bereich auch Sozialarbeiter*innen und eine Psychologin zum Team.

Zu den potenziellen Klient*innen gehören ältere Personen, die psychisch beeinträchtigt sind, sich beispielsweise sehr einsam fühlen und dadurch niedergestimmt und antriebsarm erscheinen oder auch eine dementielle Entwicklung aufweisen und gleichzeitig somatisch erkrankt sind. Alt gewordene psychisch Kranke gehören lediglich am Rand zum Spektrum der Klient*innen der Gemeindepflegern, da diese meist bereits im Hilfesystem integriert sind. Das Leistungsspektrum der Gemeindepflegern ist groß, es erfolgt stets die individuelle Betrachtung des Betroffenen und ist an die Bedarfe der betroffenen Person in der Gesamtschau mit dem sozialen Umfeld angepasst. Die Beratung kann an unterschiedlichen Orten erfolgen, aufsuchende Tätigkeit ist die Regel. Es erfolgt Unterstützung bei der medizinischen Versorgung, dabei wird die Prävention stets mit im Blick gehalten. Das Schnittstellenmanagement ist ein wesentlicher Teil der Aufgaben. Komplexe Fallgeschehen werden regelmäßig einmal pro Woche in einer multiprofessionellen Fallkonferenz erörtert. Beide Gemeindepflegern haben die Ausbildung zum Case-Manager abgeschlossen.

Projekt "vergeet mich nicht"

Autorinnen/Autoren K. Petzold

Institut Kreis Ostholstein FD Gesundheit Sozialpsychiatrischer Dienst, Eutin

DOI 10.1055/s-0043-1762803

Nicht nur in Folge des demographischen Wandels sondern auch aufgrund der Tatsache, dass viele ältere Menschen die Urlaubsregion Ostholstein als Altersruhesitz wählen, hat in den letzten Jahren zu einer deutlichen Zunahme älterer Menschen in der Klientel des sozialpsychiatrischen Dienstes im Kreis Ostholstein geführt (aktuell > 20%). Neben den „klassischen“ psychiatrischen Alterskrankheiten wie Demenz und Depressionen führen auch fehlende soziale Integration, unzureichende familiäre Einbindung und eingeschränkte Mobilität zu erheblichen psychosozialen Problemen, die mangels frühzeitig einsetzender niedrigschwelliger Unterstützungsangebote oft zu Klinikeinweisungen führen.

Um dieser Problematik entgegenzuwirken hat der SpDi in Zusammenarbeit mit einem in der Region gut vernetzten und mit psychiatrischen Fachpflegekräften besetzten Pflegedienst ein niedrigschwelliges, pauschal finanziertes Projekt ins Leben gerufen. Aufgabe dieses Projektes ist es, in enger Zusammenarbeit mit

dem SpDi Ansprechpartner für ältere Menschen mit Problemen in der Region zu sein, Verbindungen zu regionalen Kontaktangeboten herzustellen, Nachbarschaftshilfen zu organisieren und den Weg zu professionellen Hilfen zu unterstützen. Dazu gehört auch das aktive Zugehen auf Menschen, von denen aus verschiedenen Quellen bekannt wird, dass sie sich möglicherweise in einer Problemlage befinden.

Die Effekte dieses Angebots, das aufgrund der eingeschränkten zur Verfügung stehenden Mittel nur in einer eingeschränkten Region des Kreises vorgehalten werden kann, sollen hier vorgestellt werden.

29.04.2023

Fachausschuss Infektionsschutz – Block 4 – Hygiene/Krankenhaushygiene

09:00 – 10:30 | Fachtagungsraum 0.226

Aufbau einer integrierten genomische Surveillance von Carbapenem-resistenten gramnegativen Bakterien in Deutschland: Fallbeispiel OXA-244 produzierender E.coli-Ausbruch, 2019

Autorinnen/Autoren S. Brinkwirth^{1,2}, M. Sandfort¹, F. Reichert¹, G. Werner³, N. Pfennigwerth⁴, J. Eisfeld⁴, J.B. Hans⁴, S. Gatermann⁴, T. Eckmanns¹, S. Haller¹

Institute 1 FG37 Nosokomiale Infektionen, Surveillance von Antibiotikaresistenz und -verbrauch, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin; 2 Postgraduate Training for Applied Epidemiology (PAE) Postgraduate Training for Applied Epidemiology (PAE), Robert Koch-Institute, Berlin affiliated with the European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Solna, Sweden; 3 FG13 Nosokomiale Infektionserreger und Antibiotikaresistenzen, Abteilung für Infektionskrankheiten, Robert Koch-Institut, Wernigerode; 4 Nationales Referenzzentrum (NRZ) für gramnegative Krankenhauserreger, Bochum
DOI 10.1055/s-0043-1762804

Hintergrund Die Zahl der nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) gemeldeten Fälle mit Carbapenemase-produzierenden gramnegativen Bakterien in Deutschland steigt. Überregionale Ausbrüche lassen sich anhand der Meldedaten oft nur auf zentraler Ebene und anhand charakteristischer Erregermerkmale erkennen. Die Detektion ist erschwert, wenn Infektionsketten durch Patientenverlegungen oder Übertragungen außerhalb von Gesundheitseinrichtungen nicht auf einen Ort zurückzuführen sind. Genomische Verwandtschaftsanalysen von Patientenisolaten können solche Übertragungsrouten aufdecken. Die integrierte genomische Surveillance (IGS), soll die Identifizierung und Abgrenzung von Ausbrüchen auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene unterstützen. Dies wird anhand eines Ausbruchs mit OXA-244 produzierenden *E.coli* dargestellt.

Methoden Das Robert Koch-Institut (RKI) und das Nationale Referenzzentrum für gramnegative Krankenhauserreger (NRZ) koordinieren den Aufbau einer nationalen IGS für Carbapenemase-produzierenden Enterobacterales (CPE) und *Acinetobacter* spp. Durch die integrierte Analyse von Sequenz- und epidemiologischen Daten kann eine verlässliche Grundlage für eine verbesserte landesweite Erkennung von Ausbrüchen geschaffen werden.

Ergebnisse Der Zusatznutzen zeigte sich 2019, als das RKI eine Zunahme der nach IfSG übermittelten CPE-Fälle und das NRZ ein Zunahme von OXA-244 produzierenden *E.coli* feststellte. Regional war die Häufung noch nicht aufgefallen. Die Sequenzierung zeigte eine enge genetische Verwandtschaft der

meisten über ganz Deutschland verteilten Isolate. Durch den Vergleich mit internationalen Sequenzierungsergebnissen konnte dieser Klon einem europaweiten Ausbruch zugeordnet werden. Die integrierte Analyse der genomischen und epidemiologischen Daten deutet auf eine ursprünglich nicht mit dem Gesundheitswesen in Verbindung stehende Übertragung hin.

Schlussfolgerung Die integrierte Analyse im Fall von OXA-244-produzierenden *E. coli* ist ein Beispiel dafür, wie die IGS dazu beiträgt, überregionale Ausbrüche aufzudecken. Die IGS besitzt das Potenzial (inter-)nationale Ausbrüche von Antibiotika-resistenten Bakterien nicht nur retrospektiv, sondern auch prospektiv zu detektieren. Voraussetzung ist die verstärkte Zusammenarbeit zwischen Bund, Länder und Kommunen sowie die möglichst vollständige Erfassung und Übermittlung der Meldedaten nach IfSG. Zusätzlich empfehlen wir die routinemäßige Einsendung von Isolaten an das NRZ. Auf diese Weise kann die frühzeitige Erkennung von regionalen und überregionalen Ausbrüchen verbessert und somit eine zeitnahe Umsetzung von Präventions- und Kontrollmaßnahmen implementiert werden.

Bewertung der Compliance im Umgang mit peripheren Venenkathetern aus infektionspräventiver Sicht

Autorinnen/Autoren V. Rusinovich¹, Y. Rusinovich², I.F. Chaberny¹, S. Kolbe-Busch¹

Institute 1 Institut für Hygiene, Krankenhaushygiene und Umweltmedizin, Universitätsklinikum Leipzig AöR, Leipzig; 2 Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig AöR, Leipzig
DOI 10.1055/s-0043-1762805

Einführung Periphere Venenkatheter (PVK) sind die mit Abstand am häufigsten eingesetzten Gefäßkatheter in der stationären Versorgung. Zur Prävention von nosokomialen Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen, hat die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut im Jahr 2017 eine Empfehlung veröffentlicht. Diese Empfehlung enthält Maßnahmen bei Anlage und Erhaltungspflege von PVK. Ein Verfahren zur Erfassung der Umsetzung der Empfehlungen und zur objektiven und vergleichbaren Bewertung der Leitlinienadhärenz ist bisher nicht etabliert. Die KRINKO verweist auf die Infektionssurveillance, die allerdings wegen des hohen zeitlichen Aufwandes für PVK häufig nicht durchgeführt werden kann. Bei der infektionshygienischen Überwachung nach § 23 (6) IfSG durch die Gesundheitsämter wird auf eine Prüfung der Prozessqualität nicht nur aufgrund mangelnder zeitlicher Ressourcen, sondern auch wegen fehlender standardisierter Verfahren häufig verzichtet.

Methodik Basierend auf den KRINKO-Empfehlungen wurde eine Checkliste zur standardisierten Bewertung der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen bei liegenden PVK entwickelt, die folgende Parameter enthält: Zustand der Punktionsstelle, Zustand des Verbandes, Vorhandensein eines Extensionssets, Verschluss, ruhende PVK und Dokumentation der Maßnahmen. Die Checkliste wurde von Hygienefachpersonal erstmals im Jahr 2019 und nach Feedback der Ergebnisse erneut im Jahr 2020 auf denselben 14 Normalstationen eines Universitätsklinikums angewendet.

Ergebnisse 627 liegende PVK wurden in die Bewertung eingeschlossen. Die Anzahl der pro Station bewerteten PVK betrug 15 – 32. Der zeitliche Aufwand pro Patient beträgt ca. 5 Minuten. Es zeigte sich eine signifikante Steigerung der Compliance bezogen auf das Vorhandensein eines Extensionssets (von 75,8 % auf 82,5 %; $p=0,049$) und die Dokumentation (von 56,3 % auf 80,3 %; $p<0,001$) im 2. Jahr. Der Anteil ruhender PVK wurde nicht signifikant reduziert (von 35,1 % auf 28,9 %; $p=0,169$).

Fazit Die hier beschriebene neu entwickelte Methodik zur Beurteilung der Leitlinienadhärenz im Umgang mit PVK wurde erfolgreich durch Hygienefachpersonal angewendet und erlaubt die Identifizierung von Stationen mit Schulungsbedarf oder von solchen, wo eine Infektionssurveillance mit dem Schwerpunkt PVK aufgrund eines möglicherweise erhöhten Infektionsrisikos

durchgeführt werden sollte. Gesundheitsämter können dieses Verfahren nutzen, um einen hygienerelevanten Prozess in der Patientenversorgung stichprobenhaft zu überwachen und von der Seite einer Aufsichtsbehörde Empfehlungen auszusprechen.

Devices ohne Indikation und Dokumentation auf den peripheren Stationen stellen mögliche schlecht sichtbare Auslöser von nosokomialen Infektionen dar

Autorinnen/Autoren L. Lendowski

Institut Hospitalvereinigung St. Marien, Köln

DOI 10.1055/s-0043-1762806

Zusammenfassung Zur weiteren Arbeit an der Prävention von nosokomialen Sepsen und Harnwegsinfekten wurde bei 6 Krankenhäusern eines Verbundes eine Punktprävalenz der entsprechenden Devices erhoben. Bei 1321 am Bett der peripheren Stationen visitierten Patienten hatten 59% ein Device entweder mit großem Abstand am häufigsten- als periphervenöse Verweilkanüle, oder bei Häusern mit vielen geriatrischen Patienten als Harnwegskatheter und vereinzelt meist nach vorangegangenem Aufenthalt auf der Intensivstation als zentralen Venenkatheter. Zu einem sehr großen Anteil sind diese Devices sowohl nicht (mehr) indiziert als auch nicht dokumentiert.

Hintergrund Bei den nosokomialen Infektionen sind die beatmungsassoziierte Pneumonie, die postoperative Wundinfektion und die katheterassoziierte Harnwegsinfektion in der Menge mit jeweils über 20% die häufigsten. Daneben sind die Gefäßkatheter-assoziierten Sepsen mit rund 5% zahlenmäßig zwar nicht so häufig, dafür aber wegen der zum Teil dramatischen Verläufe für den Patienten klinisch von hoher Relevanz. Daher gilt es in der Prävention nosokomialer Infektionen auf **allen peripheren Stationen** den Blick auf die in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit eingesetzten Devices periphervenöse Verweilkanüle (PVK), Harnwegskatheter (HWK) und zentralen Venenverweilkatheter (ZVK) zu richten. Während der stationären Versorgung ist bereits in der zentralen Notfallausnahme oder später auf Station routinemäßig die Anlage dieser Devices erforderlich. Viele dieser Devices geraten dann im klinischen Alltag aus dem Sinn und werden nur unzuverlässig dokumentiert und rechtzeitig entfernt. Im Sinne der Infektionsprävention ist die Reduktion des Einsatzes von Devices auf das notwendige Minimum erforderlich. Hierzu wurde sich bei 6 Krankenhäusern im Verbund ein Überblick über den tatsächlichen Einsatz im Rahmen einer Punktprävalenz verschaffen.

Methode Bei allen 6 Krankenhäusern der Akutversorgung eines Verbundes wurden im Rahmen einer Punktprävalenz im Sommer 2021 alle 1321 Patienten der peripheren Stationen am Bett angeschaut, ob sie eine periphervenöse Verweilkanüle, einen Harnwegskatheter oder einen zentralen Venenkatheter hatten, in welchem Zustand dieser war, ob eine Indikation vorlag und ob dieses Device vollständig dokumentiert war. Die Indikation wurde überprüft, indem entweder eine Neuaufnahme innerhalb von 48 Stunden vorlag oder innerhalb der letzten 48 Stunden eine intravenöse Anwendung erfolgt ist. Die Dokumentation in der Akte sollte sichtbar machen, welches Device vorlag und wie alt das aktuell liegende Device war.

Ergebnisse In den 6 Häusern fielen die Ergebnisse in der Tendenz sehr ähnlich und in der Ausprägung unterschiedlich aus. Über alle Häuser zusammen gefasst haben von den 1321 Patienten 41% eine periphervenöse Verweilkanüle gehabt, 15% einen Harnwegskatheter und 3% einen zentralen Venenzugang. Insbesondere beim Harnwegskathete unterschieden sich die Häuser stark mit einer Schwankungsbreite zwischen 4%-20%. Die Minderheit von 41% der gesehenen Patienten hatten zum Zeitpunkt der Visite kein Device. Bei den peripheren Verweilkathetern lag bei 60% eine Indikation und bei 40% eine Dokumentation vor. Bei den Harnwegskathetern lag die Indikation bei 30% und eine Dokumentation bei 70% vor. Und bei den zentralen Venenkathetern lag zu 58% eine Indikation und zu 42% eine Dokumentation vor. Bei der Blickvisite waren die Devices überwiegend gut gepflegt, nur vereinzelt fielen blutige oder schmutzige Verbände auf.

Erkenntnisse Es zeigte sich, dass Devices auf peripheren Stationen eine schlecht sichtbare Infektionsgefahr darstellen. Optisch sind sie in der großen Mehrheit einwandfrei, aber oft sind sie nicht indiziert und / oder dokumentiert und können so durch eine zu lange Liegezeit in eine nosokomiale Infektion münden. Es lässt sich feststellen, dass bei fehlender Indikation zu lange mit dem Entfernen des Zugangs gezögert wird. In Einzelfällen lief über eine periphervenöse Verweilkanüle über mehrere Tage (im Maximum 13 Tage) keine iv. Applikation mehr. Bei Harnwegskathetern lässt sich feststellen, dass diese häufig nur aus dem Grund der Pflegeerleichterung eingesetzt werden. Bei schlechter Dokumentation ist bei Visite der Kurve oft nicht zu entnehmen, wie alt genau das vorliegende Device beim Patienten ist. Auch wenn es keine vorgeschriebenen Wechselrhythmen gibt, ist die Information, ob eine periphervenöse Verweilkanüle im Einzelfall älter als eine Woche ist nicht unerheblich. Eine primäre Sepsis muss sich nicht zwingend mit einer Rötung an der Einstichstelle anbahnen. Da Devices bei der Mehrheit der Patienten (58%) angetroffen werden, handelt es sich dabei um eine kontinuierliche Hygienemanagementaufgabe neben der Verbandspflege auch die Entfernung nicht gebrauchter Zugänge regelhaft durchzuführen. Überwiegend handelt es sich dabei um die peripheren Verweilkanülen mit 41%. Diese waren zum Zeitpunkt der Untersuchung nur zu 60% indiziert und nur in der Minderheit 40% dokumentiert. Die Harnwegskatheter finden sich je nach Ausrichtung des Hauses mehr oder weniger oft. Sie sind nach den RKI Kriterien „Prävention und Kontrolle Katheter assoziierter Harnwegsinfektionen“ in der vorliegenden Untersuchung nur zu 30% indiziert gewesen und dienten mehrheitlich der Pflegeerleichterung. Dafür ist hier der Anteil an Dokumentationen mit 70% am höchsten.

Die vorgefunden zentralen Venenkatheter stammten noch von den Verlegungen von der Intensivstation und hatten auf der peripheren Station eine abnehmende Indikation und Dokumentationsgenauigkeit. Sie gerieten zunehmend aus dem Blick und wurden noch für „Notfälle“ bereitgehalten.

Konsequenzen Die Ergebnisse werden in den Häusern in den Hygienekommissionssitzungen und bei den Runden mit den Hygienebeauftragten Ärzten vorgestellt und treffen auf sehr großes Interesse und Verständnis. Als Konsequenz soll in einigen Häusern, die schon mit der digitalen Patientenakte arbeiten, eine genaue Dokumentation der Devices eingepflegt werden, die tägliche Indikationsprüfung soll als Pflichtfeld in die digitale Patientenakte eingeführt werden. In einem anderen Haus sollen gemeinsame Visiten mit Pflege und Ärzten wieder vermehrt eingeführt werden, um den Informationsverlust zu verringern. Schulungsmaßnahmen rund um das Thema Infektionsprävention bei Devices müssen verstetigt werden.

Eine wirksame Flächendesinfektion sicherstellen – was kann der ÖGD tun?

Autorinnen/Autoren A. Marcic

Institut Amt für Gesundheit Kiel, Kiel

DOI 10.1055/s-0043-1762807

Die Bedeutung der Flächendesinfektion und der Einsatz wirksamer Desinfektionsverfahren ist u.a. angesichts des zunehmenden Auftretens antibiotikaresistenter Erreger und neuer oder wieder auftretender Viruserkrankungen in den letzten Jahren gestiegen. Diese erhöhte Bedeutung von Desinfektionsverfahren, insbesondere für den Einsatz im medizinischen Bereich, findet sich allerdings in den Anforderungen an die Zulassung von Desinfektionsmitteln im Rahmen des europäischen Biozidprodukterechtes nicht wieder. Das Schutzziel der Anwendung von Desinfektionsmitteln im medizinischen Bereich wird hier nicht ausreichend berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund stellt die Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO) in ihrer Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“ u.a. die Voraussetzungen zur Sicherstellung einer wirksamen Flächendesinfektion dar und erläutert die Aussagekraft der verschiedenen Listungen von Desinfektionsmitteln. Zur Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen müssen für die desinfizierende Flächenreinigung und Flächen-

desinfektion Produkte zur Anwendung kommen, die geeignet und nachgewiesenermaßen wirksam sind.

Als Voraussetzung für eine sichere Wirksamkeit nennt die KRINKO „zwei voneinander unabhängige Prüfberichte und Gutachten, die den Stand der derzeitigen Wissenschaft erfüllen, neue Anwendungsformen berücksichtigen und von herstellerunabhängigen akkreditierten Prüfinstituten erstellt worden sind“. Eine genaue Prüfung gewährleistet das Erkennen von Wirksamkeitsgrenzen und die Auslobung von Wirksamkeiten für einen bestimmten Anwendungszweck. Hier kann auf herstellerunabhängige Desinfektionsmittel-Listen zurückgegriffen werden, die auch die Anwendungsbedingungen berücksichtigen. Die KRINKO-Empfehlung in Verbindung mit den unabhängigen Desinfektionsmittellisten ist eine wesentliche Grundlage für die Durchführung der infektionshygienischen Überwachung durch den ÖGD. Im Rahmen der Überwachung können die jeweils eingesetzten Produkte und deren Anwendung im Desinfektionsverfahren hinterfragt werden.

Der Rechtsrahmen für die Anwendung von Desinfektionsprodukten im medizinischen Bereich wird ebenso skizziert wie die Rolle der Flächendesinfektion. Außerdem wird aufgezeigt, wie Voraussetzungen zur Wirksamkeit und Anwendung der desinfizierenden Flächenreinigung und Flächendesinfektion im Rahmen der infektionshygienischen Überwachung durch den ÖGD überprüft und gezielt hinterfragt werden können. Die Anwendung der vielfach aus Gründen der Praktikabilität eingesetzten ready-to-use-Tücher aus Flowpacks und Spenderdosen beinhaltet verschiedene potenzielle Fehlerquellen und steht daher besonders im Fokus. Als Arbeitsgrundlage können dem ÖGD unabhängige Informationen dienen, die z.B. vom Verbund für Angewandte Hygiene e.V. (VAH) unter vah-online.de zur Verfügung gestellt werden.

SARS-CoV-2- Abwassermonitoring – Nutzen zur Beurteilung des Infektionsverlaufes am Beispiel eines Projektes der Ostfalia-Hochschule/Gesundheitsamt Hildesheim

Autorinnen/Autoren Y. Saathoff, M.K. Hüppe, R. Suchenwirth
Institut Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Abteilung 3,
Umweltmedizin/-epidemiologie Gesundheitsamt, Landkreis Hildesheim,
Hildesheim

DOI 10.1055/s-0043-1762808

Mit der Änderung des Infektionsschutzgesetzes (§ 28b, Absatz 7) vom 16.09.2022 ist das Abwassermonitoring auf SARS-CoV-2 als einer der Indikatoren genannt, eine drohende Überlastung des Gesundheitssystems oder anderer kritischer Infrastrukturen durch stark ansteigende Infektionszahlen frühzeitig anzeigen zu können. War zunächst geplant, bis April 2023 in einigen BMBF- und Pilotprojekten standardisierte Messverfahren zu entwickeln, soll nun bereits für die Wintersaison 2022/2023 ein umfangreiches Abwassermonitoring erfolgen und in die Lagebewertung einfließen können.

Das Abwassermonitoring ist zwar grundsätzlich geeignet das Auftreten eines bereits bekannten Virus im Abwasser nachzuweisen und in der Folge eine Zunahme bzw. Abnahme der Viruslast zu beobachten oder zu analysieren. Dabei ist zu bedenken, dass die Viruslast im Abwasser extremen örtlichen, zeitlichen und witterungsbedingten Schwankungen unterliegt und somit einzelne Messwerte isoliert betrachtet keine Aussagekraft haben. Bestenfalls sind bei regelmäßigen Messungen Trends erkennbar. Auch regionale Vergleiche der Viruslast sind aufgrund extrem unterschiedlicher Bedingungen einzelner Klärwerke derzeit nicht möglich. In der Literatur zeigen sich zentrale umweltepidemiologische Limitationen am möglichen (Zusatz-)Nutzen einer sich auf Abwasseruntersuchungen stützenden Epidemiologie (engl. wastewater-based epidemiology): Zum einen fehlt bisher ein konsistenter Nachweis der Eignung als „Frühwarnsystem“. In diversen Situationen sprach das jeweilige System trotz regional bestehender Infektionen nicht wie erwartbar an. Eine Herausforderung ist die methodenbedingte „Nachweisgrenze“, also eine benötigte Mindestanzahl an Infektionen, bevor eine ausreichende Konzentration von Virenbestandteilen im Abwasser überhaupt sicher nachgewiesen werden kann. Eine Abwas-

surveillance ist auch nicht geeignet, Aussagen über die Virulenz oder die Intensität der Viruslast in der örtlichen Bevölkerung sowie über die Belastung des Gesundheitswesens und/oder der kritischen Infrastrukturen zu treffen. Zum anderen ist die Methode von einer Standardisierung oder dem Nachweis, dass sie mit hinreichender Spezifität und Sensitivität als Frühwarnsystem flächig eingesetzt werden könnte, noch weit entfernt. Ein Hindernis sind die Vielzahl Einflussfaktoren bzgl. der Virusausscheidung, der Abwasserbedingungen sowie der Probenahme und Analytik, die zu falsch-negativen bzw. falsch-niedrigen oder auch falsch-erhöhten Ergebnissen und somit zu einer verzerrten Quantifizierung der Viruslast führen können. Des Weiteren fehlt häufig die umweltepidemiologische wie infektionsepidemiologische Nachvollziehbarkeit der formulierten Ergebnisse.

Eine Pandemie lässt sich nicht regional eingrenzen, sodass neben der zeitlichen auch die räumliche Entwicklung der Ausbreitung des Infektionsgeschehens in einer Bewertung beachtet werden muss. Auch durch die im Pandemieverlauf fortgesetzt angepassten Teststrategien sind geschätzte „zeitlichen Vorsprünge“ von bis zu zwei Wochen bspw. nicht plausibel. Ob neue Mutationen bzw. Variants of Concern (VOC) des SARS-CoV-2-Virus mittels Abwasseruntersuchungen überhaupt nachverfolgt oder gar früher erfasst werden können als durch andere infektionsepidemiologische Untersuchungen, ist aktuell nicht belegt. Neue Virusvarianten, die infektiöser sind, weil sie vermehrt über die Atemwege freigesetzt werden, scheinen zugleich weniger über die Darmschleimhaut ausgeschieden zu werden. Diese aktuell international diskutierte Annahme stellt die Bedeutung von Abwasseruntersuchungen für den Nachweis relevanter neuer VOC grundsätzlich in Frage.

Ob eine SARS-CoV-2-Abwassersurveillance in optimierter Form zukünftig ggf. einen epidemiologischen Zusatznutzen erbringen kann, ist fraglich. Zurzeit handelt es sich in vielen Aspekten noch um methodische Grundlagenforschung. Auch wenn ein potentieller Zusatznutzen identifiziert werden könnte, wären zur Anwendung in der Fläche eine umfassende Harmonisierung der Methoden sowie eine Kosten-Nutzen-Analyse ausstehend.

Corona-Aufarbeitung in der GBE

09:00 – 10:30 | Fachtagungsraum 0.214

Soziale Ungleichheit und COVID 19 – Empirische Befunde und deren Bedeutung für die Pandemieplanung

Autorinnen/Autoren B. Wachtler¹, L. Arnold², F. Beese¹, V. Schaps³, M. Wahrendorf³, T.-K. Pförtner⁴, D. Starke², J. Hoebel¹

Institute 1 Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin; 2 Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Düsseldorf; 3 Institut für Medizinische Soziologie, Centre for Health and Society (chs), Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; 4 Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln, Köln

DOI 10.1055/s-0043-1762809

Hintergrund Die COVID-19 Pandemie betrifft Menschen in verschiedenen sozioökonomischen Positionen ungleich schwer, wie mittlerweile zahlreiche nationale und internationale wissenschaftliche Publikationen für verschiedene direkte und indirekte Gesundheitsfolgen gezeigt haben. Demnach tragen sozial benachteiligte Menschen nicht nur ein höheres Risiko für eine Infektion mit SARS-CoV-2 und einen schweren Verlauf von COVID-19 sondern auch allgemein für eine schlechtere Gesundheit. Das Vorhandensein dieser gesundheitlichen Ungleichheit zeigt, dass es bisher nicht genutzte Präventionspotentiale in der Gesellschaft gibt, die Ansatzpunkt für gezielte Interventionen sein könnten.

Welche Bedeutung die sozialen Determinanten der Gesundheit bei der zukünftigen Pandemieplanung haben könnten, soll diskutiert werden.

Methoden Es wurden unterschiedliche Datenquellen (Meldedaten, sero-epidemiologische Studiendaten, Routinedaten der Krankenkassen, Befragungsdaten) im Rahmen des Forschungsprojektes „INHECOV – Inequalities in health during the COVID-19 Pandemic“ unter sozialepidemiologischen Fragestellungen untersucht. Die Ergebnisse dieser Analysen werden zusammenfassend präsentiert. Im Anschluss soll diskutiert werden, wo Ansatzpunkte für Interventionen identifiziert werden können und welche Rolle diese für die zukünftige regionale und überregionale Pandemieplanung spielen können.

Ergebnisse Unterschiedliche sozialepidemiologische Auswertungen in Deutschland haben gezeigt, dass es zeitlich veränderliche Muster sozialer Ungleichheit im Risiko einer Infektion mit SARS-CoV-2 über den Verlauf der Pandemie gibt. Menschen mit sozialer Benachteiligung zeigten während mehrerer Wellen hinweg ein höheres Infektionsrisiko und hatten über alle Pandemiephasen hinweg ein höheres Risiko für einen schweren klinischen Verlauf von COVID-19 und eine höhere Mortalität. Dabei kam den Arbeitsbedingungen, wie z.B. der Möglichkeit im Homeoffice arbeiten zu können oder dem Wirtschaftssektor in dem die Menschen beschäftigt waren, eine besondere Rolle bei der Erklärung dieser Ungleichheiten zu. Neben den berufsbezogenen Risikofaktoren konnten die Wohnbedingungen als ein weiterer erklärender Faktor der beobachteten sozialen Ungleichheit in COVID-19 identifiziert werden.

Schlussfolgerungen Sozialepidemiologische Analysen haben gezeigt, dass Risiken einer SARS-CoV-2 Infektion und eines schweren COVID-19 Verlaufs gesellschaftlich ungleich verteilt sind. Die Bedeutung dieser Befunde soll, unter besonderer Berücksichtigung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, hinsichtlich ihrer Bedeutung für die zukünftige regionale und überregionale Pandemieplanung diskutiert werden.

Kindergesundheit nach dem Lockdown – Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen der Stadt Bremen

Autorinnen/Autoren G. Tempel

Institut Gesundheitsamt Bremen, Kommunale Gesundheitsberichterstattung, Bremen

DOI 10.1055/s-0043-1762810

Die kontaktbeschränkenden Maßnahmen zur Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie hatten für Kinder und Jugendliche beträchtliche Folgen. Bereits im ersten Pandemiejahr wurde über gewachsene psychische Belastungen und Beeinträchtigungen der Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen berichtet. Unerwünschte Nebenwirkungen dieser Maßnahmen zeigen sich auch in Befunden der Schuleingangsuntersuchungen des Bremer Gesundheitsamtes. Ausgewertet wurden die Daten für die Einschulungsjahrgänge 2014/15 bis 2022/23. Das Bremer Gesundheitsamt untersucht jedes Jahr mehrere tausend Kinder, im Einschulungsjahr 2022/23 waren es rund 5.700 Kinder im Alter zwischen 5 bis 7 Jahren. Analysiert wurden die Angaben zum BMI sowie zu den Testergebnissen des Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreenings für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS). Die Ergebnisse wurden nach sozialer Lage differenziert, als Proxy-Maß für die soziale Lage diente der Sozialindex des Ortsteils, in dem die untersuchten Kinder leben.

Bis zum Einschulungsjahrgang 2019/20 lag die Übergewichtsprävalenz (inkl. Adipositas) in den Untersuchungen konstant in einem Bereich zwischen 11 % und 12 %. Im ersten Pandemiejahr (2020/21) kletterte die Prävalenz über die 12 %-Marke, 2021/22 erreichte sie den Höchstwert von 16 %. Kinder, die in benachteiligten Verhältnissen aufwachsen, waren von dieser Entwicklung besonders stark betroffen, 2021/22 waren 23 % dieser Kinder übergewichtig oder adipös. Bei den Kindern aus gut situierten Milieus betrug diese Quote 8 %. 2022/23 ging die Gesamtprävalenz wieder zurück auf knapp 14 %.

Die Befunde zum Entwicklungsstand der vorgestellten Kinder hingegen zeigten keine evidenten Zusammenhänge mit den verhängten Maßnahmen. Problematische Trends wie schlechter werdendes Sprachverständnis und nachlassen-

de Artikulationsfähigkeit manifestierten sich bereits vor Beginn der Pandemie. Es gibt jedoch Hinweise auf eine beschleunigte Dynamik, nach dem die Maßnahmen in Kraft getreten waren. So verschlechterten sich die Testergebnisse zum Zahlen- und Mengenvorwissen in den Einschulungsjahrgängen 2021/22 und 2022/23 besonders deutlich, auch hier vor allem bei Kindern, die in benachteiligten Verhältnissen leben.

Insgesamt ist zu konstatieren, dass sich bei den einzuschulenden Kindern die unerwünschten Nebenwirkungen der Lockdowns primär in Form einer Zunahme der Übergewichtsprävalenz zeigen, was sich schlüssig durch den erzwungenen Bewegungsmangel erklären lässt. Besonders ausgeprägt war der Prävalenzanstieg bei Kindern, die unter schwierigeren Bedingungen aufwachsen. Hier steht der Kinder- und Jugendärztliche Dienst vor der Aufgabe, gemeinsam mit anderen Akteuren vor Ort der Verfestigung problematischer Entwicklungen entgegenzuwirken

Kindergesundheit vor und nach der SARS-CoV-2-Pandemie – ein Vergleich der Ergebnisse Frankfurter Schuleingangsuntersuchungen (SEU) der Jahre 2017-2022

Autorinnen/Autoren M. Schade^{1,2}, V. Henkel¹, A. Kuhn¹, N. Schütz¹, R. Kammerer¹, D. Niebuhr¹

Institute 1 Hochschule Fulda, Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Fulda; 2 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Wissenschaft, Gesundheitsberichterstattung und -förderung, Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0043-1762811

Hintergrund Die mit der SARS-CoV-2-Pandemie einhergehenden Restriktionen in den Jahren 2020 und 2021 waren für Kinder in mehrerlei Hinsicht problematisch. Die Schuleingangsuntersuchung liefert wertvolle Hinweise zum Gesundheitszustand und Entwicklungszustand von Kindern vor Schulbeginn. Die Auswertung der Schuleingangsuntersuchung erfolgt erstmalig im Rahmen eines Projektforschungssemesters in Kooperation des Gesundheitsamtes mit Studierenden der Hochschule Fulda. Zwar wurden die Untersuchungen seit Pandemiebeginn nur eingeschränkt vollzogen, aber die verfügbaren Daten werden herangezogen um mögliche Auswirkungen der Pandemie auf die Gesundheit von Vorschulkindern zu untersuchen.

Methodik Frankfurter Daten der Schuleingangsuntersuchungen von 2017-2022 werden ab November 2022 statistisch ausgewertet, um mögliche Unterschiede im Gesundheits- und Entwicklungszustand von Vorschulkindern vor und während der Pandemie aufzuzeigen. Während in den Einschulungsjahren 2017-2019 alle Kinder vollständig untersucht werden konnten, stehen in den Jahren 2020-2022 keine vollständigen Datensätze zur Verfügung. Insbesondere in dem Jahr 2020/2021 konnten nur sehr wenige Kinder untersucht werden. Es werden die SEU-Prävalenzdaten der Einschulungsjahrgänge 2016/2017 bis 2021/2022 verglichen. Methodische Limitationen werden, wenn nötig berücksichtigt, evtl. wird mit einer Stichproben vor Pandemie und einer Vergleichsgruppe seit Pandemiebeginn gearbeitet, um Auswirkungen der Pandemie gezielter zu beleuchten.

Ergebnisse Derzeit liegen noch keine konkreten Ergebnisse vor. Mitte November beginnt die gezielte Auswertung. Es wird jedoch angenommen, dass sich verschiedene gesundheitliche Parameter (z.B. Gewichtsstatus, Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten, motorische und kognitive Fähigkeiten, Hör- und Sehmögen) mit Beginn der Pandemie verschlechtert haben. Ebenso wird die Hypothese vertreten, dass sich die sprachlichen Kompetenzen und die Deutschkenntnis bei Schulbeginn aufgrund stark verminderter Besuchszeiten von pädagogischen Einrichtungen seit Pandemiebeginn verschlechtert haben.

Diskussion Die Ergebnisse der Analyse bilden die Grundlage zur Ableitung von konkreten Handlungsempfehlungen für gezielte und bedarfsorientierte Maßnahmen. Hierzu sind entsprechende kooperative Formate wie z.B. die gemeinsame sektorenübergreifende Diskussion der Ergebnisse im Rahmen einer Gesundheitskonferenz in der Stadt Frankfurt a.M. zu forcieren.

Über die Notwendigkeit der GBE der Gesundheitsämter in Rheinland-Pfalz zur Pandemie

Autorinnen/Autoren E.-D. Lichtenberg

Institut Gesundheitsamt Bad Kreuznach, Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte des ÖGD in Rheinland-Pfalz, Fachausschuss GBE und Prävention, Bad Kreuznach

DOI 10.1055/s-0043-1762812

Ein Überblick über die Pandemie, vor allem die Daten des Dashboards des Robert-Koch-Instituts zeigen recht deutliche Diskrepanzen beim Erfolg der Pandemiebekämpfung der Gesundheitsämter sowohl im Bundesländervergleich als auch innerhalb von Rheinland-Pfalz. Mittels des Verhältnisses Todesfälle je 1000 Einwohner, lassen sich die Rohdaten in Bezug zu der zugehörigen Bevölkerung des Zuständigkeitsbereichs eines Gesundheitsamtes setzen. Diese Daten liegen öffentlich vor und sind frei zugänglich, auch für Medien.

Sie weisen für Rheinland-Pfalz eine Spanne zwischen 63 Covid-19-Todesfällen in Trier und 250 je 100.000 Einwohner im Bereich des Gesundheitsamtes Rheinland-Pfalz in Ludwigshafen auf. Ausgewählte Beispiele der Daten der Gesundheitsämter in Rheinland-Pfalz im Dashboard werden vorgestellt. Anhand der Beispiele wird die Hypothese widerlegt, Corona spiele sich hauptsächlich in den Großstädten ab. Es finden sich unter den größeren Gesundheitsämtern in Rheinland-Pfalz verschiedene Kommunen (Landkreise und kreisfreie Städte), deren unterschiedliche Erfolge im Zuständigkeitsbereich ein und desselben Gesundheitsamtes in der Pandemiebekämpfung Fragen aufwerfen.

Vor diesem Hintergrund ist eine Gesundheitsberichterstattung zur Pandemie in den Rheinland-Pfälzischen Kommunen dringend geboten. Die Interpretation der Daten kann am besten durch diejenigen erfolgen, die sie erhoben haben. Die Vorteile der Darstellung durch das Gesundheitsamt werden beschrieben. Hierbei sollte auch der Deprivationsindex zur Beschreibung von sozialen Besonderheiten des Gesundheitsamtsbezirks genutzt werden. Wenn die Auswertung und Interpretation in der Hand des Gesundheitsamtes liegen, könnten auch personelle Engpässe bei der Dokumentation in den Pandemiewellen aufgezeigt werden.

Die Gesundheitsämter nicht nur in Rheinland-Pfalz sollten die im eigenen Bereich übermittelten Covid-19-Todesfälle mit den Leichenschaukasten abgleichen und aus Gründen der Qualitätssicherung zumindest verwaltungsintern oder besser auch öffentlich diese Daten zu einem Gesundheitsbericht zusammenzustellen, um daraus evidenzbasierte Lehren für die nächste Pandemie zu ziehen. Die Forderung des Landesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitswesens in Rheinland-Pfalz nach ausreichend Personal im Infektionsschutz, könnte so lokal konkret belegt und ihre dringend notwendige Umsetzung initiiert und ggf. forciert werden.

Zahnmedizin – Block 7

09:00 – 12:00 | Fachtagungsraum 0.241

Präventives Arbeiten in der Kinder-/ Jugendzahnpflege im ÖGD. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie mit ZahnärztInnen und Prophylaxe-Fachkräften

Autorinnen/Autoren A. Limberg¹, A. Wolff-Gäbler², C. Preiser^{1,2}, M.A. Rieger^{1,2}

Institute 1 Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Tübingen; 2 Universitätsklinikum Tübingen, Zentrum für öffentlichen Gesundheitswesen und Versorgungsforschung, Tübingen

DOI 10.1055/s-0043-1762813

Hintergrund Die Relevanz gesunder Milchzähne und frühzeitigen Erlernens von zahn- und damit körperhygienischen Routinen für die kindliche Entwicklung

ist in der Forschung nachgewiesen. Schulzahnpflege als Teil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) ist ein wichtiger Baustein in der (zahn)medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Wissenschaftlich ist jedoch wenig zu den Erfahrungen und Haltungen von Zahnärzt*innen und zahnmedizinischem Fachpersonal mit Versorgungsauftrag in der Kinder- und Jugendzahnpflege im ÖGD bekannt. Wir gehen in unserem Beitrag der Frage nach: Welche Erfahrungen berichten Zahnärzt*innen und Prophylaxe-Fachkräfte über die präventive Arbeit in der Kinder- und Jugendzahnpflege im ÖGD in Baden-Württemberg?

Methoden Im Rahmen der explorativen Studie wurden leitfadengestützte Interviews mit insgesamt sieben Zahnärzt*innen und Prophylaxe-Fachkräften in Baden-Württemberg geführt. Die Interviews wurden mittels der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet, um zentrale Themen und Subthemen zu identifizieren und zu strukturieren.

Ergebnisse Interviewpartner*innen nannten den präventiven Charakter der Arbeit im ÖGD und besonders den Aspekt der Primärprävention als einen Grund für ihren Weg in den ÖGD. Gerade im Kindergarten- und Grundschulalter seien hier noch viele Möglichkeiten, etwas zu bewirken. Tatsächliche Erfolgserlebnisse seien im Arbeitsalltag aber oft nur indirekt spürbar, etwa wenn Kinder vermittelte Inhalte erinnern, von Ernährungsumstellungen berichten oder erforderliche Zahnbehandlungen durchgeführt wurden. Der Weg zum Erfolg sei nicht immer einfach und von vielen Akteur*innen abhängig: der Unterstützung durch die Einrichtungen, den Möglichkeiten der Kinder und Jugendlichen, Wissen in Familien weiterzutragen, und dem Willen und den Kapazitäten der Eltern zur Umsetzung. Interviewpartner*innen erleben teilweise durch Eltern und Multiplikator*innen Wertschätzung und Unterstützung in ihrer Arbeit. Sie bemängeln neben Personalmangel aber auch, dass teilweise der Stellenwert der Prävention in der Zahngesundheit bei Eltern, Multiplikator*innen, Schnittstellenpartner*innen und auch auf politischer Ebene nicht gesehen und nicht berücksichtigt werde. Interviewpartner*innen stoßen dadurch an die Grenzen dessen, was sie in ihrer Tätigkeit bewirken können, und äußern Unzufriedenheit darüber, dass damit die Möglichkeiten einer umfassenden Förderung der Zahngesundheit im Kindes- und Jugendalter unausgeschöpft blieben.

Diskussion In unseren Forschungsergebnissen wird eine Diskrepanz zwischen der (zahn)medizinischen Relevanz der Prävention durch den ÖGD in der Kinder- und Jugendzahnpflege und dem von den Zahnärzt*innen und Prophylaxe-Fachkräften erlebten Stellenwert deutlich. Hieraus können strukturelle, organisatorische und inhaltliche Verbesserungsbedarfe abgeleitet werden.

Fluoride in der Kariesprophylaxe in Deutschland – klinische Sicherheit und unerwünschte Nebenwirkungen.

Autorinnen/Autoren A. Bergmann¹, U. Brix², P. Petrakakis²

Institute 1 Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf, Zahnärztliche Gutachten und Hilfen, Kariesprophylaxe; 2 Gesundheitsamt des Rhein-Erft-Kreises, Zahnärztlicher Dienst, Bergheim

DOI 10.1055/s-0043-1762814

Einleitung Fluoride haben aufgrund ihrer kariespräventiven Wirksamkeit einen sehr hohen Stellenwert in der Zahnmedizin. Aufgrund der immer noch hohen Kariesprävalenz im Milchgebiss wurde im Jahr 2019 von Fachgesellschaften die Steigerung der Fluoridkonzentration in Zahnpasta für Kinder < 6 Jahre in Deutschland von 500 ppm auf 1.000 ppm (parts per million) beschlossen. Die damit verbundene, potenzielle Mehraufnahme von Fluorid durch Verschlucken von Zahnpasta könnte zum vermehrten Auftreten einer Fluorose im Zahnschmelz bleibender Zähne führen. Einfach anzuwendende Aufklärungsinstrumente wie eine Fluoridrechner-App sind notwendig, um möglichen Fehlinformationen zu Gesundheitsrisiken im fachlichen und öffentlichen Diskurs vorzubeugen.

Material und Methode Nutzen und Risiken von Fluoriden in der Kariesprävention werden dargestellt und diskutiert. Anhand zweier Pressebeispiele werden unerwünschte Nebenwirkungen vorgestellt und unter Berücksichtigung der

Wirkungsweise des Fluorids auf ihren Wahrheitsgehalt hin überprüft. Gleichzeitig wird eine Methode zur Berechnung der täglichen Fluoridaufnahme durch Verschlucken von Zahnpasta und die systemische Aufnahme aus Nahrungsmitteln vorgestellt.

Ergebnisse Die aktuellen Empfehlungen, insbesondere zur altersgerechten Dosierung der Zahnpasta auf der Zahnbürste, können für Sorgeberechtigte eine Herausforderung darstellen. Die beiden Presseartikel waren in vertrauenswürdigen Medien erschienen (Spiegel online und New York Times) und berichteten über Knochenfluorose und den Verlust aller Zähne bzw. die Todesfolge infolge einer Fluoridüberdosierung. Für Nichtfachleute wie für Fachleute ist es dabei nicht einfach, den Wahrheitsgehalt beider Mitteilungen ohne Kenntnisse zur kindlichen Zahnentwicklung sowie zu Grenzdosen für eine chronische oder akute Intoxikation zu bestimmen.

Diskussion Die Bevölkerung muss befähigt werden, den präventiven Nutzen und die potenziellen Risiken von Fluoriden abschätzen zu können. Zentrale Aufgaben der Zahnärzte und der Öffentlichen Gesundheitsdienste bestehen darin, die Sorgeberechtigten umfassend zu beraten und die Öffentlichkeit hinreichend zu informieren. Gleichzeitig ist es wichtig, die Entwicklung der Fluorose im bleibenden Gebiss im Auge zu behalten. Der Einsatz einer Fluoridrechner-App könnte für individuelle Beratungen sehr hilfreich sein.

Zukünftige Ziele und Aufgaben des Amtsärztlichen Dienstes nach dem COVID-Lockdown

09:00 – 10:30 | Tagungsraum 1

Der letzte macht das Licht aus? Kann Personalgewinnung im ÖGD nachhaltig gelingen?

Autorinnen/Autoren E. Sakellaridou

Institut Sozialpsychiatrischer Dienst Kreisgesundheitsamt Mettmann, Mettmann

DOI 10.1055/s-0043-1762815

Der fortschreitende Ärztemangel macht sich in den Gesundheitsbehörden schon seit langem bemerkbar [1]. Daneben muss der Öffentliche Dienst in den nächsten Jahren u. a. die anstehende Pensionswelle und den gesteigerten Wettbewerb um Fachkräfte bewältigen.

Durch eine Änderung in der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) wird ein PJ Tertial im Gesundheitsamt ermöglicht [2], was zu einer Steigerung des Bekanntheitsgrades unserer Arbeit unter Medizinstudierenden beitragen könnte. Ein zentraler Attraktivitätsfaktor bei der Jobauswahl ist natürlich ein konkurrenzfähiges Gehalt. Allerdings wurde diese Anforderung durch die in 2021 eingeführte Facharztzulage nur in (kleinen) Teilen erfüllt. Dazu wurden finanzielle Mittel aus dem ÖGD-Pakt für die Kommunen bereitgestellt, um u. a. zusätzliches Personal einzustellen. Doch bei einem fehlenden arzt-spezifischen Tarifvertrag im ÖGD fehlt es weiterhin an einer zukunftsfähigen Perspektive [3, 4].

Gleichzeitig sind vorhandene und ausbaufähige Vorteile des ÖGD genauso wichtig, denn Personalgewinnung und -bindung ist eine Frage der Unternehmenskultur.

Wer kann den Job (noch) machen? Was macht den ÖGD attraktiv als Arbeitgeber? Wie kreativ können wir in dem Kampf um die besten Köpfe unter den starren rechtlichen Vorgaben und Regelungen der Tarifverträge/Besoldungsordnungen sowie Budgetrestriktionen sein?

Diese und weitere Fragen werden am Beispiel der sozialpsychiatrischen Dienste näher beleuchtet.

Literaturverzeichnis

- [1] Der Hausarzt. Digital. (2019). *Ärztemangel im öffentlichen Gesundheitswesen. Gesundheitsämtern droht Kollaps wegen Ärztemangels* <https://www.hausarzt.digital/medizin/forschung/gesundheitsaemtern-droht-kollaps-wegen-aerztemangels-47614.html> (Stand 25.10.2022)
- [2] BVÖGD. (2022, 4. August). *Neue Option für Medizinstudierende: Ein Abschnitt des Praktischen Jahres im Gesundheitsamt*. [Pressemitteilung] <https://www.bvoegd.de/wp-content/uploads/2022/08/2022-08-03-PM-PJ.pdf> (Stand 25.10.2022)
- [3] BVÖGD. (2022, 25. Mai). *Personalnot der Gesundheitsämter. Perspektiven im ÖGD schaffen!* [Pressemitteilung] https://www.bvoegd.de/wp-content/uploads/2022/05/2022-05-25_PM-%C3%84rztetag.pdf (Stand 27.10.2022)
- [4] Deutsches Ärzteblatt. (2021) *Gesundheitsminister für flexible Umsetzung des ÖGD-Paktes* <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/124853/Gesundheitsminister-fuer-flexible-Umsetzung-des-OeGD-Paktes.html> (Stand 27.10.2022)

Der ÖGD gestern, heute – und morgen??

Autorinnen/Autoren S. Gleich, A. Ott

Institut Landeshauptstadt München, Gesundheitsreferat, München

DOI 10.1055/s-0043-1762816

„Wer die Zukunft erforschen will, muss die Vergangenheit kennen.“ Dieses chinesische Sprichwort ist Ausgangspunkt für den Vortrag zur aktuellen Situation des ÖGD: Es soll ein zeitlicher Bogen von der Vergangenheit in die Gegenwart gespannt werden. Historische Entwicklungen haben nach wie vor einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Arbeitsrealität in den Gesundheitsämtern. Die Auseinandersetzung damit ist eine wichtige Voraussetzung, um die Akzeptanz für die Ziele und die Bedeutung des ÖGD in Bevölkerung, Politik und Medizin zu erreichen.

Für den ÖGD relevante historische Persönlichkeiten, Institutionen und Entwicklungen sind u. a.: Johann Peter Frank, Max von Pettenkofer, Robert Koch, die Gründung des kaiserlichen Gesundheitsamtes, die Entwicklung von Sozialhygiene, kommunaler Gesundheitsfürsorge und staatlichem Gesundheitsschutz sowie die Gleichschaltung der Gesundheitsämter im Nationalsozialismus. Nach dem 2. Weltkrieg bedeutsam sind Schaffung (und Auflösung) des Bundesgesundheitsamtes, die uneinheitliche Gestaltung der rechtlichen Grundlagen und damit auch der Aufgaben des ÖGD in den Landesgesundheitsgesetzen sowie die Fokussierung auf die individualmedizinischen Leistungen in der ambulanten Versorgung mit Einführung des neuen Kassenarztrecht. Damit verbunden war ein sukzessiver Verlust der sozialmedizinischen und gesundheitspolitischen Bedeutung der Gesundheitsämter. In Folge resultierten Nachwuchsprobleme, Stellenstreichungen sowie die überwiegende Eingliederung der Gesundheitsämter als nachgeordnete Fachbereiche in Verwaltungsstrukturen. Die nachteiligen Konsequenzen dieser Entwicklung wurden in der Coronapandemie mehr als deutlich. Die Politik setzte deshalb September 2020 den Pakt für den ÖGD auf, die Gesundheitsämter in ganz Deutschland sollen personell aufgestockt, modernisiert und vernetzt werden. Ebenso soll die „Akademisierung“ des ÖGD mit einer universitären Anbindung der Gesundheitsämter erfolgen, der BVÖGD treibt die Gründung einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft für den ÖGD voran. Durch die Änderung der ärztlichen Approbationsordnung können Medizinstudierende seit 2022 das Wahltertial auch im Fach Öffentliches Gesundheitswesen absolvieren. Abschließend dargestellt werden aus Sicht eines Großstadtgesundheitsamtes die Schwierigkeiten und Chancen, die sich aus den aktuellen Entwicklungen für unseren Aufgabenbereich ergeben.

Ziele und Aufgaben des ÖGD: Eine Auswertung der 16 Gesundheitsdienstgesetze der Länder

Autorinnen/Autoren N. Oster^{1,2}, D. Häske¹, P. Schäfer², S. Joos¹

Institute 1 Universitätsklinikum Tübingen, Zentrum für Öffentliches

Gesundheitswesen und Versorgungsforschung Tübingen, Tübingen; 2 Stadt Mannheim, Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt, Mannheim

DOI 10.1055/s-0043-1762817

Hintergrund Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) benötigt klar definierte Ziele und Aufgaben, um wirkungsorientiert zu handeln. Die wesentlichen gesetzlichen Grundlagen hierfür bilden die 16 landesspezifischen Gesundheitsdienstgesetze (GDG).

Ziele Ziel der Studie ist die Identifikation von in den GDG definierten Kernzielen und -aufgaben des ÖGD.

Methoden Die Grundsatzparagrafen und Normenüberschriften der GDG wurden deduktiv-induktiv mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz im Hinblick auf Kernziele und -aufgaben ausgewertet. Als deduktiv abgeleitete Hauptkategorien wurden Arbeitsgebiete, die regelhaft die Aufbaustruktur von Gesundheitsämtern widerspiegeln, wie „Gesundheitsschutz“ oder „Gesundheitsplanung“ verwendet. Hauptkategorien, die aus mindestens der Hälfte der GDG ableitbar sind, wurden als Kernziele bzw. -aufgaben definiert.

Ergebnisse Es wurden 242 Einzelziele und -aufgaben in den Grundsatzparagrafen und Normenüberschriften der GDG identifiziert. Diese konnten zu 23 Hauptkategorien aggregiert werden, von denen 19 in mindestens der Hälfte der GDG vorkamen und somit die Kriterien von Kernzielen bzw. -aufgaben erfüllten. In den GDG sind zwischen 9 und 18 dieser Kernziele bzw. -aufgaben mit einem Mittelwert von 14 aufgeführt. Es wurde deutlich, dass für einige dieser Arbeitsgebiete wie „Gesundheitsschutz“ und „Gesundheitsplanung“ keine verbindlichen Definitionen existieren, sodass eine sichere Zuordnung zu diesen Kategorien partiell nicht möglich ist. Die induktive Ableitung von Kategorien führte teilweise zu Kernzielen und -aufgaben, die nicht regelhaft in den Aufbaustrukturen von Gesundheitsämtern abgebildet sind, wie z.B. die berufs- und gesundheitsrechtliche Aufsicht über Gesundheitsfachberufe und –einrichtungen oder der Verbraucherschutz.

Fazit Gesundheitsämter sind die für GDG zuständigen Exekutivbehörden und benötigen für deren Umsetzung klar definierte Vorgaben. Die hohe Zahl von 242 Einzelzielen und -aufgaben alleine in Grundsatzparagrafen und Normenüberschriften sowie das Fehlen von verbindlichen Definitionen für bedeutende Arbeitsgebiete weisen auf eine nicht ausreichende Systematisierung der Ziele und Aufgaben des ÖGD hin. Die Zahl der abgeleiteten Kernziele und -aufgaben liegt bei 19, was auf eine erhebliche Diversifizierung mit nachteiligen Folgen für eine fokussierte, wirkungsorientierte Aufgabenwahrnehmung der Gesundheitsämter hinweist. Die Häufigkeit der Nennung von Kernzielen und -aufgaben in den einzelnen GDG ist mit neun bis 18 sehr heterogen. Es wird eine bundesweite Inkongruenz zwischen den Ländern hinsichtlich des Verständnis zum ÖGD vermutet. Kernaufgaben und -ziele des ÖGD umfassen gleichzeitig ordnungsrechtliche Aufgaben z.B. in der Überwachung und Aufgaben, die eine Vertrauensbasis voraussetzen wie z.B. Gesundheitsförderung. Die gleichzeitig auszuführenden ordnungsrechtlichen Aufgaben und Aufgaben der Koordinierung und Kooperation resultieren in einem Rollenkonflikt der Gesundheitsämter gegenüber Bürger*innen und Einrichtungen.

Die Entwicklung des Schwerpunktcurriculums ‚Öffentlicher Gesundheitsdienst‘ in Hessen

Autorinnen/Autoren O. Amberger¹, T. Kurjak², L. Seeger², S. Herkelmann², P. Tinnemann¹

Institute ¹ Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Frankfurt am Main;

² Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main, Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0043-1762818

Hintergrund Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) hat in Deutschland seit Jahrzehnten erhebliche Nachwuchssorgen. Mit der Einführung einer ÖGD-Quote in Hessen zum Wintersemester 2022/23 wird zukünftig jährlich ein Teil aller Medizinstudienplätze an Bewerberinnen und Bewerber vergeben, die sich vertraglich verpflichten, nach erfolgreichem Abschluss des Studiums die ärztliche Weiterbildung im Fach ÖGD zu absolvieren und nach Erwerb des Facharzt-titels in einem hessischen Gesundheitsamt für mindestens zehn Jahre tätig zu sein. Die Studierenden werden mit einem Schwerpunktcurriculum begleitet, das von der Goethe-Universität in Kooperation mit dem Gesundheitsamt Frank-

furt am Main entwickelt wird. In diesem Schwerpunktcurriculum sind ebenso begrenzte Plätze für weitere interessierte Studierende der Regelzulassung vorgesehen.

Methode Unter Anwendung von Kerns Six-Step-Zyklus wurde das hessenweite Schwerpunktcurriculum ÖGD schrittweise entwickelt. Hierzu wurde zunächst eine Bedarfsanalyse durchgeführt, bevor strategische Entscheidungen bezüglich Struktur und Inhalt erfolgten. Das Gesamtkonzept des Schwerpunktcurriculums wurde zusammengestellt und mit den verschiedenen Partnern und Standorten abgesprochen. Dabei wurden Umfang und Inhalt auf die curricularen Lehrveranstaltungen der drei Fachbereiche für Medizin der Universitäten Frankfurt am Main, Gießen und Marburg abgestimmt.

Ergebnisse Den Studierenden werden sowohl fachliche als auch persönliche Kompetenzen vermittelt, die über das Kerncurriculum des Medizinstudiums hinausgehen. Durch ein Seminarprogramm und Praktika werden Aufgaben des ÖGD sowie übergreifende Fertigkeiten wie Kommunikation, Teamfähigkeit, wissenschaftliche und interprofessionelle Kompetenzen vermittelt. Darüber hinaus werden durch ein Mentoringprogramm die persönliche Entwicklung der Studierenden sowie professionsspezifische Werte gefördert.

Fazit Wichtig zur Entwicklung des Schwerpunktcurriculums ÖGD ist die hessenweite Vernetzung mit Lehrverantwortlichen von Universitäten und Gesundheitsämtern, Studierenden sowie Gremien der Verwaltung. Die Konzeptidee des Schwerpunktcurriculums wird auf der Tagung präsentiert.

„Verloren im System?!“ – Was kann ein kinder- und jugendpsychiatrischer Dienst?

09:00 – 10:30 | Tagungsraum 2

Kinder und Jugendliche, die nicht zur Schule gehen

Autorinnen/Autoren I. van Riesenbeck

Institut Kreisgesundheitsamt Mettmann, Sozialpsychiatrischer Dienst Mettmann, Mettmann

DOI 10.1055/s-0043-1762819

„Nicht zur Schule gehen, sich selbst verletzen, nicht mehr leben wollen, mit niemandem sprechen können, das Haus nicht mehr verlassen“ – dies sind nur einige der Themen, die bei den Fachkräften des kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes auftauchen.

Die Vermeidung des Schulbesuchs aufgrund unterschiedlichster, auch psychischer, Faktoren wurde insbesondere nach der Rückkehr in den Präsenzunterricht immer wieder kritisch diskutiert. Schulen berichten bisher eher anekdotisch von gestiegenen Zahlen. Aufgrund fehlender systematischer Erfassung gibt es jedoch keine genauen Daten, wie viele Schüler*innen in Deutschland davon betroffen sind. Bereits 2016 zeigte sich aber im internationalen Vergleich der PISA-Studie, dass Deutschland etwa im Vergleich zu den Niederlanden deutlich höhere Zahlen an Schüler*innen hatte, die in den letzten 2 Wochen geschwänzt haben (8,9% vs. 5,3%). Während die Mehrheit der Schüler*innen im Laufe der Schulkarriere nur tage- oder stundenweise dem Unterricht ferngeblieben ist, gehen Studien von 5-10% Schüler*innen mit Schulabsentismus (> 2,5 Fehltag im Halbjahr) aus (Weiß, 2007). Dabei ist dieses Fernbleiben vom Unterricht mit einem höheren Risiko für Schulversagen, Arbeitslosigkeit, Drogenkonsum und Delinquenz sowie die Entwicklung einer psychischen Störung bzw. den Fortbestand einer bereits bestehenden verbunden (Ricking & Hagen, 2016) [1–3]. In der Arbeit des kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes ist Schulabsentismus ein häufiges Phänomen. Aufgrund der multifaktorielle Entstehung sind dabei alle Berufsgruppen sowie die Vernetzung mit vielen anderen im Versorgungssystem nötig, um eine Veränderung und in letzter Zielsetzung Rückführung in Schule zur erreichen.

Wir möchten Ihnen an Hand von 3 Fallbeispielen einen Einblick in die Arbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste Düsseldorf, Köln und Mettmann ermöglichen und Sie so an unserem bunten und vielseitigen Arbeitsalltag teilhaben lassen. Wir hoffen, Ihr Interesse an dieser wichtigen Versorgungsstruktur wecken zu können.

Quellen [1] OECD, 2016 (Programme for International Student Assessment (PISA) 2015)

[2] Ricking H., Hagen T. Schulabsentismus und Schulabbruch. Grundlagen – Diagnostik – Prävention. Stuttgart: Kohlhammer; 2016

[3] Weiß B. Wer schwänzt wie häufig die Schule? Eine vergleichende Sekundäranalyse auf Grundlage von 12 deutschen Studien. In M. Wagner (Hrsg.), Schulabsentismus. Soziologische Analysen zum Einfluss von Familie, Schule und Freundeskreis (S. 37-55). Weinheim: Juventa; 2007

Kinder- und jugendpsychiatrisch unterversorgte Gruppen

Autorinnen/Autoren B. Mauerer-Bonnen

Institut Kinder- und jugendpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamts Köln, Köln

DOI 10.1055/s-0043-1762820

„Nicht zur Schule gehen, sich selbst verletzen, nicht mehr leben wollen, mit niemandem sprechen können, das Haus nicht mehr verlassen“ – dies sind nur einige der Themen, die bei den Fachkräften des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes auftauchen.

Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes ist in Köln dem kinder- und jugendärztlichen Dienst, in manch anderen Ämtern dem sozialpsychiatrischen Dienst der Erwachsenen zugeordnet. Er hat sich zur Aufgabe gestellt, die Kinder und Jugendlichen mit psychiatrischen Erkrankungen oder deren Prodromi, die im Rahmen des kassenärztlichen Systems wenig oder gar nicht versorgt werden, aufzuspüren, aufzuklären und ggfs. in die Regelversorgung zu begleiten (Lotsenfunktion). Durch seine Möglichkeit, auch aufsuchend in Familien, Schulen, Familienzentren u.ä. tätig zu werden, können Einblicke und Einsichten gewonnen werden, die den Praxen und Kliniken oft verborgen bleiben.

In diesem Vortrag soll von (besonders) unterversorgten Gruppen berichtet werden, die in unserer aktuellen Wahrnehmung dringlich Aufmerksamkeit verdienen, da sie in der derzeitigen Versorgungslandschaft aus dem System zu fallen drohen. An Hand von Fallbeispielen wird ein Einblick in die vielfältige Arbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste Düsseldorf, Köln und Mettmann ermöglicht. So soll Interesse an dieser wichtigen Versorgungsstruktur entstehen, welches die Grundlage der Diskussion medizinischer, gesellschaftlicher und möglicherweise auch politischer Handlungsbedarfe darstellt.

Psychische Krisen von Jugendlichen auffangen, entschärfen und begleiten

Autorinnen/Autoren B. Rohe

Institut Landeshauptstadt Düsseldorf, Der Oberbürgermeister, Gesundheitsamt 53/63 Sozialpsychiatrie, Düsseldorf

DOI 10.1055/s-0043-1762821

„Nicht zur Schule gehen, sich selbst verletzen, nicht mehr leben wollen, mit niemandem sprechen können, das Haus nicht mehr verlassen“ – dies sind nur einige der Themen, die bei den Fachkräften des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes auftauchen.

Wie ein Team von Forscher*innen der Universität Essen an Hand der Daten eines Fünftels der deutschen Kinderintensivstationen zeigen konnte, hat sich die Anzahl der von Jugendlichen verübten Suizidversuche im zweiten „Lockdown“ der Corona-Pandemie im Vergleich von 2017 bis 2019 fast verdreifacht. Meist habe es sich um Medikamentenintoxikationen gehandelt, 2 der 93 Jugendlichen der Stichprobe seinen später gestorben.

Diese gefährliche Zunahme krisenhafter Dekompensation während der Adoleszenz verdeutlicht den dringenden Bedarf eines niedrigschwelligen und somit

leicht zugänglichen Beratungs- und Hilfsangebot, wie es vom Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst angeboten wird. Dabei geht es zum einen darum, im Fall einer akuten psychiatrischen Krise (Gefahr der akuten Eigen- oder Fremdgefährdung) diese zeitnah fachlich einzuschätzen, sowie notwendige Schritte zur Gefahrenabwehr einzuleiten und ein Nachsorgeangebot sicherzustellen – zum anderen erfolgt durch die leichte Zugänglichkeit des Angebots auch präventive Unterstützung von jungen Menschen und deren sozialen Umfeld.

An Hand von Fallbeispielen wird ein Einblick in die vielfältige Arbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste Düsseldorf, Köln und Mettmann ermöglicht. So kann Interesse an dieser wichtigen Versorgungsstruktur entstehen, welches die Grundlage der Diskussion medizinischer, gesellschaftlicher und möglicherweise auch politischer Handlungsbedarfe darstellt [1].

Pediatrics doi: 10.1542/peds.2021-055973

Quellen [1] Bruns N, Willemsen L, Stang A, Kowall B, Holtkamp K, Kamp O, Dudda M, Hey F, Hoffmann F, Blankenburg J, Eifinger F, Fuchs H, Haase R, Baier J, André C, Heldmann M, Maldera V, Potratz J, Kurz D, Mand N, Doerfel C, Rothoef T, Schultz M, Ohlert M, Silkenbäumer K, Boesing T, Indraswari F, Niemann F, Jahn P, Merker M, Braun N, Nunez FB, Engler M, Heimann K, Brasche M, Wolf G, Freymann H, Dercks M, Hoppenz M, Felderhoff-Müser U, Dohna-Schwake C. Pediatric ICU Admissions After Adolescent Suicide Attempts During the Pandemic. *Pediatrics* 2022; 150 (2): e2021055973. doi:10.1542/peds.2021-055973 PMID: 35534988

Fachausschuss Umweltmedizin – Block 4

09:00 – 10:30 | Tagungsraum 4

Klimawandel als ÖGD-Thema am Robert Koch-Institut: Der Sachstandsbericht Klimawandel und Gesundheit als ein aktuelles Projektbeispiel

Autorinnen/Autoren M. Mlinarić¹, H. Niemann¹, K. Kelleher¹, A. Taylor¹, R. Kumpfel¹, J. Schumacher², T. Ziese¹

Institute 1 Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, FG24 Gesundheitsberichterstattung, Berlin;

2 Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, FG32 Surveillance | ÖGD-Kontaktstelle, Berlin

DOI 10.1055/s-0043-1762822

Der fortschreitende Klimawandel wirkt sich direkt und indirekt auf die menschliche Gesundheit aus und stellt damit Public Health und den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) gegenwärtig sowie zukünftig vor bevölkerungsmedizinische Herausforderungen. Dies betrifft etwa hitzebedingte Morbidität und Mortalität, die Ausbreitung von Krankheitserregern und Veränderungen saisonaler Allergien oder auch die psychische Krankheitslast.

Wie durch die Roadmap der International Association of Public Health Institutes (IANPHI) hervorgehoben, spielen nationale Public-Health-Institute, wie das Robert Koch-Institut (RKI), in diesem Kontext eine bedeutende Rolle. Folglich wurde die neue Geschäftsstelle für Klimawandel und Gesundheit am RKI gegründet, die auch im Kontext der abteilungsübergreifenden AG Klimawandel und Gesundheit eng mit der ÖGD-Kontaktstelle am RKI zusammenarbeitet.

Die Aktualisierung des Sachstandsberichts zu Klimawandel und Gesundheit (2010) ist eines der aktuell laufenden Projekte am RKI. Ende 2023 erscheint ein vom BMG geförderter aktualisierter Sachstandsbericht zu Klimawandel und Gesundheit, der im *Journal of Health Monitoring* (JoHM) erscheint. Er wird vom RKI in Kooperation mit ca. 30 nationalen Institutionen umgesetzt. Der in drei Ausgaben des JoHM publizierte Sachstandsbericht bietet die Chance, aktuelles Wissen für Deutschland in relevanter Form zusammenzutragen, Co-Benefits für das Individuum und den Klimaschutz herauszuarbeiten und sich im Sinne ganzheitlicher Perspektiven (One Health / Planetary Health) zukunftsfest aufzustellen.

Um gesundheitsgerechten Klimaschutz und Klimaanpassung vor Ort im kommunalen Setting zu gewährleisten ist der Wissenstransfer evidenzbasierter Ergebnisse von wesentlicher Bedeutung. Der vorliegende Beitrag wirft am Beispiel des kommenden Sachstandsberichts die Frage auf, wie unterschiedliche Organisationseinheiten des RKI den ÖGD auf kommunaler und Landesebene in Bezug auf Klimawandel und Gesundheit bestmöglich unterstützen und dabei in einen partizipativen Austauschprozess mit ÖGD-Institutionen treten können. Leitfragen des Beitrags lauten folglich: Welche Auswirkungen werden durch die Klimakrise in Bezug auf die Gesundheit erwartet? Inwiefern können Erkenntnisse und Tools, wie etwa des RKI-Sachstandsberichts, bestmöglich genutzt und für den ÖGD übersetzt werden, um diesen zu bestärken und nachhaltige Resilienz zu schaffen?

Von der Planung zur Realisierung: Der Mannheimer Hitzeaktionsplan startet in die Umsetzung

Autorinnen/Autoren S. Müller¹, C. Brüggemeier¹, N. Oster¹, A. Idler², G. Pins², K. Rensing², P. Schäfer¹

Institute 1 Stadt Mannheim – Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt, Mannheim; 2 Stadt Mannheim – Fachbereich Klima, Natur, Umwelt, Mannheim

DOI 10.1055/s-0043-1762823

Hintergrund Das Bundesumweltministerium hat 2017 Länder und Kommunen dazu aufgerufen, Hitzeaktionspläne (HAP) zu erstellen. Der Mannheimer HAP wurde im Oktober 2021 nach einer mehr als einjährigen Erarbeitungsphase durch den Gemeinderat beschlossen und befindet sich seit dem 01.02.2022 in der Umsetzung. Er ist als gesamtstädtische, ressortübergreifende Aufgabe unter Federführung des Fachbereichs Klima, Natur, Umwelt und des Gesundheitsamtes auf den Schutz von acht hitzevulnerablen, hilflosen Gruppen ausgerichtet und umfasst 31 Maßnahmensteckbriefe sowie übergeordnete Steuerungsstrukturen.

Ziele Ziel der Arbeit ist es, den Übergang von der Planungsphase in die Umsetzungsphase des Mannheimer HAP zu beschreiben.

Methode Es wurden im ersten Jahr mit der Umsetzung von drei Vorhaben aus dem HAP begonnen: Etablierung der Steuerungsstrukturen, eine erste Umsetzung des jährlich iterativen Public Health Management Cycle (PHMC) und Umsetzung von priorisierten Einzelmaßnahmen.

Bisherige Ergebnisse Es konnte eine Koordinierungsstelle zwischen dem Fachbereich Klima, Natur, Umwelt und dem Gesundheitsamt eingerichtet und personell besetzt werden. Des Weiteren konnte der HAP-Steuerungskreis gebildet werden. In ihm sind Vertreter*innen der Verwaltung, die Beauftragten der acht hitzevulnerablen, hilflosen Gruppen sowie die für die Maßnahmen verantwortlichen Akteur*innen vertreten. Die Einrichtung des Koordinierungskomitee Hitze wurde 2022 mit der Aufgabe, auf akute Hitzeereignisse zu reagieren, initiiert. Auf Grund der extremen Hitzewelle lag der Fokus auf den akuten Maßnahmen. Bei den umgesetzten Maßnahmen handelt es sich um die Erstellung einer Webseite mit allgemeinen Informationen zum Hitzeschutz. Eine Infobroschüre mit Hinweisen und Tipps zum richtigen Verhalten bei Hitze in analoger und digitaler Form sowie eine Übersichtskarte mit kühlen Orten. Als niederschwellige Baumaßnahme wurde ein zusätzlicher Trinkbrunnen in Betrieb genommen, fünf weitere sind in Planung. Im Sinne des iterativen PHMC im HAP erfolgt nach den Phasen der Planung und Umsetzung für 2022 derzeit die Phase der Evaluation der Maßnahmen.

Schlussfolgerung Die Diversität der Aufgaben im Rahmen des HAP zeigt, dass ein HAP nur ressortübergreifend im Sinne eines kommunalen „Health in all policies“ – Ansatzes erfolgreich sein kann. Der HAP braucht auf Grund seiner Komplexität eine federführende Leitungsressource zur Gewährleistung der Umsetzung und Weiterentwicklung. Besonders wichtig sind eindeutig definierte Verantwortlichkeiten auf Fachbereichs- und Personalebene. Auf Grund der Anzahl der definierten vulnerablen Gruppen, der Anzahl der Maßnahmen und das Ineinandergreifen der unterschiedlichen Fachbereiche ist die Umsetzung der einzelnen Maßnahmen ressourcenintensiv und bedarf einer hohen kom-

munikativen Interaktion. Die Bereitschaft zum Zusammenspiel aller beteiligten Akteur*innen ist die Basis für das Umsetzen des HAP. Die Ergebnisse der Evaluation für 2022 werden im Winter in die Planung für das kommende Jahr aufgenommen.

Kommunale Hitzeanpassung aus dem Blickwinkel des Gesundheitsamts (GA) – Erkenntnisse aus dem Verbundprojekt HeatResilientCity II in der Landeshauptstadt Dresden (LHD)

Autorinnen/Autoren M. Gronwald¹, P. Aleksandrowicz¹

Institut 1 Amt für Gesundheit und Prävention, Abt. Grundsatz und Verwaltung, Landeshauptstadt Dresden, Dresden

DOI 10.1055/s-0043-1762824

Einleitung/Hintergrund Globale Klimaveränderungen sind auf regionaler Ebene spürbar angekommen. In der LHD sind bei einer Zunahme von 1 °C (zum Referenzzeitraum 1961-1990) die Anzahl an „Heißen Tagen“ um 39 Prozent und die Sonnenscheindauer um 14 Prozent angestiegen. Es wird eine Zunahme um 2,6 °C zur Mitte des Jahrhunderts erwartet (ReKIS, 2022). Städtische Hitzeeinseln führen vor allem nachts zu höheren Temperaturen und beeinflussen die Gesundheit negativ. Vulnerable Personengruppen, wie ältere oder vorerkrankte Menschen sowie Kinder und Schwangere, sind hierbei besonders gefährdet (WHO, 2021). Gesundheitliche Anpassungsmaßnahmen unter Berücksichtigung der sozialen Kontexte auf regionaler Ebene sind daher unerlässlich. Im Projekt HRC II entwickelte das GA im Rahmen eines Setting- und Multiplikator:innenansatzes eine Maßnahme der kommunalen Hitzeanpassung.

Methode Zunächst wurden die zentralen Multiplikator:innen für die besonders durch Hitze belasteten Gruppen identifiziert und anhand von Zugangswegen, Fachwissen und Bedarfen geclustert. Als Reallabor wurde ein Quartier in Dresden ausgewählt, in dem aufgrund der sozialen und gesundheitlichen Lage eine höhere Belastung bei Hitze vorliegt (Looks et al. 2021). Mittels eines Mix-Method-Designs wurden die Fachpersonen durch eine wissenschaftliche Institution befragt. Anhand der Erkenntnisse aus der Bedarfsanalyse und aus dem HRC II-Projekt wurde ein Transferprodukt erstellt, formativ evaluiert und Multiplikator:innen darin geschult.

Ergebnisse Die Multiplikator:innen gliedern sich in fünf Bereiche: Gesundheit, Pflege, Beratung, Bildung und Wohnen/Gebäude. Vertreter:innen aus diesen Bereichen haben neben den oben genannten vulnerablen Personengruppen vor allem mit sozioökonomisch benachteiligten Menschen zu tun und wünschen sich gebündelte Informationen mit konkreten Handlungsempfehlungen. Hierzu erstellte das GA im Rahmen des Verbundes ein „Hitze-Handbuch“, in dem u.a. neben den zukünftigen Klimaveränderungen in der LHD auch quartiersbezogene und fachspezifische Informationen enthalten sind. Eine Testversion diente als Arbeitsgrundlage in den Schulungen. Die Erkenntnisse fließen in die Endversion des Handbuchs ein [1–3].

Fazit Das GA ist als kommunaler Fachexperte des gesundheitlichen Hitzeschutzes und der Hitzevorsorge anzusehen und muss sich dahingehend aufstellen. Das „Hitze-Handbuch“ dient als eine Grundlage in der Kommunikation und Sensibilisierung von Fachpersonen, aber auch in der Vorbereitung der Gesundheits- und Sozialsysteme.

Literatur

[1] Looks P, Borchers P, Reinfried F, Oertel H, Kugler J.. Umweltgerechtigkeit: Subjektive Hitzebelastung als Folge des Klimawandels in konträren Stadtquartieren. In: Gesundheitswesen. 2021; 83: 303–308

[2] Sächsisches Landesamt für Umwelt, Landwirtschaft und Geologie (LfULG). ReKIS Kommunal. (2022) Klimainformationen: Lufttemperatur Dresden. Abrufbar unter www.rekis.hydro.tu-dresden.de/kommunal (geprüft am: 07.10.2022)

[3] World Health Organization. Regional Office for Europe. (2021). Heat and health in the WHO European Region: updated evidence for effective prevention. World Health Organization. Regional Office for Europe

Fachausschuss Infektionsschutz – Block 5 – Infektionsschutz 2

11:00 – 12:30 | Fachtagungsraum 0.226

Zunahme von *Vibrio alginolyticus* Nachweisen in Baden-Württemberg – eine bislang unterschätzte Infektion?

Autorinnen/Autoren J. Klein^{1,2}, S.O. Brockmann¹, C. Wagner-Wiening¹
Institute 1 Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, Landesgesundheitsamt, Referat 73 – Gesundheitsschutz, Infektionsschutz und Epidemiologie, Stuttgart; 2 Fellow in Postgraduiertenbildung für angewandte Epidemiologie (PAE)
DOI 10.1055/s-0043-1762825

Hintergrund Humane Infektionen durch pathogene Nicht-Cholera-Vibrien haben in den letzten Jahren aufgrund der zunehmenden Erwärmung der Meerestemperatur an Bedeutung gewonnen. Die Prävalenz von Nicht-Cholera-Vibrien im Meerwasser hängt unter anderem von der Temperatur sowie dem Salzgehalt des Wassers ab. Infektionen erfolgen in der Regel entweder über den Konsum von kontaminierten Meeresfrüchten, Austern sowie Fisch oder durch direkten Kontakt von kontaminiertem Meerwasser mit der nicht intakten Haut.

Seit 01.03.2020 besteht in Deutschland für Labore eine namentliche Meldepflicht für alle Infektionen mit humanpathogenen *Vibrio* spp., sofern der Nachweis auf eine akute Infektion hinweist.

Im Sommer 2022 wurden in Baden-Württemberg erstmals seit der Einführung der Meldepflicht Nachweise von *V. alginolyticus* gemeldet.

Methoden Deskriptive Auswertung und Analyse der nach dem Infektionsschutzgesetz übermittelten *V. alginolyticus* Nachweisen in Baden-Württemberg nach Alter, Geschlecht, klinischen Angaben und Expositionsrisiken.

Ergebnisse Im Jahr 2022 wurden fünf *V. alginolyticus* Infektionen gemeldet. In den Vorjahren (2020 und 2021) keine. Vier der fünf Fälle waren älter als 60 Jahre, eine Person war 10 Jahre alt (Median 73 Jahre). Vier der fünf Fälle sind männliche Personen. Alle Fälle hatten Wundinfektionen an Beinen oder Rumpf, zwei Personen zeigten zusätzlich Fieber und grippeähnliche Symptome. Ein männlicher Fall (74 Jahre) war aufgrund der gemeldeten Krankheit hospitalisiert; kein Fall ist an der gemeldeten Infektion verstorben. Eine der fünf Personen gab Kontakt auf Lanzarote zu Meer- oder Brackwasser an, bei drei Personen lagen keine Angaben hierzu vor. Bei einer Person wurde der Kontakt zu Meer- oder Brackwasser verneint: der Fall (10 Jahre, männlich) war nach einem Italienaufenthalt (Urlaub im Landesinneren) erkrankt und gab lediglich den Verzehr von konserviertem Dosen-Fisch an.

Diskussion und Schlussfolgerung Erstmals wurden in Baden-Württemberg mehrere Fälle von *V. alginolyticus* gemeldet. Die Folgen des Klimawandels und dem daraus resultierenden Anstieg der Meerestemperatur in den gemäßigten Breiten, wie beispielsweise der Nord- und Ostsee, kann zu einem zunehmenden Expositionsrisiko gegenüber Nicht-Cholera-Vibrien führen. Die Einführung einer eigenständigen Meldekategorie für Nicht-Cholera-Vibrien ist daher ein wichtiger Schritt um die Sensitivität der Erfassung zu erhöhen. Bei der Ermittlungsarbeit der Gesundheitsämter muss nun zukünftig die Abfrage der Expositionsrisiken intensiviert werden.

Es handelt sich um ein noch seltenes und wenig bekanntes Krankheitsbild. Zu den typischen Risikogruppen zählen ältere Personen mit Vorerkrankungen wie Diabetes mellitus, Leber- oder Herz- oder Krebserkrankungen, bei denen auch schwere Krankheitsverläufe auftreten können. Eine Aufklärung und Sensibilisierung von Risikogruppen und behandelnden Ärzten scheint besonders vor den Sommer- und Bademonaten sinnvoll.

Drei Fälle von Flughafenmalaria in Frankfurt am Main

Autorinnen/Autoren J. Haller¹, J. Kessel², T. Wolf², T. Dingwerth³, M. Sroka⁴, G. Falkenhorst⁵, C. Kleine¹, P. Tinnemann¹, A. Walczok¹, U. Götsch¹
Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Abteilung Infektiologie, Frankfurt am Main; 2 Universitätsklinik Frankfurt am Main, Med. Klinik II, Infektiologie, Frankfurt am Main; 3 Deutsche Lufthansa AG, Medical Service and Health Management, Frankfurt am Main; 4 Fraport AG, Medical Center, Frankfurt am Main; 5 Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Berlin
DOI 10.1055/s-0043-1762826

Hintergrund Werden mit Plasmodien infizierte Anophelesmücken in malariefreie Regionen eingeschleppt, so kann es dort bei Personen, die sich am Flughafen oder in dessen Nähe aufhalten, zu einer Malariaerkrankung kommen. Diese sogenannte Flughafenmalaria tritt meistens in Form von Einzelfällen auf und ist insgesamt ein seltenes Ereignis. In Deutschland wurden zuletzt 2019 zwei Fälle bei Mitarbeitern des Flughafens Frankfurt berichtet.

Fallbeschreibung Die Universitätsklinik Frankfurt am Main meldete dem Robert Koch-Institut (RKI) und dem Gesundheitsamt Frankfurt am Main am 12. Juli 2022 erneut zwei Fälle von Malaria tropica bei Flughafenmitarbeitern ohne Reiseanamnese. Einer der beiden war als Busfahrer, der andere als Staplerfahrer beschäftigt. Daraufhin wurden die Beschäftigten am Flughafen Frankfurt International mittels Intranet über das Ereignis und das geringe Risiko einer Malaria informiert, auf das behandelnde Ärzte bei unklarem Fieber aufmerksam gemacht werden sollten. Des Weiteren wurde von Mitarbeitern des Gesundheitsamtes die Halle begangen, in der der Staplerfahrer beschäftigt war. Mögliche Mückenbrutstätten in Form stehenden Wassers fanden sich nicht. Weder einheimische noch tropische Anophelesmücken konnten in den unverzüglich in der Halle aufgestellten Mückenfallen gefangen werden. Auch ergaben sich durch Anfrage beim RKI keine Hinweise auf weitere Malariafälle von Personen ohne entsprechende Reiseanamnese mit Wohnsitz in der Nähe des Flughafens Frankfurt International. Der dritte Fall einer Malaria tropica betraf einen im Sicherheitsdienst am Frankfurter Flughafen Beschäftigten. Wie die beiden anderen beschriebenen Personen war er bereits Mitte Juli 2022 fieberhaft erkrankt. Er begab sich nach einem kurzen Aufenthalt in einem hessischen Krankenhaus zu Verwandten nach Niedersachsen und wurde dort mehrfach wegen rezidivierenden Fiebers, Anämie und Thrombocytopenie stationär behandelt, bevor Mitte September die Malaria diagnostiziert wurde.

Diskussion Fälle von Flughafenmalaria, bei denen in zeitlichem und räumlichem Zusammenhang zwei Personen durch identische Plasmodienstämme infiziert wurden, sind aus Frankfurt (Wieters, I.) und Brüssel (van Bortel, W.) bekannt. In der von uns beschriebenen Kasuistik sind drei am Flughafen Frankfurt International beschäftigte Personen mit nahezu zeitgleichem Erkrankungsbeginn betroffen, die in unterschiedlichen Bereichen arbeiten. Der Flugradius von Anophelesmücken kann mehrere Kilometer betragen, die Lebensdauer bis zu 20 Tage, so dass möglicherweise eine einzelne Mücke die drei Erkrankungen verursacht hat. Ob die Plasmodienstämme der drei Patienten identisch sind, soll eine Genomsequenzierung zeigen, deren Ergebnisse noch ausstehen. Der dritte Fall macht deutlich, dass die Flughafenmalaria als mögliche Fieberursache nicht konsequent in Betracht gezogen wird, zumal bei großem Abstand der Klinik von einem Flughafen mit Flugverbindungen in tropische Länder. Daher muss die Ärzteschaft immer wieder an diese seltene, aber wegen der lebensbedrohlichen Folgen wichtige Differenzialdiagnose erinnert werden. Mit diesem Ziel wurde in der Ärztezeitung vom 6.12.2019 über die zwei wenige Monate zuvor in Frankfurt am Main aufgetretenen Fälle von Flughafenmalaria berichtet, im Epidemiologischen Bulletin 32/2022 über die aktuellen Fälle. Eine weitere Veröffentlichung ist nach Abschluss der molekulargenetischen Untersuchungen geplant.

"Connect One Health Data for Integrated Disease Prevention" – Auswertungen von *Campylobacter* spp.-Daten aus Niedersachsen von Lebensmitteln, Tier und Mensch

Autorinnen/Autoren K. Hille¹, A. Schnepf², G. van Mark³, K. Remm³, K. Kunze³, M. Scharlach¹, K. Nordhoff³, R. Velleuer³, E. Haunhorst³, J. Dreesman¹, L. Kreienbrock²

Institute 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Hannover; 2 Institut für Biometrie, Epidemiologie und Informationsverarbeitung, WHO Collaborating Centre for Research and Training for Health at the Human-Animal-Environment Interface, Stiftung Tierärztliche Hochschule Hannover; 3 Niedersächsisches Landesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit, Hannover

DOI 10.1055/s-0043-1762827

Obwohl etwa 2/3 der Infektionskrankheiten beim Menschen durch zoonotische Erreger verursacht werden, ist die gemeinsame Routineüberwachung von Infektionsereignissen bei Menschen und Tieren weiterhin die Ausnahme. Im Rahmen einer Machbarkeitsstudie werden Daten aus verschiedenen Sektoren zu Nachweisen von *Campylobacter* spp. in Niedersachsen (2019-2020) gemeinsam ausgewertet. Ziel der Analysen ist es, Zusammenhänge zwischen den unterschiedlichen Daten zu prüfen und zu untersuchen, wie die gemeinsame Auswertung die Surveillance verbessern kann.

In die Analysen einbezogen wurden Daten von 625 *Campylobacter* spp. Isolaten aus Lebensmitteluntersuchungen aus dem Laborinformationsmanagementsystem des Niedersächsischen Landesamtes für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (LAVES). Daten zu 53 *Campylobacter* spp. Nachweisen aus klinischen Proben von Hunden und Katzen aus dem Tierseuchennachrichtensystem (TSN; bundesweiter Erfassung von anzeigepflichtigen Tierseuchen) sowie Daten von 9.117 humanen Meldefällen aus SurvNet am Niedersächsischen Landesgesundheitsamt (davon 418 ohne Angabe zu Genus oder Spezies). Die Analyse der Angaben zur nachgewiesenen Spezies zeigte, dass insgesamt rund 40% (3649/9.377) der Isolate nur bis zur Ebene des Genus (*Campylobacter* spp.) differenziert wurden (nach Datenquelle à LAVES: 67%; TSN: 53%; SurvNet: 35%). Von den weiter differenzierten Isolaten war über alle Datenquellen *C. jejuni* mit 85% (4.891/5.728) die am häufigsten nachgewiesene *Campylobacter* Spezies (nach Datenquelle à LAVES: 70%; TSN: 36%; SurvNet: 86%) und *C. coli* mit 12% (699/5.728) am zweithäufigsten. Bei den Isolaten von Haustieren war *C. upsaliensis* besonders häufig (15/25 differenzierten Isolaten), wohingegen diese Subspezies in Lebensmitteln und humanen Proben kaum nachgewiesen wurde. Parallelen konnten bei der zeitlichen Betrachtung des Auftretens humaner Meldefälle und der durchschnittlichen Tagestemperatur beobachtet werden, die als zusätzliche externe Datenquelle hinzugezogen wurde. Der Verlauf des Anteils der positiven Lebensmittelproben im Jahresverlauf war abhängig von der in die Analyse einbezogenen Probenarten.

Es wurden in den Daten der unterschiedlichen Sektoren, für die jeweils untersuchten Populationen spezifische *Campylobacter*-Spezies dokumentiert. Der Nachweis bestimmter *Campylobacter* Spezies kann somit Hinweise auf die Infektionsursache liefern. Der Vergleich der zeitlichen Trends deutet auf Zusammenhänge hin.

Eine tiefere gemeinsame Analyse wird derzeit durch die häufig nicht ausreichende Speziesdifferenzierung sowie durch den eingeschränkten Zugang zu räumlichen Informationen für die Isolate der Lebensmittelüberwachung, aufgrund der datenschutzrechtlichen Bewertung, erschwert. Für eine zielführendere Auswertung sind auf der Ebene der Datenerfassung, -erzeugung und -nutzung diverse Anpassungen erforderlich. Es kann dennoch abgeleitet werden, dass sich aus der gemeinsamen Analyse von *Campylobacter*-Daten aus verschiedenen Sektoren Erkenntnisse für die Prävention humaner Infektionen gewinnen lassen und diese übergreifenden Analysen stärker betrachtet werden sollten.

Workshops als Plattform zur Entwicklung bedarfsge rechter Handlungsempfehlungen und deren Translation in den Öffentlichen Gesundheitsdienst am Beispiel nagetierübertragener Krankheiten

Autorinnen/Autoren C. Klier¹, S. Schmitz¹, C. Princk¹, J. Dreesman¹

Institut 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Abteilung Infektionsschutz, Hannover

DOI 10.1055/s-0043-1762828

Hintergrund Zoonosen sind weltweit auf dem Vormarsch. Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) steht vor der Herausforderung, Risiken frühzeitig zu identifizieren und zu handeln. Dabei können Risikomanagementpläne mit Materialien und Strategien zur Risikoidentifizierung und -kommunikation unterstützen. Der interdisziplinäre RoBoPub Forschungsverbund erforscht Hantaviren und Leptospiren. Damit die im RoBoPub gewonnenen Forschungserkenntnisse im Risikomanagement des ÖGD Anwendung finden können wurden dessen Bedarfe und Anforderungen erhoben.

Methoden Im Rahmen der Jahreskongresse des Bundesverbandes der Ärzt:innen des ÖGD in 2018, 2019 und 2022 führte RoBoPub mit Akteuren des ÖGD drei Präsenzworkshops im World-Café Format durch. Der erste Workshop befasste sich mit Problemen, Zielen, Lösungen und Anforderungen an die Forschungsverbände bezüglich der beruflichen und privaten Exposition gegenüber nagetierübertragenen Infektionen, sowie dem Einsatz von Risikokarten. Schwerpunkt des zweiten und dritten Workshops waren Risikokommunikationsstrategien anhand von Ausbruchsszenarien oder Szenarien mit neu identifizierten Risikogebieten. Der dritte Workshop wurde gemeinsam mit den Verbänden ZooBoCo, TBENager und Q-Gaps durchgeführt. Die gewonnenen Erkenntnisse wurden in einem Risikomanagementplan zusammengeführt.

Ergebnisse An den drei Workshops nahmen durchschnittlich 23 Teilnehmer:innen, überwiegend aus lokalen Gesundheitsämtern, teil. Die Teilnehmer:innen erwarteten praxisbezogene und zielgruppenspezifische Materialien für die Risikokommunikation. In ihrer Erfahrung ist der direkte Kontakt zu Betroffenen in der Risikokommunikation essentiell. Soziale Medien können traditionelle Medien bei der Kontaktaufnahme vor allem zu schwer erreichbaren Zielgruppen ergänzen. Ihr Einsatz sollte jedoch vorab sorgfältig abgewogen und geplant werden. Unabhängig von dem gewählten Medium sollten die gleichen Inhalte kommuniziert werden. Basierend auf den Workshop-Ergebnissen wurden Materialien für Ausbruchsuntersuchungen und Risikokommunikation, sowie ein Frühwarnsystem für humane Puumala-Hantavirus-Infektionen in einem Risikomanagementplan für den ÖGD zusammengestellt. Die Struktur orientiert sich an realistischen Ausbruchsszenarien mit beiden Erregern.

Schlussfolgerung Wir beschreiben ein erfolgreiches Beispiel der Einbindung des ÖGD in die wissenschaftliche Arbeit der Forschungsverbände. Durch die gemeinsame Durchführung der Workshops konnten die Bedürfnisse des ÖGD frühzeitig in die Projektarbeit einbezogen werden. Der entwickelte Risikomanagementplan bündelt leicht anpassbare Materialien und Kontaktübersichten. Somit stehen dem ÖGD in Ausbruchs- bzw. Risikosituationen bedarfsorientierte Materialien für die zeitnahe Risikokommunikation bzw. dem Risikomanagement zur Verfügung.

Zukunft der Prävention und Gesundheitsförderung

11:00 – 12:30 | Fachtagungsraum 0.214

Bewegungsförderung neu denken – vernetztes Handeln in der Kommune

Autorinnen/Autoren P. Looks, F. Bauer

Institut Landeshauptstadt Dresden, Amt für Gesundheit und Prävention, Dresden

DOI 10.1055/s-0043-1762829

Hintergrund Ein langjähriger Schwerpunkt der Arbeit der Landeshauptstadt Dresden als Mitglied im Europäischen Netzwerk »Gesunde Städte« der Weltgesundheitsorganisation ist die Förderung der körperlichen Aktivität. Bewegungsförderung mit dem Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, benötigt unter Beachtung der Gesundheitsdeterminanten ein vernetztes Handeln. Im Sinne des Health in All Policies-Ansatzes, ist Bewegungsförderung nicht nur Aufgabe der Gesundheitsämter resp. Sportämter, sondern bedarf eines intersektoralen Zusammenspiels verschiedener Maßnahmen. Während Ansätze der Bewegungsförderung in den Settings Kita und Schule sowie auch in der stationären Altenpflege immer mehr Anwendung finden, sind Ansätze in der Lebenswelt „Kommune“ bislang wenig zu finden, die sowohl die Verhaltens-, aber auch die Verhältnisebene einbeziehen.

Vorgehen Das Amt für Gesundheit und Prävention der LH Dresden hat eine Reihe von Maßnahmen initiiert, die beide Handlungsebenen berücksichtigen und eine Grundlage für eine gesamtstädtische Strategie zur Bewegungsförderung bilden. Im Vordergrund des Handelns stand das Ziel, Ansätze für die breite Bevölkerung zu entwickeln. Wenngleich auch vulnerable Gruppen, die aufgrund von Alter oder auch Sozialstatus, insbesondere in den Blick genommen werden. Insbesondere deren Bedarfe und Interessen sollten Berücksichtigung in den Handlungszielen finden, um gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen.

Ergebnisse In der Arbeit der letzten 10 Jahre wurden eine Reihe von Maßnahmen etabliert, die die Zielgruppen befähigen sollen, Bewegung und aktive Mobilität im Alltag zu steigern. Diese setzen vorrangig am Verhalten an. Dies waren in der Regel leicht zu etablierende Maßnahmen für das Amt für Gesundheit und Prävention. Eine Herausforderung stellt allerdings, die Gestaltung der Bedingungen für eine gesundheitsförderliche resp. bewegungsförderliche Lebenswelt im Setting Kommune dar. Dies bedarf einer (Neu)ausrichtung des ÖGD, hin zu einer verhältnisorientierten Gesundheitsförderung. Denn nur die Kombination aus verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen, kann erfolgversprechend sein. Zur Umsetzung des Health in All Policies-Ansatzes ist es erforderlich, dass der ÖGD hier eine aktive Rolle mit seiner Expertise einnimmt. Über die aktive Beteiligung der Mitarbeiter:innen bei der Erstellung der intersektoralen Fachpläne (z. B. Fußverkehrskonzept) konnte erreicht werden, dass das Querschnittsthema „Gesundheit“ stärker in den Blick stadtplanerischer Ansätze rückt.

In dem Beitrag sollen schlaglichtartig die verschiedenen Maßnahmen der Bewegungsförderung von saisonalen wiederkehrenden Angeboten, über Etablierung unterschiedlicher Bewegungspfade bis hin zu einer Multimobil-Kampagne vorgestellt werden. Zudem wird die Einbindung des Amtes für Gesundheit und Prävention in stadtweite Fachpläne geschildert.

Fazit Erfolgreiche Bewegungs- und schließlich auch Gesundheitsförderung kann nur durch ein intersektorales Handeln erreicht werden, welches sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen vereint. Erforderlich sind hierfür kommunale Strukturen, die dieses Handeln ermöglichen. Die Umsetzung der Maßnahmen sind positiv zu beurteilen, was sowohl die Resonanz der verhaltensorientierten Bewegungsangebote als auch die Einbindung des ÖGD in intersektorale Fachplanungen anbelangt.

Das Projekt „KitaGesund“ am Standort Dresden – Datenbasierte Interventionen im Kitaalter

Autorinnen/Autoren S. Pohl¹, A. Schmidt¹, N. Schmitt², J. Butler³, M. Girbig³, C. Scheffer³, A. Seidler³

Institute 1 Amt für Gesundheit und Prävention, Abt. Grundsatz und Verwaltung, Landeshauptstadt Dresden, Dresden; 2 Amt für Gesundheit und Prävention, Abt. Kinder- und Jugendgesundheit, Landeshauptstadt Dresden, Dresden; 3 Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Medizinische Fakultät, Technische Universität Dresden, Dresden
DOI 10.1055/s-0043-1762830

Hintergrund Bereits im frühen Kindesalter bilden sich Verhaltensweisen und Lebensstile mit Bedeutung für die Gesundheit heraus. Im Rahmen des ÖGD

werden Kinder an wichtigen Stellen ihrer Entwicklung untersucht. So finden im ÖGD Sachsen in jedem Jahr eine freiwillige Kita-Untersuchung zwei Jahre vor der Einschulung und die gesetzlich verpflichtende Schulaufnahmeuntersuchung statt. Diese Daten zum Entwicklungsstand zur Sprach- und motorischen Entwicklung anhand von standardisierten Screeningverfahren wurden jedoch bisher nicht longitudinal ausgewertet. Um Präventionsmaßnahmen im Kindergarten besser an Problemlagen und Zielgruppen ausrichten zu können, werden zudem weitere belastbare Daten zur Gesundheit der Kinder und zu sozialen Hintergründen der Familien benötigt. Das vom BMBF geförderte Projekt setzt unter Federführung der TU Dresden, in Zusammenarbeit mit mehreren Gesundheitsämtern der Berliner Bezirke und der Landeshauptstädte Potsdam und Dresden an dieser Stelle an.

Methode Am – hier im Fokus stehenden – Studienstandort Dresden, erfolgt eine längsschnittliche Verknüpfung digital vorliegender ÖGD-Routinedaten des Kindesalters. Diese Verknüpfung wird durch eine Elternbefragung zur Schulaufnahmeuntersuchung ergänzt, welche soziodemografische Daten, den Gesundheitsstatus, Ernährungs- und Bewegungsverhalten, sprachliche, emotionale und soziale Entwicklung der Kinder, Präventionsangebote und deren Nutzung sowie Präventionsbedarfe erhebt. Am Studienstandort Dresden werden zudem auf Grundlage der Analyseergebnisse präventive Ansatzpunkte, spezifische Zielgruppen sowie Vorschläge für konkrete Präventionsmaßnahmen mit den Themenschwerpunkten Ernährung, Bewegung, Sprache und Verhalten sowie individualpräventive Maßnahmen abgeleitet. Diese werden im Rahmen einer Interventionsstudie (Pilotstudie) in der Lebenswelt „Kita“ für identifizierte Risikogruppen weiterentwickelt und evaluiert.

Ziele/Ergebnisse Indem konkrete Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung durch das Vorliegen belastbarer Daten entwickelt und in dem benannten Setting etabliert werden, kommt das Projekt vor allem der Gesundheit von Kindern (besonders sozial benachteiligter Kinder) zugute. Zudem soll die Datenlage wie auch die Möglichkeiten für qualitativ hochwertige Auswertungen des ÖGD verbessert werden. Erste Ergebnisse aus der Datenverknüpfung sowie der Elternbefragung des Standorts Dresden werden auf dem Kongress präsentiert.

Fazit Es ist davon auszugehen, dass durch die longitudinale Verknüpfung der digitalisierten Daten in Kombination mit der Befragung der Gesundheitszustand und –verhalten der Kinder differenzierter abgebildet und darauf aufbauend qualifizierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung entwickelt und etabliert werden können. Darüber hinaus bietet das Projekt die Möglichkeit, die Datenerhebung und –verwendung des ÖGD im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit stetig zu verbessern.

Multiprofessionelle Gesundheitszentren – Versorgungsmodell der Zukunft unter Beteiligung des ÖGD

Autorinnen/Autoren S. Pruski¹, T. Zimmermann², E. Forman¹, B. Spalink³, M. Schmidtke⁴

Institute 1 Freie und Hansestadt Hamburg, Bezirksamt Altona, Fachamt Gesundheit, Hamburg; 2 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Hamburg; 3 AWO Landesverband Hamburg e.V., Hamburg; 4 StädteRegion Aachen A 53 Gesundheitsamt, Gesundheitskiosk, Aachen
DOI 10.1055/s-0043-1762831

Die ambulante gesundheitliche Versorgung steht angesichts demographischer und gesellschaftspolitischer Dynamiken und Herausforderungen (Alterung der Gesellschaft, Nachwuchskräftemangel, vermehrte Teilzeitquote, Work-Life-Balance) vor der Notwendigkeit, sich neu zu orientieren.

In den Bundesländern Hamburg, Berlin, Bremen und Baden-Württemberg sind Förderprogramme für multi- bzw. interprofessionelle Gesundheitszentren in strukturschwachen Gegenden gestartet worden. Darüber hinaus fördert die Robert Bosch Stiftung seit 2018 sog. PORT-Zentren, die einen ähnlichen Ansatz verfolgen. Das Konzept „Gesundheitskiosk“ als präventiv wirksame und

gesundheitsförderliche Einrichtung hat es in den Koalitionsvertrag geschafft und soll bundesweit ausgerollt werden.

Für den ÖGD stellen die neuen Versorgungsmodelle eine Chance dar, denn der ÖGD kann eine aktive handelnde Rolle in der Konzeption, dem Aufbau und der Umsetzung dieser Versorgungsmodelle einnehmen. Durch die Vernetzung in der Verwaltung ist der ÖGD in der Lage, kommunale Ressourcen anzufragen und einzubinden. Dazu kann der ÖGD das gesammelte Wissen der Gesundheitsberichterstattung einsetzen, die Versorgungsbedarfe in der Bevölkerung einzuschätzen und Angebote zu entwickeln, die spezifischen Zielgruppen gerecht werden.

Die Kommune erhält auf diese Weise auch die Möglichkeit, die Ziele einer solchen kollaborativen Einrichtung mitzubestimmen, die Angebote zu steuern und deren Erfolg zu evaluieren. So beteiligt sich die Städteregion Aachen am Aufbau eines lokalen Gesundheitskiosks, der gleichwohl mittels eines mobilen aufsuchenden Angebotes in die regionale Fläche hineinwirkt. In Hamburg fördert die Sozialbehörde sechs lokale Gesundheitszentren, von denen zwei mit maßgeblicher Unterstützung des ÖGD einen Förderantrag gestellt haben. Kollaborative, interprofessionelle Versorgungsmodelle – unter Beteiligung oder auch Federführung des ÖGD – können den Weg weisen in eine neue, aktiv gestaltende, gesundheitsförderliche Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Jenaer Modellprojekt zur Stärkung der Gesundheitskompetenz durch digitale Gesundheitskommunikation

Autorinnen/Autoren F. Alff¹, A. Pietsch², M. Kappelt³

Institute 1 Stadtverwaltung Jena, Fachdienst Gesundheit, Stabsstelle Gesundheitsförderung, Jena; 2 Stadtverwaltung Jena, Fachdienst Gesundheit, Digitalisierungsbeauftragter, Jena; 3 Stadtverwaltung Jena, Fachdienst Gesundheit, Team Verwaltung, Jena

DOI 10.1055/s-0043-1762832

Die immense Bedeutung eines leistungsfähigen ÖGD zeigte sich im Zuge der Covid 19-Pandemie deutlich. Ebenso deutlich traten jedoch auch strukturelle Schwächen zutage. Der ÖGD muss mit seiner Aufgabenvielfalt insbesondere in den Bereichen der Planung, Koordination, Kommunikation und Information gestärkt werden. Im Beitrag wird die Nutzung des ÖGD-Paktes zur Stärkung dieser originären Kernaufgaben in Jena dargestellt. Mit dem Pakt sollen die Gesundheitsämter bis 2026 personell gestärkt und digitale Verbesserungen auf den Weg gebracht werden. Dafür wurde in Jena eine neue Stabsstelle eingerichtet, welche die Aufgaben der kommunalen Gesundheitsberichterstattung, strategischen Gesundheitsplanung und Gesundheitsförderung bündelt. Im Rahmen eines Modellvorhabens sollen die Potenziale der Digitalisierung für die Gesundheitsförderung erprobt werden. Mithilfe digitaler Medientechnologien wird das Handlungsfeld Gesundheitskommunikation aufgebaut. Die Verbesserung der Gesundheitskompetenz stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die einer systematischen Vorgehensweise bedarf. Als Gesundheitskompetenz werden die Fähigkeiten bezeichnet, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und für gesundheitsbezogene Entscheidungen anzuwenden. Das Ausmaß von Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung ist auch abhängig von der fachlichen Qualität und Verfügbarkeit der bereitgestellten Informationen. Das Jenaer Gesundheitsamt wird daher mit dem nötigen digitalen Handwerkszeug ausgestattet, um Bürger:innen zu erreichen. Denn Gesundheitskommunikation muss lokal und zielgruppenspezifisch sein. Die Projektlaufzeit beträgt 2 Jahre (Förderzeitraum: 01.10.22-30.09.24). Einmal jährlich wird eine Reifegradmessung durchgeführt, um den Projektfortschritt zu dokumentieren. Konkret wird ein Medienraum mit digitalen Technologien und Tools für Video, Podcasts und mehr ausgestattet. Eine Personalstelle aus dem Bereich der angewandten Medien-/Kommunikationswissenschaften wird eingerichtet. Folgende Aufgabenbereiche sollen u.a. übernommen werden: Konzeption von Informations- und Qualifizierungsangeboten, multimedialer Aufbereitung von Gesundheitsinformationen und der kommunalen Angebotslandschaft/ Versorgungsstrukturen, Entwicklung digitale ziel-

gruppenspezifischer Interventionen, Erschließung von Social Media und weiterer digitaler Tools für die Arbeit im Gesundheitsamt. Selten war Gesundheitskommunikation so präsent und Krisenkommunikation so entscheidend wie in dieser Zeit. Wie vermittelt man Dringlichkeit, ohne Angst auszulösen? Wie veranschaulicht man nicht-sichtbare oder langfristige Prozesse (z.B. Klimawandel)? Wie muss das Wissen um Gesundheit vermittelt werden, um einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu befördern? Antworten darauf sammeln wir mit dem Modellprojekt.

Weitere wichtige Aufgaben des ÖGD: Was der amtsärztliche Dienst auch noch kann

11:00 – 12:30 | Tagungsraum

Bedarfsorientierte Unterstützung und Qualifizierung für digitale Transformationsprozesse im Öffentlichen Gesundheitsdienst (BUDDI)

Autorinnen/Autoren A. Hinsche-Böckenholt, M.S. Roppel, M. Schöning, S. Lisak-Wahl, F. Naundorf, D. Starke
Institut Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Düsseldorf

DOI 10.1055/s-0043-1762833

Parallel zur gesamten Öffentlichen Verwaltung durchläuft der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) einen umfassenden Prozess der digitalen Transformation. Das Vorhaben „Bedarfsorientierte Unterstützung und Qualifizierung für digitale Transformationsprozesse im Öffentlichen Gesundheitsdienst“ (BUDDI) unterstützt diese Entwicklung auf der Ebene der strukturellen Rahmenbedingungen, der Organisations- und der Mitarbeiter:innenebene (Makro-, Meso- und Mikroebene, s. Abbildung).

BUDDI umfasst drei Teilprojekte: Das bestehende „Projektbüro Digitale Tools“ (PDT), das die Bewertung digitaler Anwendungen hinsichtlich ihrer ÖGD-Eignung koordiniert, wird wissenschaftlich weiterentwickelt. Um die Unterstützung von digitalen Transformationsprozessen bei Anwender:innen und Administrator:innen zu intensivieren, ist es das Ziel von Teilprojekt 2 „Digitale Kompetenzen“, ein umfassendes Bildungsangebot wissenschaftlich zu evaluieren und nachhaltig zu institutionalisieren. Teilprojekt 3 umfasst den Aufbau der „Johann Peter Frank-Bibliothek“ (JPF), die in Verbindung mit der „ÖGD News-App“ als zentrale digitale Informations- und Wissensplattform für den ÖGD fungieren wird.

Durch Zusammenführung der Datenerhebungsmomente erfolgen im ersten Projektjahr bis zum Zeitpunkt des Kongresses 2023 systematische Mappings von digitalen Tools und deren Bewertungskriterien (PDT) sowie von digitalen Kompetenzbedarfen (Digitale Kompetenzen) und cloudbasierten Bibliotheksmanagementsystemen (JPF-Bibliothek).

Zusammenfassend soll durch das Gesamtprojekt BUDDI die digitale Reife für den digitalen Transformationsprozess innerhalb des ÖGD gesteigert werden. Am Ende des Teilprojektes PDT (1) wird eine umfassende, am Bedarf des ÖGD orientierte und qualitätsgesicherte Liste digitaler Anwendungen für die Gesundheitsämter vorhanden sein. Darüber hinaus wird ein wissenschaftlich fundierter Bewertungsprozess zur Verfügung stehen, um bedarfsorientierte Beurteilungen digitaler Tools vornehmen zu können. Als Ergebnis des Teilprojektes Digitale Kompetenzen (2) wird ein qualitätsgesichertes und evidenzbasiertes Bildungsangebot zu digitalen Kompetenzen für Anwender:innen und Administrator:innen im ÖGD vorliegen. Zum Abschluss des Teilprojektes 3 wird mit der digitalen JPF-Bibliothek samt angeschlossener ÖGD News-App ein zentrales virtuelles Portal für ÖGD-spezifische Medien und Informationsquellen zur Verfügung stehen.

Eine Gewaltschutzambulanz im ÖGD: Evaluation der Schutzambulanz Fulda nach 12-jährigem Bestehen – ein Konzept zur flächendeckenden forensischen Versorgung?

Autorinnen/Autoren T. Klodt¹, J. Adam², S. Jahn¹, A.-L. Völker², H. Siebert², D. Hofmann¹, D. Breitmeier¹, H.A. Grewe²

Institute 1 Kreisgesundheitsamt Fulda; 2 Hochschule Fulda, Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Fulda

DOI 10.1055/s-0043-1762834

Hintergrund Klinisch-forensische Gewaltschutzambulanzen stellen ein Angebot für von interpersoneller Gewalt betroffene Menschen zur gerichtsverwertbaren (Foto-)Dokumentation körperlicher Gewaltfolgen dar. Sie sind in Deutschland üblicherweise an universitären Instituten für Rechtsmedizin angesiedelt. Aufgrund der räumlichen Distanz der Region Ostthessen zu den nächstgelegenen rechtsmedizinischen Instituten in Frankfurt am Main und Gießen wurde 2009 die Schutzambulanz Fulda als Modellprojekt ins Leben gerufen. Angesiedelt im amtsärztlichen Dienst des Kreisgesundheitsamtes Fulda, ist sie bis heute die einzige Einrichtung dieser Art in Trägerschaft des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Neben der Anfertigung von Dokumentationen und Asservierung von Beweismaterial werden Gewaltopfern Entlastungsgespräche und eine bedarfsgerechte Vermittlung an die medizinische Gesundheitsversorgung sowie an weitere Beratungs- und Hilfeeinrichtungen angeboten. Darüber hinaus informiert und berät die Schutzambulanz Fulda interessierte Personen bei Fragen rund um das Thema Gewalt. Durch eine Kooperation mit dem Institut für Rechtsmedizin der Universitätskliniken Gießen und Marburg besteht die Möglichkeit konsiliarischer Begutachtungen von Fotodokumentationen.

Material und Methodik Sämtliche Fälle der Schutzambulanz Fulda im Zeitraum 2010 bis 2021 wurden retrospektiv statistisch ausgewertet.

Ergebnisse Gut ein Drittel aller Fälle der Schutzambulanz umfasste eine Fotodokumentation. Die Mehrzahl der sich an die Schutzambulanz wendenden gewaltbetroffenen Personen war weiblich. In knapp der Hälfte der Fälle erfolgte die Kontaktaufnahme dabei durch die Betroffenen selbst, in den übrigen Fällen durch andere Personen wie Angehörige oder Mitarbeitende von Netzwerkpartnern der Schutzambulanz. Etwa zwei Drittel aller angefertigten Fotodokumentationen wurden im Verlauf bislang an die jeweilige gewaltbetroffene Person oder mit deren Einverständnis an andere Personen oder Institutionen weitergegeben.

Schlussfolgerungen Die Erfahrungen der Schutzambulanz Fulda zeigen, dass Etablierung und Betrieb einer Gewaltschutzambulanz an einem Gesundheitsamt in Kooperation mit einem rechtsmedizinischen Institut möglich sind und dass das entsprechende Dokumentations- und Beratungsangebot gleichzeitig von Gewaltopfern aus der Region angenommen wird. Damit kann der ÖGD insbesondere in ländlich-geprägten Regionen strukturelle Defizite der klinisch-forensischen Versorgung unterstützend ausgleichen und einen Beitrag zur flächendeckenden Umsetzung der Istanbul-Konvention in Deutschland leisten.

Schlüsselwörter Interpersonelle Gewalt, Gewaltprävention, Gewaltschutzambulanz, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Rechtsmedizin, Istanbul-Konvention

Quo vadis Medizinalaufsicht? – Die Überwachung unerlaubter Heilkundeausübung als ein Kernelement des Gesundheitsschutzes

Autorinnen/Autoren F. Bauer¹

Institut 1 Landeshauptstadt Dresden, Amt für Gesundheit und Prävention, Amtsleitung, Dresden

DOI 10.1055/s-0043-1762835

Hintergrund Bedingt durch die Regelung in den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder kommt dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eine besondere Ver-

antwortung im Gesundheitsschutz der Bevölkerung zu. Ein Fokus liegt hierbei auf der Überwachung der sogenannten unerlaubten Heilkundeausübung. So heißt es beispielsweise im sächsischen Landesrecht: „Die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes achten ferner darauf, dass niemand unerlaubt die Heilkunde ausübt.“¹ Für die Bevölkerung hat diese vermeintlich kurz gefasste Aufgabe eine große Bedeutung, wird damit doch unterstrichen, dass Gesundheitsschutz auch Verbraucherschutz ist. Letztlich besteht die gesetzgeberische Intention darin, einerseits die etablierten Berufsstände andererseits aber auch die Bevölkerung vor unqualifizierter medizinischer Behandlung in einer zunehmend pluralen Angebotspalette zu schützen. Die Gesundheitsämter als zuständige Behörden vor Ort sehen sich hier oftmals personellen und fachlichen Herausforderungen gegenüber. So erfolgen zwar Registrierungen niedergelassener tätiger Personen, jedoch selten inhaltliche Auseinandersetzungen mit dem angebotenen Behandlungsspektrum. Den Gesundheitsämtern kommt die Rolle zu, im engeren Sinne gesundheitspolizeilich aktiv zu werden, gibt die Tätigkeit Anlass zum Verdacht der unerlaubten Heilkundeausübung.

Ziele Der Beitrag informiert über die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich der Medizinalaufsicht als ein originäres Tätigkeitsfeld und geht dabei auf die folgenden Punkte explizit ein:

1. Herleitung der Zuständigkeit und Handlungsschwerpunkte im Bereich der Medizinalaufsicht,
2. Beschreibung des Begriffs der „unerlaubten Heilkundeausübung“ und Rückschluss auf die Anforderungen an einen die Verbraucher schützenden Öffentlichen Gesundheitsdienst,
3. Ableitung von möglichen Handlungserfordernissen zur Etablierung notwendiger Strukturen zur Aufgabenwahrnehmung im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Methode Deskriptive Betrachtung der einschlägigen Literatur nebst Rechtsprechung zum Begriff der „unerlaubten Heilkundeausübung“ und Einordnung in die Systematik der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Transfer des Begriffs und dessen Ausprägungen auf praxisrelevante Beispiele aus dem Amt für Gesundheit und Prävention Dresden sowie Ableitung von Interventionsbedarfen auf struktureller und personeller Ebene.

Ergebnisse Die Ausübung der Medizinalaufsicht ist eine originäre Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und dem Konstrukt der amtsärztlichen Tätigkeit mit gesundheitspolizeilichem Aufgabeninhalt innewohnend. Sie ist mehr als die Entgegennahme von Anmeldungen niedergelassener Strukturen. Die Anwendung sowie die Auslegung des Begriffs der „unerlaubten Heilkundeausübung“ muss daher in den Gesundheitsämtern als lokale Behörden anwendungsbereit verankert sein. Es ist anzunehmen, dass die Ausübung der Medizinalaufsicht unter dem Aspekt der wachsenden Aufgabenfülle in den Hintergrund rückt. Gleichwohl zeigen praktische Beispiele, dass eine Intervention seitens der Gesundheitsämter als Experten vor Ort unerlässlich ist und dem Schutz der Bevölkerung vor medizinischen Anwendungen außerhalb gegebener Expertise der behandelnden Person dient. Die Gesundheitsämter müssen diesem Tätigkeitsfeld daher eine besondere Bedeutung beimessen und die Ressourcen darauf ausrichten, auch proaktiv in die Sachverhaltsaufklärung und -lösung einzutreten.

Diskussion Der adäquaten Aufgabenwahrnehmung im Bereich der Medizinalaufsicht kommt eine hohe gesellschaftliche Relevanz zu, die insbesondere durch die zunehmende Pluralität von Behandlungsspektren und behandelnden Personen an Bedeutung gewinnt. Es ist nach Ansicht des Autors daher zu diskutieren, wie die verstärkte Aufgabenwahrnehmung im Bereich der Medizinalaufsicht zu erreichen und gleichzeitig ein Netzwerk verschiedener Professionen und Zuständigkeiten dazu beitragen können, die Gesundheit der Bevölkerung zu befördern.

¹vgl. <https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/3348-SaechsGDG#p10>, letzter Zugriff: 25.10.2022

Sprechstunde für Schwangere ohne Zugang zur Regelversorgung – ein zunehmendes Problem?

Autorinnen/Autoren A.J. Gläser-Zorn, I. Mach-Völker

Institut Gesundheitsamt der Stadt Köln, Abteilung Gesundheitshilfen, Köln
DOI 10.1055/s-0043-1762836

Seit etwa 1993 gibt es am Gesundheitsamt der Stadt Köln eine Sprechstunde für schwangere Frauen mit fehlender oder nicht ausreichender Krankenversicherung.

In dieser Sprechstunde werden die Frauen analog zu den deutschen Mutterchaftsrichtlinien versorgt. Dazu gehören die notwendigen serologischen Untersuchungen, Ultraschall- und gynäkologische Untersuchungen, sowie die Nachuntersuchung nach Geburt.

Die medizinische Versorgung dieser Schwangeren stellt in vielerlei Hinsicht eine besondere Herausforderung dar. Es handelt sich häufig um Risikoschwangerschaften mit erhöhtem Betreuungsbedarf, die Patientinnen leben in prekären Lebenssituationen, viele Patientinnen sind auf Grund ihrer Biographien traumatisiert.

Die Flüchtlingskrise 2015, die Coronapandemie und der Ukrainekrieg haben zu einer Verschärfung der Situation geführt. Wir beobachten nicht nur einen zunehmenden Zulauf in der Sprechstunde, sondern auch eine zunehmende Komplexität der Fälle. Dies betrifft vor allem die sozialen Faktoren.

Gleichzeitig stellt die weitere Versorgung bei notwendiger Mitbehandlung durch externe Fachärzt*innen durch die zunehmende Anzahl eine besondere Aufgabe dar.

Die Zahlen der medizinischen Sprechstunde für Schwangere ohne Zugang zur Regelversorgung am Gesundheitsamt der Stadt Köln zeigen, dass die Versorgung von Schwangeren ohne Zugang zur Regelversorgung ein zunehmendes Problem darstellt.

Eine Präsentation zur Veränderung der Herkunftsländer und der Fallzahlen insgesamt.

Prävention psychischer Störungen – was können Sozialpsychiatrische Dienste leisten?

11:00 – 12:30 | Tagungsraum 2

Kinder aus psychisch und suchtblasteten Familien – Stärkung der seelischen Gesundheit im Grundschulalter – Vorstellung des Projektes "Heldenherzen" Kreis Segeberg

Autorinnen/Autoren S. Hakimpour-Zern, J. Kokot, S. Weiss

Institut Fachdienst Sozialpsychiatrie und Gesundheitsförderung Kreis Segeberg, Bad Segeberg

DOI 10.1055/s-0043-1762837

In Deutschland leben ca. 3,8 Millionen Kinder und Jugendliche mit einem psychisch erkrankten Elternteil zusammen. Dazu zählen auch Kinder von Eltern mit einer Suchterkrankung.

Nach internationalen Studien entwickeln zwischen 41 und 77 % der Kinder psychisch erkrankter Eltern im Verlauf ihres Lebens psychische Störungen. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist ihr Risiko, psychisch zu erkranken, bis zu achtfach erhöht. Etwa die Hälfte der Kinder in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung hat einen Elternteil mit einer schweren psychischen Erkrankung“ (Lenz, 2017). Teilweise bestehen für betroffene Kinder zudem biologische Risiken wie genetisch bedingte Vulnerabilitäten, gelegentlich Schädigungen durch Suchtmittelgebrauch in der Schwangerschaft und Frühgeburtlichkeit (Wiegand-Grefe et al., 2011).

Eine Belastung, die besonders typisch bei dem Vorliegen von psychischen Erkrankungen in Familien ist, stellt die Tabuisierung der Problematik dar. Das Tabu kann in den Kindern ein Ohnmachtserleben und Schamgefühl auslösen. Im Kontakt mit dem sozialen Umfeld können sich negative Selbst- und Familienbilder manifestieren. Dies versperrt den Weg zu wichtigen Hilfsmöglichkeiten und verstärkt die Isolation und Überforderung mit dem familiären Geschehen. Hinzu kommt nicht selten das Gefühl, Schuld an der Erkrankung des Elternteils sein zu können und/ oder sich für das Elternteil und die Familie verantwortlich zu fühlen.

So früh wie möglich bedarf es einer Unterstützung durch eine verlässliche, vertrauenswürdige und stützende Bezugsperson im Lebensumfeld der Kinder. Erfolgt diese Unterstützung nicht durch ein erwachsenes Familienmitglied, kann stattdessen bzw. ergänzend die Lebenswelt Schule ein stützender Pfeiler sein. Hierzu dient u. a. das vom GKV-6-Bündnis im Kreis Segeberg geförderte Projekt Heldenherzen. Das Projekt gliedert sich in 3 Module: dem Modul Grundschule, Modul Schnittstellenmanagement und dem Modul Entstigmatisierung. Das Modul Grundschule soll die seelische Gesundheit von Kindern im Grundschulalter stärken, u. a. durch ein Nachmittags-Gruppenangebot für betroffene Kinder. Es wird die individuelle Resilienz gefördert durch das Verstehen der familiären Problematik, das Gefühl von Zugehörigkeit innerhalb der Gruppe, die Stärkung des Selbstwertes sowie das Erkennen, Verbalisieren und Bewältigen von Gefühlen. Darüber hinaus findet durch gemeinschaftsfördernde Schultage innerhalb der Klassenverbände eine Entstigmatisierung des Themas seelische Erkrankung statt.

Derzeit nehmen 12 Grundschulen im Kreis Segeberg an Heldenherzen teil. Das Projekt wird vom IFT München evaluiert. An einer Versteigerung über die Projektzeit hinaus wird in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt gearbeitet.

TipiNetz – Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern

Autorinnen/Autoren C. Müller-Menzel, A. Süphke

Institut Kreis Ostholstein, Sozialpsychiatrischer Dienst, Eutin

DOI 10.1055/s-0043-1762838

Im Jahr 2017 hat der Bundestag die Bundesregierung aufgefordert, sich mit der Thematik Kinder und Jugendliche in Familien mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil, intensiv zu befassen. Daraufhin wurde eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe aus anerkannten Fachleuten aus unterschiedlichen Berufsfeldern gebildet. Somit sind in den vergangenen Jahren die Lebensbedingungen und die besonderen Herausforderungen von Kindern und Jugendlichen aus psychisch belasteten Familien immer mehr in den Fokus der Politik und der Öffentlichkeit geraten.

Das Gesundheitsamt des Kreises Ostholstein hat vor vielen Jahren bereits diese Thematik in den Fokus genommen, den Handlungs- und Unterstützungsbedarf gesehen und 2012 „TipiNetz“ ins Leben gerufen. „TipiNetz“ ist eine Initiative des Kreises Ostholstein, angesiedelt im Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes, in Kooperation mit Institutionen der Suchthilfe und der Sozialpsychiatrie. Ziel der Zusammenarbeit ist seit Beginn und bis heute bestehend, notwendige Hilfen für Familien mit psychischer Erkrankung, zu der auch die Suchterkrankung zählt, zu entwickeln, zu koordinieren, zu vernetzen und so Kindern und Jugendlichen und deren Familien zu helfen. „TipiNetz“ hat sich dazu entschieden, mit den geringen finanziellen Mitteln, Empowerment für die Berufsgruppen zu betreiben, die mit den Kindern und Jugendlichen zu tun haben und häufig eine Vertrauensperson für sie sind, um in dem Flächenkreis Ostholstein mehr für die Kinder und Jugendlichen zu erreichen, als selber spezifische Angebote für die Zielgruppe vorzuhalten. Vielmehr beinhalten die von und unter der Beteiligung von „TipiNetz“ entwickelten und begleiteten Konzepte Multiplikatoren ausbildungen und fachliche Begleitung dieser im Nachklang. Zudem bietet „TipiNetz“ Zugänge zur Enttabuisierung der Erkrankungen, zur Fachberatung und Schulung von beteiligten Institutionen und Berufsgruppen, zur (anonymisierter) Fallberatung, zur Vermittlung an Beratungsstellen, zur Vernetzung und Aufklärung und zur Bedarfsermittlung und Entwicklung

passgenauer Hilfen. In den vergangenen Jahren hat „TipiNetz“ sich im Kreis Ostholstein bekannt gemacht und ist für viele Fachkräfte ein Ansprechpartner bei Fragen und fallbezogenen Unterstützungsbedarf in Bezug auf Kinder und Jugendliche oder den Umgang mit Eltern, wenn Auffälligkeiten im psychischen Bereich bestehen. Die Akteure von „TipiNetz“ sind in unterschiedlichen Fachgremien und Arbeitsgruppen präsent und mit unterschiedlichen Trägern, die mit den Kindern und Jugendlichen in erster Linie zu tun haben, vernetzt und durch gemeinsam erarbeitete und auch umgesetzte Konzepte, die der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen förderlich sind, verbunden. Weitere Ideen zur Deckung des Bedarfes sowohl der Kinder und Jugendlichen aber auch der Eltern bestehen und eine Herausforderung bleibt die Akquise und Mittelgewinnung.

Suchtprävention in Schulen – Ein Projekt im Landkreis Harburg

Autorinnen/Autoren P. Schlegel

Institut Landkreis Harburg, Sozialpsychiatrischer Dienst, Winsen (Luhe)

DOI 10.1055/s-0043-1762839

In der letzten Novelle des NdsPsychKG ist erstmalig die Präventionsarbeit als Aufgabe der Sozialpsychiatrischen Dienste festgeschrieben worden. Bereits seit vielen Jahren gibt es im Landkreis Harburg ein Projekt zur Suchtprävention im Landkreis Harburg. In engmaschiger Kooperation mit der Kreisjugendpflege und einem Resozialisierungsprojekt für Jugendliche wird vom Sozialpsychiatrischen Dienst ein Präventionsprogramm für Schulen im Kreisgebiet angeboten, um bereits hier bei Jugendlichen Sensibilität für Sucht- und Abhängigkeitsserkrankungen zu schaffen. Das Projekt umfasst neben theoretischer Information praktische Inhalte und Patientenvorstellungen aus einer im Kreisgebiet liegenden Klinik für Langzeittherapie.

Im Längsschnittverlauf ergeben sich immer wieder Hinweise auf die Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten des Sozialpsychiatrischen Dienstes oder Angeboten des komplementären Suchtbereichs, oft auch Jahre nach Teilnahme am Präventionsprojekt. Trotz letztlich fehlender signifikanter Nachweismöglichkeit scheint somit der Effekt von Suchtprävention auch auf regionaler Ebene gegeben.

Zehn Jahre Schulpräventionsprojekt im Kreis Mettmann: ein Praxisbeispiel von Primärprävention im SpDi

Autorinnen/Autoren E. Sakellaridou¹, M. Marotta¹

Institut 1 Sozialpsychiatrischer Dienst Kreisgesundheitsamt Mettmann, Mettmann

DOI 10.1055/s-0043-1762840

Prävention gehört bisher zu den „Kann“ – Aufgaben des SpDi. Primärprävention in der sozialpsychiatrischen Tätigkeit bedeutet die Aufklärung über Entstehungsbedingungen psychischer Erkrankungen und die Wissensvermittlung zu relevanten Themen, wie z.B. Konflikt- und Stressmanagement und Training sozialer und emotionaler Kompetenzen [1].

Im Kreis Mettmann existiert seit 2013 das Schulpräventionsprojekt „Was heißt denn hier verrückt?“ und hat das Ziel, an Schulen Aufklärungsarbeit über psychische Störungen im Rahmen von Projekttagen in der Schule zu leisten [2]. Zu der Zielgruppe gehören Schülerinnen und Schüler ab der 8. Klasse und ihre Lehrer, die sich mit ihren Erfahrungen und Vorstellungen von psychischer Gesundheit in einem Austausch mit Experten (SpDi/SPZ), Betroffenen und Angehörigen psychisch kranker Menschen auseinandersetzen sollen. Durch die Teilnahme an dem Projekt sollen Vorurteile abgebaut und Ausgrenzungen aufgrund psychischer Erkrankung vorgebeugt werden, sowie Informationen über regionale Anlaufstellen, Hilfsangebote und das bestehende Helfersystem vermittelt werden.

Obwohl das Projekt an die Schulen, bis auf eine kleine Entschädigung für die Betroffenen, grundsätzlich kostenfrei angeboten wird, wurde das Angebot in

der Zeit vor der Pandemie nur von wenigen Schulen im Kreis durchgehend in Anspruch genommen. Seit 2021 ist jedoch die Anfrage exponentiell gestiegen. Ein Zusammenhang mit den Auswirkungen der Pandemie, der Sensibilisierung der „Erwachsenenwelt“ und der Bereitstellung von zusätzlichen Mitteln vom Land NRW um die Folgen der Pandemie so gut wie möglich aufzuarbeiten und auszugleichen [3] kann nicht ausgeschlossen werden.

Strukturierte Präventionsprogramme spielen in der Entwicklung zukunftsfähiger Public Mental Health Strategien eine wichtige Rolle und sollten feste Bestandteile unserer Tätigkeit werden.

Literaturverzeichnis

[1] Albers M., Dippel A., Elgeti H., Fröhmel A., Gagel D., Haase K., Lindstedt L., Petzold K., Tinnemann P. Der Sozialpsychiatrische Dienst: Lehrbuch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst 2020 S. 148-149 <https://doi.org/10.25815/aacp-4461>, Stand 21.10.2022

[2] Richter J., Arnolds A. „Was heißt denn hier verrückt?“ – Projekt zur Förderung von seelischer Gesundheit an den Schulen durch den Kreis Mettmann. Gesundheitswesen 2013; 75–P51. doi:10.1055/s-0033-1337582

[3] Ministerium für Schule und Bildung des Landes Nordrhein-Westfalen (2021). Aktionsprogramm „Ankommen und Aufholen“ <https://www.schulministerium.nrw/ankommen-aufholen>, Stand 21. 10.2022

Fachausschuss Umweltmedizin – Block 5

11:00 – 12:30 | Tagungsraum 4

Hitzeassoziierte Morbidität und Mortalität in Frankfurt/ Main zwischen den Jahren 2003 – 2022

Autorinnen/Autoren A. Christ¹, M. Schade², K. Steul¹

Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Abteilung für Hygiene & Umwelt, Frankfurt am Main; 2 Gesundheitsamt Frankfurt, Gesundheitsberichterstattung & Gesundheitsförderung, Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0043-1762841

Hintergrund Seit dem Hitzesommer 2003, in dem es in Europa zu einer Übersterblichkeit von ca. 70.000 Todesfällen kam, stehen hitzeassoziierte Präventionsmaßnahmen im Fokus. In vielen europäischen Ländern wurden Hitzewarnsysteme und Hitzeaktionspläne (heat health actions plans) implementiert. Aufgrund der globalen Erwärmung ist davon auszugehen, dass hitzeassoziierte Beeinträchtigungen auf die Gesundheit von Menschen weiter zunehmen. Das Gesundheitsamt (GA) Frankfurt/ Main untersucht seit dem Hitzesommer 2003 den Einfluss von „Hitze“ (hohe Temperaturen – definiert als eine Folge von wenigstens 5 Tagen mit Maximaltemperaturen von > 32 °C) auf verschiedene Parameter (Sterblichkeit seit 2003, Erkrankungshäufungen seit 2014). In der vorliegenden Analyse werden mögliche Zusammenhänge in Bezug auf die hitzebedingte Morbidität und Mortalität der Jahre 2003-2022 in Frankfurt/ Main eruiert.

Methodik Temperaturdaten (min., max., mittlere) werden durch das Hessische Landesamt für Naturschutz, Umwelt und Geologie zur Verfügung gestellt. Erkrankungshäufungen werden unter Einsatz des webbasierten Systems „Interdisziplinärer Versorgungsnachweis (IVENA)“ abgerufen und dargestellt. Dieses System steuert die Krankenhauszuweisungen per Rettungsdienstentsatz, wobei hier auch hitzebedingte Erkrankungen abgerufen werden (Synkope, unklares Fieber, Hitzeerschöpfung & Exsikkose). Statistische Analysen wurden mit SPSS, Version 15, durchgeführt. Regressionsanalysen wurden eingesetzt, um Korrelationen zwischen Mortalität (alle Altersgruppen, <59, 60-79, > 80) sowie Morbidität und dem Parameter „Temperatur“ (max. Tageswert) zu berechnen. Die Mortalitätsdaten werden als Überschusssterblichkeit erfasst, ohne dass eine Analyse auf hitzebedingte Todesfälle erfolgt. Bivariate Korrelationen wurden mittels Spearmans Rho geschätzt. Der Mann-Whitney-U-Test wurde verwendet, um die Signifikanz der Faktoren zu prüfen, die zur Übersterblichkeit beitragen.

Ergebnisse In den Sommermonaten 2003, 2006, 2010, 2015, 2016 und 2020 gab es jeweils eine Hitzewelle in Frankfurt. 2018 und 2019 gab es nach dieser Definition jeweils 2 Hitzewellen. Der Parameter Temperatur zeigte insgesamt eine signifikant positive Korrelation zur Gesamt mortalität in der Bevölkerung. An den sogenannten Hitzewellen-Tagen der Jahre 2003, 2010, 2015 und kam es jeweils zu einer signifikanten Übersterblichkeit in der Gesamtbevölkerung. Dieser Trend war sogar noch stärker ausgeprägt bei den > 80-jährigen. An den Hitzewellen-Tagen zeigte sich ebenfalls eine Zunahme der Rettungsdienstbesuche als Marker für „Exzess-Morbidität“ (in 2015 + 22 %). In 2022 fanden keine Konstellationen (Definition Hitzewelle war nicht erfüllt) wie in den Vorjahren statt. Im Vergleich zu den Vorjahren waren jedoch die Niederschlagswerte signifikant verringert.

Schlussfolgerung Einzelne Hitzetage in der Stadt Frankfurt führen zu einer Mortalitätssteigerung, vor allem in der älteren Population (> 80). Dieses zeigt sich noch einmal deutlicher an sogenannten Hitzewellen-Tagen. Die Analyse der Krankenhauseinweisungen per IVENA ist ein valider Parameter für die Gesundheitsbelastung der Bevölkerung. Das System kann als Frühwarnsystem für die Präventionsarbeit genutzt werden. Im Sommer 2022 ist neben dem Parameter Temperatur auch der Faktor „Trockenheit“ in den Fokus gerutscht und sollte bei zukünftigen Analysen Berücksichtigung finden. Auch die Wirksamkeit von Hitzeaktionsplänen auf die Mortalitäts- sowie die Morbiditätsrate sollte zukünftig mit in die Analysen aufgenommen werden.

Kühle Orte in Frankfurt am Main – eine Klimaanpassungsmaßnahme im Rahmen des Aktionsplans

Autorinnen/Autoren K. Duggan¹, L. Apelt¹, J. Mathias¹, A. Sauer¹, L.-M. Mohr², H.-G. Dannert², E.-M. Hillmann², K. Steul¹

Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Frankfurt am Main;

2 Umweltamt Frankfurt am Main, Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0043-1762842

Der Klimawandel führt zu zunehmend stärkeren und längeren Hitzeperioden. Hitze führt zu weitreichenden Beeinträchtigungen der menschlichen Gesundheit bis hin zu erhöhter Sterblichkeit. Aufgrund des Hitzeinseleffekts sind Hitzeepisoden von besonderer Bedeutung für die in Städten lebende Bevölkerung. Der Hitzeinseleffekt beschreibt die lokal noch stärkere Hitzeentwicklung in Städten im Vergleich zum Umland, welche Hitzeanpassungsmaßnahmen gerade hier besonders bedeutsam macht.

Aufgrund des Hitzeinseleffekts muss auch für die Großstadt Frankfurt am Main von einer besonderen gesundheitlichen Belastung in Hitzeepisoden ausgegangen werden. Im Zusammenhang mit dem Hitzesommer 2003 und den in der Folge etablierten politischen Vorgaben wurden Maßnahmen zur Klimaanpassung etabliert. Im Verlauf wurde ein innerstädtischer Aktionsplan zur Anpassung an Klimaänderungen, der sogenannte „Klimawandelaktionsplan“ (KWAP), erarbeitet. Dieser enthält Sofortmaßnahmen und Handlungsanweisungen für klimabedingte Extremwetterereignisse. Ein Bestandteil des „KWAP“ soll hier näher betrachtet werden – das Projekt „Kühle Orte“.

Es wurden Orte ermittelt, an denen die Frankfurter Bevölkerung an heißen Tagen Schatten und Abkühlung finden kann. Über Social-Media-Kanäle gingen Anfragen an die Frankfurter Bevölkerung, ihre liebsten Orte zur Abkühlung einzusenden, Mitarbeiter des Gesundheitsamts der Stadt nahmen Temperaturmessungen vor und z.B. Kirchengemeinden und Museumsbetreiber wurden kontaktiert und um Unterstützung gebeten. Erarbeitet wurde eine Liste von mehr als 140 Orten, von Wäldern, Parks und Kirchen über Museen und Einkaufszentren bis zu Bibliotheken, Schwimmbädern und Wasserspielplätzen.

Diese Rückzugsmöglichkeiten wurden dann in Kooperation mit dem Stadtvermessungsamt in einem Online-Portal erfasst, das der Bevölkerung über die Website der Stadt zugänglich gemacht wird. Eine besondere Herausforderung war es, diese Information auch den Teilen der Bevölkerung, die das Internet nicht nutzen, zugänglich zu machen. Erarbeitet wurden daher neben dem digitalen Internet-basierten Informationsportal auch entsprechende Flyer. Die

„Kühlen Orte in Frankfurt am Main“ sind eine Sammlung von Rückzugsmöglichkeiten für die Frankfurter Bevölkerung, zusammengefasst in einem Online-Portal. Sie ermöglichen es z.B. Personen, die bei Hitze im Freien sein müssen, Schutz und Abkühlung zu finden, und sind damit ein wichtiger Beitrag zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung.

Die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Umsetzung von Hitzeaktionsplänen: Eine Politikfeldanalyse mit Expert:inneninterviews

Autorinnen/Autoren K. Geffert^{1,2,3}, S. Voss^{1,2}, E. Rehfuess^{1,2}, B. Rechel³
Institute 1 Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung, IBE, LMU München, München; 2 Pettenkofer School of Public Health, München; 3 London School of Hygiene and Tropical Medicine, London
DOI 10.1055/s-0043-1762843

Hintergrund Aufgrund des Klimawandels sind die Menschen in Deutschland zunehmend längeren Hitzeperioden ausgesetzt. Als Gegenmaßnahme wird die Umsetzung von Hitzeaktionsplänen (HAPs) empfohlen. In Deutschland werden HAPs jedoch noch nicht flächendeckend umgesetzt. In mehreren Empfehlungen wird der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) auf kommunaler und Landesebene als zentraler Akteur in Bezug auf Hitze und Gesundheit, und damit für die Umsetzung von HAPs, genannt. Ziel dieser Arbeit war es, die Rolle des ÖGDs, insbesondere der Gesundheitsämter, bei der Umsetzung von HAPs auf Landes- und kommunaler Ebene in Deutschland zu untersuchen.

Methoden Zunächst wurde eine Dokumentanalyse der Gesundheitsdienstgesetze der 16 Bundesländer auf die Nennung von Hitze und anderen Themenfeldern im Kontext von Umwelt und Gesundheit durchgeführt. Anschließend erfolgten semi-strukturierte Interviews mit 16 Expert:innen von unterschiedlichen Ebenen, Sektoren und Disziplinen zur Rolle des ÖGDs in der Umsetzung von HAPs sowie zu Barrieren und fördernden Faktoren. Die Interviews wurden mit thematischer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse Die Analyse der Gesundheitsdienstgesetze ergab, dass Hitze in keinem der Regelwerke der Bundesländer für den ÖGD erwähnt wird, während Aufgaben im Zusammenhang von Umwelt und Gesundheit in unterschiedlichem Umfang beschrieben werden. Die Interviews bestätigten, dass es derzeit keine klar definierte, einheitliche Rolle für den ÖGD bei der Umsetzung von HAPs gibt und diese in erster Linie von lokalen Gegebenheiten abhängt. Als Hauptbarrieren für eine erfolgreiche Umsetzung wurden unter anderem weitere gesundheitliche Notlagen (wie COVID-19 und Affenpocken) und die Verwaltungsstrukturen genannt. Ein Bewusstsein für die Relevanz des Themas wurde als zentraler fördernder Faktor identifiziert. Die Bedeutung weiterer fördernder Faktoren auf individueller, organisatorischer und politischer Ebene wurden von den Expert:innen zum Teil kontrovers diskutiert, wie z.B. finanzielle und personelle Ressourcen, Wissen und Motivation.

Schlussfolgerung Der ÖGD hat das Potenzial ein wichtiger Akteur in der Umsetzung von HAPs auf kommunaler und Landesebene, jedoch hängt die konkrete Ausgestaltung der Aufgabe von den lokalen Gegebenheiten ab. Empfehlungen und Leitfäden für die Umsetzung von HAP durch den ÖGD sollten daher die unterschiedlichen Ressourcen und lokalen Gegebenheiten berücksichtigen.

Partizipatives und ämterübergreifendes Arbeiten für eine gesundheitsförderliche Klimaanpassung – Anwendung des Instruments StadtRaumMonitor in Karlsruhe

Autorinnen/Autoren P. Tollmann¹, C. Plantz¹, T. Sammet², A. Hunck³, S. Soppa⁴, O. Meke⁵

Institute 1 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Abteilung Querschnitt Forschung, Zielgruppen und Lebenslagen, Köln; 2 Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, Landesgesundheitsamt, Stuttgart; 3 Stadt Karlsruhe, Amt für Umwelt- und Arbeitsschutz, Kommunale Gesundheitsförderung; 4 Stadt Karlsruhe, Amt

für Stadtentwicklung; 5 Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Fachbereich Gesunde Lebenswelten, Bochum
DOI 10.1055/s-0043-1762844

Die gravierenden gesundheitlichen Folgen des Klimawandels erfordern es, vor Ort Maßnahmen der Gesundheitsförderung, der Klimaanpassung und der Stadtentwicklung zusammenzudenken. Daraus ergibt sich das Potenzial, Gesundheitsförderung stärker aus einer intersektoralen und verhältnispräventiven Perspektive anzugehen und vorhandene Synergien auf kommunaler Ebene zu stärken. So können beispielweise mehr Grün- und Blauflächen in der Stadt einerseits das allgemeine Wohlbefinden, die psychische Gesundheit sowie die Bewegungsfreundlichkeit fördern und gleichzeitig zu weniger Hitzeinseln und einer besseren Luftqualität beitragen. Diese Art von Maßnahmen kann insgesamt zu einer gesundheitsförderlichen Anpassung der Lebenswelt Kommune an den Klimawandel führen.

Da die Bedingungen in jeder Kommune hinsichtlich der Klimawirkungen, Vulnerabilitäten, bestehender Strukturen, aber auch der Lebensrealitäten der Bevölkerung unterschiedlich sind, muss sich jede Kommune selbst die Frage beantworten, welche Maßnahmen konkret erforderlich sind und umgesetzt werden sollen und können. Hierzu sind regelmäßige lokale Bedarfs- und Problemanalysen notwendig. Viele Kommunen nutzen bereits umfassend quantitative Daten und Visualisierungen aus verschiedenen kommunalen Berichterstattungen wie Umwelt, Verkehr oder Gesundheit, z. B. zur Darstellung von Hitzeinseln. Jedoch sollten auch die Bedürfnisse und das Erfahrungswissen der Bürgerinnen und Bürger selbst berücksichtigt werden. Dazu sind partizipative und qualitative Erhebungen erforderlich, um die Bedürfnisse der Menschen zu erfassen, die Lebensrealität der Menschen in der Berichterstattung abzubilden und konkrete Handlungsempfehlungen zu entwickeln (s. Rosenkötter et al. 2020). Bürgerbeteiligung und Partizipation sind sowohl in der Gesundheitsförderung als auch in der Klimaanpassung wichtige Handlungsprinzipien (Wright 2020, Grothmann 2020), denn sie ermöglichen nicht nur die Entwicklung passgenauer und bedarfsorientierter Maßnahmen, sondern stärken auch die Akzeptanz von Maßnahmen und das bürgerschaftliche Engagement. Dabei können viele Kommunen diesem Anspruch noch nicht gerecht werden. So wurden im Bereich der Klimaanpassung Beteiligungslücken, einerseits für das Handlungsfeld Gesundheit, aber auch für Kommunen und die Bevölkerung allgemein, festgestellt (Künzel 2013). Es fehlen den Kommunen dafür nicht nur Ressourcen, sondern vielfach die entsprechenden Tools und Handlungsanleitungen für solche partizipativen Bedarfs- und Problemanalysen. Dies gilt insbesondere für die Einbeziehung vulnerabler Zielgruppen.

Weiterer Handlungsbedarf wird in einer stärkeren Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis sowie verschiedenen Disziplinen und Ressorts gesehen, z. B. Umwelt-, Gesundheits- und Stadtplanungsämter, um die Anpassung an den Klimawandel voranzubringen und damit gesundheitliche Folgen für die

Bevölkerung zu minimieren (Groth/Nuzum 2016, Brödner/McCall 2015). Darüber hinaus können partizipative Ansätze in diesem neuen Feld auch zur Sensibilisierung der teilnehmenden Bevölkerungsgruppen für gesundheitsbezogene Risiken im Kontext des Klimawandels genutzt und damit insgesamt Gesundheitskompetenz gestärkt werden.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen und das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg haben zur partizipativen Bedarfsanalyse für eine gesundheitsförderliche Stadt- und Gemeindeentwicklung das Instrument „StadtRaumMonitor – Wie lebenswert finde ich meine Umgebung?“ entwickelt. Der StadtRaumMonitor ermöglicht es, abgrenzbare Räume wie Stadtteile, Quartiere, Dörfer, ganze Gemeinden oder einzelne Lebenswelten in ihrer physisch-materiellen Gestalt, aber auch aus sozialer Perspektive in 15 Themenfeldern mit Hilfe von Leitfragen strukturiert zu bewerten. Im Rahmen eines Modellprojekts wird aktuell mit vier Kommunen ein Klimamodul entwickelt und erprobt, mit dem eine kommunale, gesundheitsförderliche Klimaanpassung unterstützt werden soll.

Die Stadt Karlsruhe ist eine dieser Modellkommunen und verfolgt mit der Erprobung des StadtRaumMonitors mit Klimamodul einen solchen innovativen und ämterübergreifenden Beteiligungsansatz zur kommunalen Klimaanpassung unter Beteiligung des ÖGD und koordiniert aus dem Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung. Die Anwendung des StadtRaumMonitors bietet hier den Impuls, die Bereiche der Gesundheitsförderung, der nachhaltigen Stadtentwicklung und der Klimaanpassung unter einem gemeinsamen Ziel zusammenzubringen, ämterübergreifende Zusammenarbeit zu fördern und Synergien dadurch zu schaffen, dass die gesundheitlichen Aspekte in der Klimaanpassung und Stadtentwicklung gestärkt werden.

Um eine möglichst repräsentative und zielgruppenorientierte Zusammensetzung der Teilnehmenden zu erhalten, wurde im Vorfeld der Beteiligungsveranstaltung in Karlsruhe-Daxlanden auf eine Stichprobenziehung per Zufallsauswahl zurückgegriffen. Vor Ort wurden die eingeladenen Bürgerinnen und Bürger gebeten, die zentralen Bereiche ihres Lebensumfeldes sowie das dazugehörige Klimamodul zu bewerten. In der moderierten Diskussionsphase konnten sich die Teilnehmenden anschließend in Kleingruppen vertieft zu ihren Erfahrungen im Stadtteil austauschen und konkrete Wünsche formulieren. Die gesammelten Erkenntnisse wurden im Nachgang der Veranstaltung zusammengeführt und sowohl quantitativ als auch qualitativ ausgewertet.

Im Beitrag werden die lokalen Strukturen, die Anwendung sowie die Ergebnisse des Beteiligungsvorhabens genauer vorgestellt. Die ersten Erkenntnisse der Erprobung bestätigen, dass der StadtRaumMonitor auch für den Bereich einer partizipativen, intersektoral ansetzenden kommunalen Klimaanpassung funktioniert. Es ergeben sich jedoch auch Implikationen für eine Weiterentwicklung des Klimamoduls.

Author Index

A

Abdel-Tawab M. S19
Acker M. S69
Adam J. S86
Albrecht K. S7, S61
Aleksandrowicz P. S46, S81
Alff F. S85
Aluttis C. S45
Amberger O. S51, S79
Ambrosch A. S35
an der Heiden M. S11, S25
Apel P. S18
Apelt L. S89
Arends A. S34
Arnold A. S25
Arnold L. S14, S63, S75
Arway F. S6
Askar M. S59
Atzenbeck N. S35

B

Baillot A. S37
Bauer F. S10, S41, S42, S44, S55, S56, S83, S86
Bauer J. S47
Bauer T. S13
Baumhauer K. S28, S40
Bauswein M. S64
Bayerl S. S31
Beckert U. S42
Beer M. S64
Beese F. S75
Behnke A.-L. S31
Behringer D. S35
Belhaj S. S21
Beneragama M. S59
Benneckenstein A. S71
Bente V. S57
Bentner M. S34
Berger A. S68
Bergmann A. S16, S66, S77
Berres M. S26
Beyrer K. S37
Biallas R. S25
Bidil K. S45
Bielecki E. S56
Bimczok S. S14, S25
Bischof J. S49
Blümel R. S55
Bock-Hensley O. S30
Böddinghaus B. S69
Bödeker M. S1
Böhmer M.M. S5, S64
Böhm K. S43, S51, S57
Böhm S. S5, S64
Bohnet T. S42
Böhne W. S69
Bonakdar A. S64
Borucki D. S8
Borutta J. S71
Borutta J.S. S48, S65
Bozorgmehr K. S15
Brand V. S3
Braun P. S61
Breining S. S58
Breitmeier D. S86
Bremer V. S11
Breuer C. S13
Brinkmann R. S39
Brinkwirth S. S73
Brix U. S16, S66, S77
Brockmann S. S61
Brockmann S.O. S68, S82
Brockschnieder J. S47

Brüggemeier C. S12, S81
Brünner B. S53
Brüssermann S. S23
Buchcik J. S71
Buchholz H. S29
Buck E. S10
Buess M. S20, S22, S59, S69
Bujok S. S22
Busato R. S19
Bußkamp A. S45
Butler J. S58, S84
Butscher F. S6
Bütte K.-L. S13
Büttel K.L. S13

C

Chaberny I.F. S73
Charbonnier S. S3
Chitimia-Dobler L. S64
Chlebig R. S56
Chovolou Y. S18
Christ A. S47, S88
Corazza L. S50
Corell S. S13
Corsten C. S28
Coyer L. S5, S64
Cremer D. S15
Czerlitzki K. S52

D

Dangel A. S68
Dannert H.-G. S89
Denfeld M. S2
Denkinger C. S30
Diedrich A. S59
Diercke M. S25, S59
Dietrich M. S20
Dietrich S. S12
Dillitzer N. S35
Dilmaghani D. S14
Dilthey A. S21, S70
Dilthey A.T. S21
Dingwerth T. S82
Dobler G. S4, S29
Domic J. S26
Dörre A. S33
Dragano N. S14
Drecktrah M. S15
Dreesman J. S24, S69, S83
Dreyer V. S13
Duggan K. S89
Duwe J. S48, S65
Duwendag S. S15

E

Eckert O. S8
Eckmanns T. S73
Ehlkes L. S11, S21
Ehrismann J. S31
Eichberg S. S53
Eichinger M. S10
Eichner L. S19, S29, S31
Eisenmann J. S65
Eisfeld J. S73
Ellsäßer G. S67
Ellwanger Berry R. S69
Ellwanger R. S48
Enkelmann J. S31
Enkling N. S66
Enßle M. S59
Erdl M. S35
Eulgem A. S67
Eyking-Singer A. S34

F

Faber M. S31
Faiß B. S29
Falkenhorst G. S82
Faßbender B. S54
Feil F. S62
Fein E. S35, S36
Felgenträger F. S12
Ferling K. S8
Fidler A. S38
Fiedler S. S16, S66
Fiessler E. S59
Fiethe A. S29
Finger J.D. S71
Fingerle V. S64
Fleckner J. S33
Flottmann A. S66
Forman E. S84
Förner M. S32
Franke P. S26
Frentz F. S32
Fries M. S39
Fritzsche L. S42

G

Gagel D.E. S72
Gatermann S. S73
Gaus M. S40
Gaußmann A. S39
Geffert K. S61, S89
Geisler B. S23
Geisler E. S46
Geis S. S21
Gelfert M. S46
Gepp S. S63
Gerlich M. S28
Gerstner D. S12
Gilles A. S67
Ginzel S. S69
Girbig M. S58, S84
Gläser-Zorn A. S40
Gläser-Zorn A.J. S40, S87
Gleich S. S8, S78
Göbel C. S53
Goldbach T. S44
Golmohammadi R. S22
Götsch U. S13, S27, S48, S69, S82
Gottwald E. S3
Götz S. S14
Gräfe L. S24
Graubner S. S33
Greutelaers B. S5
Grewe H.A. S86
Gröger C. S30
Gronwald M. S49, S81
Grote U. S11
Gruba N. S8
Grüne B. S20, S22, S29, S38, S59, S60, S69
Gubernath J. S32

H

Haack S. S29
Häcker B. S13
Hahn A. S38, S67
Hailer J. S5, S61
Hakimpour-Zern S. S87
Haller J. S13, S82
Haller S. S73
Halm A. S11
Hamouda O. S11
Hans J.B. S73
Harbaum M. S52, S53
Haring V. S64

- Häske D. S5, S6, S7, S36, S49, S61, S78
Häfler K. S71
Hauck D. S64
Haunhorst E. S83
Hayn K. S43, S51
Hein M. S24
Heinze G. S69
Heinze S. S12, S64
Helmeke C. S24
Henkel V. S76
Herkelmann S. S79
Hermann S. S71
Hernando I. S29
Herr C. S3, S12
Herrmann A. S49, S61
Hesmert D. S5, S6, S7
Hespe-Jungesblut K. S2
Heucke C. S57
Heudorf U. S19, S32
Heuser F. S66
Hille K. S24, S62, S83
Hillenbrand M. S44
Hillmann E.-M. S89
Hinsche-Böckenholt A. S85
Hoch M. S64
Hoebel J. S75
Hoffmann B. S33
Hoffmann K. S10
Hofmann D. S86
Hogarth M. S69
Höglund-Braun H. S11, S21
Höhn C. S24
Hommes F. S33, S63
Houwaart T. S21
Hövener C. S15
Hubrich A. S46
Hudak M. S15
Hunck A. S89
Hüppe M.K. S3, S75
Huppertz M. S59
Hurraß J. S20, S22, S38, S60, S67
- I
Idler A. S81
- J
Jäckle S. S23
Jahn S. S86
Joggerst B. S3, S15, S58, S61
Joisten C. S20
Joos S. S5, S6, S7, S36, S49, S61, S78
Jung L. S63
Jung-Sendzik T. S11
Junius-Walker U. S69
Jurke A. S34
Just F. S64
- K
Kaba H. S62
Kabesch M. S35
Kajikhina K. S15
Kalhöfer D. S34
Kaltschnee B. S17
Kammerer R. S76
Kappelt M. S85
Karagiannidis C. S60
Katz K. S64
Kelleher K. S80
Kessel J. S82
Kheiroddin P. S35
Kieser C. S43
Kietzmann A. S14
Klein A. S7
Klein A.J. S5, S6
Kleine C. S69, S82
Kleine M. S40
Klein J. S82
- Kleinschmidt J. S24
Kliegl R. S55
Klier C. S83
Klodt T. S86
Knorr B. S34
Koch J. S64
Koerner C. S2
Kohlstock C. S24
Kok D. S41
Kokot J. S87
Kolbe-Busch S. S73
Kolossa-Gehring M. S18
Kortum R. S1
Kössler T. S36
Kossow A. S20, S22, S29, S38, S59, S60, S67, S69
Kraus D. S66
Krause L. S63
Kraus U. S53
Kreienbrock L. S83
Kretzer A. S6
Krieger K. S31
Krings A. S27, S33
Kröger S.Toya S29
Kubini K. S2, S57
Küfer-Weiß A. S20, S22, S29, S38, S59, S60, S69
Kugler S. S69
Kuhhaupt Y. S2
Kuhn A. S76
Kühne L. S23
Kühnelt C. S54
Kuhn J. S5, S68, S71
Kümpfel R. S80
Kunitz F. S62
Kunze K. S83
Kunz S. S32
Kurjak T. S79
Kutzora S. S64
- L
Laakmann J. S60
Lahne H. S12
Lampl B. S30
Lampl B.M.J. S35
Landenburger K. S3
Lechler L. S3
Lehmann M.C. S29
Lehmann S. S53
Leisner S. S45
Lendowski L. S74
Lenz W. S24, S58
Leonhardt R. S19
Leppmeier L. S61
Lichtenberg E.-D. S77
Lidara R. S2
Limberg A. S77
Linthorst K. S15
Lisak-Wahl S. S25, S85
Litzba N. S11
Loidl E. S29
Looks P. S41, S44, S46, S49, S83
Lübke C. S57
Ludwig M.-S. S3
Lulei V. S28
- M
Mach-Völker I. S40, S87
Mack J. S15, S61
Magnussen E.-C. S43, S51
Mahler C. S5, S6, S7
Mangold J. S5, S6, S7
Mankertz A. S3
Marasioglu M. S38
Marcic A. S74
Markus I. S11
Marotta M. S88
Martin H. S19
Marx A. S41, S42, S44
- Marx M. S72
Maßmann-Pabst M. S57
Mathias J. S89
Matz K. S43
Mauerer-Bonnen B. S80
Mauerer R. S35
Mehlis A. S61
Meincke M. S68
Meis S. S38
Mekel O. S89
Melville-Drevis A. S14
Melville-Drewes A. S40, S41, S52, S53
Merten M. S60
Mertens E. S69
Metz J. S64
Meyer D. S28
Meyer F. S2
Michaelis B. S20
Milanovic J. S8
Milbradt J. S3
Minkwitz S. S61
Mlinarić M. S80
Möhlenbruch A. S34
Mohr L.-M. S89
Mohsenpour A. S15, S63
Monazahian M. S37
Mücke I. S25
Müller C.R. S33
Müller M. S26, S27, S38
Müller-Menzel C. S87
Müller S. S81
Münstermann U. S1
- N
Naser B. S26
Naundorf F. S85
Nennstiel U. S3
Neubauer J. S47
Neugebauer T. S3
Neuhann F. S20, S69
Neumeier E. S33
Neusser J. S64
Niebuhr D. S2, S50, S76
Niemann H. S80
Niemann S. S13
Nienhaus A. S17
Niermann C. S6
Nießen J. S20, S22, S28, S29, S40, S59, S60, S67
Niggel J. S35
Nill F. S61
Noack A. S66
Nodurft L.M. S65
Nordhoff K. S83
Notz H. S26
Nowak D. S17
- O
Opala I. S53
Orgassa T. S35
Oster N. S12, S36, S78, S81
Ott A. S78
Otterbach K. S53
Otto-Knapp R. S13
- P
Pabel U. S18
Pauly O. S59
Perseke K. S11
Peter C. S32
Peters B. S64
Pettrakakis P. S16, S63, S66, S77
Petzold K. S9, S72
Pfahler M. S36
Pfänder T. S14
Pfennigwerth N. S73
Pfob M. S3
Pfortner T.-K. S75

Pieper R. S40
Pietsch A. S85
Pincus P. S52
Pins G. S81
Piontkowski E. S49, S61
Plantz C. S89
Plath J. S24, S58
Pohl S. S46, S84
Preiser C. S77
Princk C. S83
Priwitzer M. S13
Prosser K. S47
Pruskil S. S15, S84
Ptok J. S70

Q

Quartucci C. S12, S64

R

Rädel U. S18
Rannersberger B. S40
Rathmann K. S44
Rausch C. S13
Rechel B. S89
Regier Y. S29
Rehfuess E. S89
Rehmet S. S11, S21
Reichert F. S73
Reimers K. S62
Reinke S. S40
Reisig V. S71
Reißner K. S2
Remm K. S83
Rensing K. S81
Rettenbacher-Riefler S. S37
Rexroth U. S11, S25
Rieger M.A. S5, S6, S7, S49, S61, S77
Riesebeck R. S45
Rissland J. S64
Rohe B. S80
Röhl C. S18
Röhrbein H. S10, S49, S61
Rohstock S. S53
Roller G. S61
Roppel M.S. S85
Rose A. S32
Rosenkötter N. S15
Rossenbach A. S40
Roth A. S62
Rubbenstroth D. S64
Rüping S. S69
Rusinovich V. S73
Rusinovich Y. S73

S

Saathoff Y. S75
Sakellariadou E. S9, S78, S88
Saller F.S. S5, S64
Sammet T. S89
Sandfort M. S73
Sapoutzis N. S50, S51
Sauer A. S89
Sauer M. S35
Savaskan N. S62
Schaade L. S11
Schaal Moreno G. S33
Schade M. S2, S39, S44, S47, S50, S76, S88
Schäfer P. S12, S36, S61, S78, S81
Schäffer D. S33
Schaps V. S75
Scharkus S. S38
Scharlach M. S24, S83
Schauer J. S34
Scheffer C. S58, S84
Scheidel L. S41
Scheithauer S. S62
Schettgen T. S18
Schienkiewitz A. S54
Schiller N.Reinoso S62
Schlang C. S52, S54
Schlegel C. S19, S29, S31
Schlegel P. S9, S88
Schmandke I.M. S57
Schmidt A. S56, S84
Schmidt B. S64
Schmidt D. S13, S69
Schmidt K. S15
Schmidtke M. S84
Schmitt E.K. S36
Schmitt N. S55, S56, S84
Schmitz S. S83
Schneider M. S72
Schneider T. S11
Schnepf A. S83
Schnorr R. S12
Schöberl P. S35
Schober W. S12
Schöll M. S11
Schol-Tadic M. S9
Scholze B. S71
Schöning M. S85
Schrantz M. S11
Schulz R. S30
Schumacher J. S23, S59, S80
Schuster K. S26
Schütt H. S25
Schutz D. S12
Schütz N. S76
Schwab S. S53
Schwarz K. S62
Seefeld L. S32
Seeger L. S79
Seeling S. S63
Seidler A. S58, S84
Seifert B. S41
Seubert J. S47
Sibilis A. S71
Siebert H. S86
Siegel A. S5, S6, S7
Sievers N. S40
Siffczyk C. S25
Simon K. S2, S57
Sing A. S68
Sinning H. S71
Skirla E. S27, S38
Skuballa J. S29
Sogan-Ekinci A. S5, S68
Söllner-Schaar C. S56
Soppa S. S89
Spalink B. S84
Speiser S. S3
Spielß B. S61
Sprenger A. S68
Sroka M. S82
Stanislawski N. S61
Starke D. S14, S75, S85
Starker A. S54
Stark H. S66
Steffen G. S27
Steinisch M. S10
Stengel S. S34
Steul K. S26, S27, S32, S38, S88, S89
Steul Katrin S47
Stockmann J. S2
Stolpe S. S70
Strack E. S40
Stratil J.M. S25, S63
Straube J. S61
Striegl H. S11
Suchenwirth R. S75
Suessenbach F. S24
Süphke A. S87
Swart E. S65
Szagun B. S14, S47

Szecsényi J. S34
Szperalski J. S12

T

Tawalbeh E. S21
Taylor A. S80
Teich P. S55
Tempel G. S76
Thoiss H. S2, S57
Tiarks-Jungk P. S39
Tinnemann P. S13, S48, S51, S69, S79, S82
Tolg B. S71
Tollmann P. S89
Touré Y. S33
Treunert B. S67
Treutlein M. S29
Trost B. S32
Tyczka J. S29

U

Ulrich R.G. S64
Usipbekova K. S24, S62, S69

V

van Beveren I. S59
van Mark G. S83
van Riesenbeck I. S79
Velleuer R. S83
Vennemann D. S8
Viehöver S. S23
Vogel M. S44
Vogel U. S8
Voigt K. S27, S38
Völkel W. S12
Völker A.-L. S86
von Berenberg-Gossler P. S11
von Hohenthal A. S51
von Hohenthal J. S51
von Itter A. S52
Vonstein C. S45
von Widdern S.Cardinal S2
Voss M. S61
Voss S. S89

W

Wabnitz K. S61
Wachtler B. S75
Wagner-Wiening C. S5, S68, S82
Wahl G. S65
Wahrendorf M. S75
Walczok A. S27, S82
Waldmann C. S58
Walker A. S21
Wallbrecher J. S35
Weber J. S70
Weber K. S62
Weber S. S8
Weckel S. S38
Weigl M. S35
Weilhammer V. S64
Weiss S. S87
Welker A. S34
Wendlinger R. S10
Werner G. S73
Wernert G. S39
Weskamm A. S50
Wesnigk J. S38
Westenhöfer J. S71
Weyers S. S14
Wiesmüller G.A. S22
Wijnen-Meijer M. S50, S51
Willeke T. S43
Winter H. S27
Wolfers K. S61
Wolff A. S20, S22, S40, S59, S69
Wolff-Gäbler A. S77
Wolf R. S6, S55

Wolf T. S82
Wollenweber M. S69
Wollin K.-M. S18
Wössner S. S5, S6, S7
Wrede B. S10

Z
Zeiber J. S71
Zeitmann N. S11, S25
Ziegeldorf A. S6
Ziese T. S80

Zietz B. S39
Zimmermann R. S27, S31, S33
Zimmermann T. S15, S84
Zscheppang A. S49