

Das Gesundheitswesen

Supplement

S2/2024

Abstracts

**Kongress
BVÖGD/BZÖG/
DGÖG**

24. - 27. April 2024, Hamburg



Das Gesundheitswesen

Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, Medizinischer Dienst,
Public Health, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Versorgungsforschung

Schriftleitung

Manfred Wildner, München
Andreas Bahemann, Nürnberg
Thomas Dorner, Wien
Johannes Falk, Berlin
Thomas Gaertner, Mainz
Ansgar Gerhardus, Bremen
Johannes G. Gostomzyk, Augsburg
Kerstin Haid, Essen
Gert von Mittelstaedt, Mannheim
Holger Pfaff, Köln
Ute Teichert, Berlin
Gerhard A. Wiesmüller, Köln

Herausgeber für AGENS-Supplement „Sekundärdaten – Methoden und Erkenntnisse“

Enno Swart, Magdeburg
Holger Gothe, Berlin
Peter Ihle, Köln

Beirat

Matthias Albers, Köln
Christian Alex, München
Helmut Brand, Maastricht
Freia De Bock, Düsseldorf
Martin Exner, Bonn
Engelbert Fuchtmann, München
Max Geraedts, Marburg
Thomas Grimmsmann, Schwerin
Caroline Herr, München
Ursel Heudorf, Frankfurt
Wolfgang Hoffmann, Greifswald
Alfons Holleder, Kassel
Karl-Heinz Jöckel, Essen
Christian Janßen, München
Ulrich John, Greifswald
David Klemperer, Berlin
Hans-Helmut König, Hamburg
Thomas Kohlmann, Greifswald
Peter Kolominsky-Rabas, Erlangen
Bernhard Liebl, München
Julika Loss, Regensburg/Berlin
Susanne Moebus, Essen
Jacqueline Müller-Nordhorn, München
Annabel Müller-Stierlin, Günzburg
Edmund A.M. Neugebauer, Neuruppin
Uwe Niekusch, Graben-Neudorf
Bernt-Peter Robra, Magdeburg
Gottfried Roller, Stuttgart
Norbert Schmacke, Bremen
Peter Schröder, Heidelberg
Peter Schröder-Bäck, Maastricht/Aachen
Andreas Seidler, Dresden
Andreas Stang, Essen
Ulla Walter, Hannover
Jürgen Wasem, Essen
Stefan N. Willich, Berlin
Jürgen Windeler, Köln
Andreas Zapf, München
Sylke Zeißig, Würzburg
Astrid Zobel, München

Verlag

Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
www.thieme.de/gesu
www.thieme-connect.de/products

Impact Factor: 1,1

Das Gesundheitswesen

Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, Medizinischer Dienst,
Public Health, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Versorgungsforschung

April 2024 · Seite S55–S182 · 86. Jahrgang (Suppl. 2)

S55	24.04.2024	S90	26.04.2024
S55	Workshop RESILIENT-ID – Methoden	S90	Infektionsschutz – Postersitzung
S56	Kritische Auseinandersetzung zur Arbeit im Öffentlichen Dienst	S109	GBE und Prävention – Postersitzung
S57	25.04.2024	S119	Umweltmedizin – Postersitzung
S57	Herausforderungen in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen	S124	KJGD – Postersitzung
S59	Zahnmedizin – Block 1	S128	Zahnmedizin – Block 3
S60	Infektionsschutz – Block 1	S128	Psychiatrie – Postersitzung
S63	Daten für Taten in Kita und Schule	S129	Psychiatrie – Aktuelles von den Bundesländern
S65	Gutachten zur Verbeamtung und Dienstfähigkeit	S129	Digitalisierung – Poster (ohne Postersitzung)
S67	Daten für Taten	S131	Krisenmanagement – Poster (ohne Postersitzung)
S68	Umweltmedizin – Block 1 – Klima und Gesundheit	S134	Zahnmedizin – Block 5
S68	Krisenmanagement – Block 1 – Preparedness I und psychologische Aspekte	S136	Plenum III – Fallen wir in der Krise aus dem Rahmen?
S70	Digitalisierung 1	S136	Zahnmedizin – Block 6
S72	Personal im ÖGD und ÖGD im Studium	S137	Qualitätssicherung im KJGD – Block 1
S74	Rückenwind für den KJGD	S140	Infektionsschutz – Block 3
S75	Zahnmedizin – Block 2	S142	COVID-19 – Wie weiter in Planung und Prävention?
S75	Infektionsschutz – Block 2	S144	Todesbescheinigungen, wichtige Daten zur schwerpunktmäßigen Auswertung
S76	Neues von der Präventions- und Gesundheitsberichterstattung	S145	Krise und so weiter
S77	Arbeitsmedizinische Betreuung von Schulen und Lehrern/innen, eine gesetzliche Aufgabe und notwendige Prävention?	S146	Umweltmedizin – Block 3 – Schimmelpilze/Luftschadstoffe
S79	Behandlung zu Hause – Behandlung in der Gemeinde	S148	Krisenmanagement – Block 3 – Preparedness II und Stabsarbeit
S79	Umweltmedizin – Block 2 – Planetare Gesundheit – One Health	S150	Digitalisierung 3
S81	Krisenmanagement – Block 2 – Risiko- und Krisenkommunikation	S152	27.04.2024
S82	Digitalisierung 2	S152	Facetten der KJGD – Aufgaben
S84	Innovative Ansätze für Lehrbuchgestaltungen im ÖGD	S153	Zahnmedizin – Block 7
S85	Workshop "Sexuelle Gesundheit"	S154	Infektionsschutz – Block 4
		S157	Kommunale Gesundheitsförderung
		S160	Qualitätsmanagement im Amtsärztlichen Dienst
		S161	GPV – Inklusion durch Versorgungsverantwortung

- | | | | |
|------|---|------|---|
| S162 | Umweltmedizin – Block 4 – Trinkwasser und Hitze | S173 | Umweltmedizin – Block 5 – Badewasser und Hitze |
| S165 | Kooperation Wissenschaft und Praxis | S175 | Aus-, Fort- und Weiterbildung im ÖGD |
| S167 | Infektionsschutz – Block 5 | S178 | Author Index |
| S170 | Die Rolle des ÖGD bei Gesundheitsplanung und -versorgung | | |
| S171 | Zuständigkeit Amtsärztlicher Dienst, auch für die Heilpraktikerüberprüfung | | |
| S172 | Auswirkungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen auf die Arbeit der SpDi | | |

Impressum nach letzter Seite

Covergestaltung: © Thieme

Bildnachweis Cover: © 2024. Thieme. All rights reserved.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Rückenwind für Gesundheit!

73. Wissenschaftlicher Kongress | BVÖGD e.V., BZÖG e.V., DGÖG e.V.

Datum/Ort:

24.–27. April 2024, Hamburg

Kongresspräsidium

Dr. Kristina Böhm, Vorsitzende BVÖGD

Dr. Ilka Gottstein, Erste Vorsitzende BZÖG

Dr. Susanne Pruskil, Erste Vorsitzende DGÖG

Wissenschaftliche Leitung

Dr. Jürgen Duwe

24.04.2024**Workshop RESILIENT-ID – Methoden**

14:00 – 16:00 | Saal X.1

RESILIENT – Der Dresdner Gesundheitsindex – kleinräumiges Monitoring des Gesundheitsstatus, des Gesundheitsverhaltens und des Zugangs zur GesundheitsversorgungAutorinnen/Autoren F. Trautmann¹

Institut 1 Landeshauptstadt Dresden Amt für Gesundheit und Prävention, Dresden

DOI 10.1055/s-0044-1785542

Um eine Gesundheitsplanung strategisch, integriert, ressourcen- und leitlinienorientiert im Sinne einer Kommunalen Gesundheitsstrategie aufzubauen und weiterzuentwickeln, bedarf es zeitgemäßer und effektiver Methoden zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage und deren Kontextfaktoren in den Kommunen. Für die Ableitung und Quantifizierung von Bedarfen an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention fehlt es Gesundheitsämtern bisher an einer ausreichenden und aussagekräftigen Datenbasis, aus der sich vor allem kleinräumig und damit orientiert an den Lebenswelten der Zielgruppen Möglichkeiten der Intervention ableiten lassen.

Ziel des Vorhabens RESILIENT ist die Entwicklung und Implementierung eines Gesundheitsindex, welcher auf genau dieser kleinräumigen Ebene die Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung unter Berücksichtigung sozialer Faktoren und Umweltbedingungen ermöglicht. Dabei liegt der Fokus auf Indikatoren, die im Setting Kommune durch Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung beeinflussbar sind. Der Gesundheitsindex verfolgt das Ziel, regional, altersgruppen- und geschlechtsdifferenzierte Präventionsbedarfe auszuweisen und eine evidenzbasierte Grundlage für die Gesundheitsplanung, aber auch für sektorenübergreifende Fachplanungen und damit letztlich auch zur Ressourcensteuerung im Bereich der Prävention im Sinne des Ansatzes „Health in All Policies“ bereitzustellen. Damit werden Grundlagen geschaffen, die von den Kommunen zur Verhaltens- aber eben auch Verhältnisprävention genutzt werden können.

Die Vortragsreihe beschreibt das Vorgehen bei der Entwicklung des Index, gibt Einblicke in die Datengrundlage und zeigt die Erfahrungen hinsichtlich der Übertragbarkeit auf andere Kommunen.

Gesundheitsberichterstattung mit GKV Routinedaten – Möglichkeiten, Grenzen und HerausforderungenAutorinnen/Autoren F. Tesch¹, A. Zscheppang¹, J. Schmitt¹

Institut 1 Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV), Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

DOI 10.1055/s-0044-1781752

Hintergrund: Für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) ist es unabdingbar Daten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems heranzuziehen. Neben den Daten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) oder Umweltdaten kommen hierzu auch Daten der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in Frage. Informationen zu Diagnosen und Behandlungen im ambulanten Bereich fallen etwa in der Praxisverwaltungssoftware, bei der kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkasse an. Da diese prozessproduzierten Daten zu anderen Zwecken erhoben wurden, ist es wichtig deren Grenzen und Herausforderungen bezogen auf die Nutzung in der GBE zu kennen.

Methodik: Im Rahmen des vom BMG geförderten, dreijährigen Verbundprojektes RESILIENT der Städte Dresden, Frankfurt am Main und Stuttgart sowie der TU Dresden wurden in interdisziplinären Abstimmungsverfahren Indikatoren zur Beschreibung von Gesundheitszustand, -verhalten und Umweltbedingungen entwickelt und definiert. Für die Darstellung jeder Erkrankung ist stets eine Falldefinition, die betroffene Alters- und Geschlechtsgruppe sowie eine passende zeitliche und regionale Ebene festzulegen. Zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage im Stadtgebiet werden Indizes gebildet.

Ergebnisse: GKV Routinedaten umfassen oft einen hohen Anteil der Wohnbevölkerung und erlauben deswegen die kleinräumige Analyse von Gesundheitsrisiken. Jedoch verlangt die Nutzung von GKV Routinedaten hohe administrative Hürden, da für Sozialdaten eine Bewilligung der Rechtsaufsichtsbehörde erteilt werden muss und die Verarbeitung der Daten den Aufbau entsprechender Datenbanken erfordert. Eine selektive Teilnahme der untersuchten Bewohner*innen in der regionalen Einheit liegt nicht vor, allerdings kann auf die erhobenen Merkmale auch kein Einfluss genommen werden. Eine Ergänzung durch andere Daten ist deswegen geboten. Die Wahl großer regionaler Einheiten kann Effekte „verwässern“ während zu kleine geographischen Einheiten unter dem Risiko von „Messfehlern“ des Merkmals der betroffenen Bevölkerungsgruppe stehen. Bei Indizes können Veränderungen in einer Kennzahl die Entwicklung in einer anderen aufheben, weswegen eine Aufschlüsselung der Komponenten des Index im Sinne eines Profils wichtig ist.

Diskussion: Im Projekt wird verschiedenen Fragestellungen zur Prävention von Erkrankungen nachgegangen. Die umfangreiche Datengrundlage liefert Eingangsparameter für die Modellierung der zeitlichen Entwicklung des Gesundheitszustandes und Gesundheitsverhaltens der Bevölkerung sowie zur Prädiktion von Versor-

gungsbedarfen. Hierdurch könnten einerseits Präventionsvorhaben zielgerichtet entwickelt, eingesetzt und auch deren Erfolg dieser evaluiert werden.

Der Weg zum Gesundheitsindex – Methodisches Vorgehen und erste Ergebnisse

Autorinnen/Autoren F. Trautmann¹, A. Schmidt¹, F. Bauer¹, R. Weidemann¹, P. Looks¹

Institut 1 Landeshauptstadt Dresden Amt für Gesundheit und Prävention, Dresden

DOI 10.1055/s-0044-1781753

Hintergrund: Eine aussagekräftige Datenbasis auf kleinräumiger Ebene stellt die Grundlage für eine integrierte strategische kommunale Gesundheitsplanung dar. Das Projekt RESILIENT zielt auf die Entwicklung von Indizes ab, welche eine integrierte Betrachtung der gesundheitlichen Lage unter Einbezug relevanter Gesundheitsdeterminanten sowie die Ableitung von Belastungsgraden ermöglichen.

Methodik: Im Rahmen des dreijährigen Verbundprojektes der Städte Dresden, Frankfurt am Main und Stuttgart sowie der TU Dresden wurden in interdisziplinären Abstimmungsverfahren Indikatoren zur Beschreibung von Gesundheitszustand, -verhalten, Umweltbedingungen und sozialer Lage entwickelt und definiert. Die Grundlage bilden Daten der gesetzlichen Krankenversicherung und Daten der beteiligten Kommunen, insbesondere Daten des ÖGD sowie Daten zur Beschreibung der sozialen Lage und Umweltbedingungen. Weiterhin ist die Entwicklung eines Gesundheitsatlas zur integrierten Darstellung der Ergebnisse sowie die Ableitung von Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention für ein Modellgebiet in der Stadt Dresden vorgesehen. Gleichzeitig stellt die Sicherung der Übertragbarkeit der Methoden auf andere Städte einen wichtigen Projektschwerpunkt dar, wobei im Rahmen von Weiterbildungsveranstaltungen diese Methodik anderen Kommunen vermittelt werden soll.

Ergebnisse: Der Beitrag geht auf den aktuellen Projektstand und die bisherigen Ergebnisse ein und beleuchtet insbesondere den Aufbau und den Inhalt der einzelnen Indizes. Gleichzeitig werden Erfahrungen im Hinblick auf die Entwicklung und die Schaffung der notwendigen Rahmenbedingung geteilt.

Diskussion: Mit RESILIENT wird ein qualitätsgesicherter und anwendbarer Ansatz entwickelt, der es ermöglicht, standardisiert die gesundheitliche Lage kleinräumig zu beschreiben und Mehrfachbelastungen in Stadträumen auszuweisen, um gezielte Maßnahmen im Sinne des Health in all Policies-Ansatz zu entwickeln. Durch die Möglichkeit der Übertragbarkeit auf andere Städte ist das Potenzial gegeben, die integrierte kommunale Gesundheitsberichterstattung in deutschen Gesundheitsämtern nachhaltig zu verbessern und ein Tool für die bedarfsgerechte Mittelallokation kommunaler Aktivitäten im Bereich der Prävention zu bilden.

Übertragung des Dresdner Gesundheitsindex: Erfahrungen aus den Partnerkommunen Stuttgart und Frankfurt am Main

Autorinnen/Autoren A. Galante-Gottschalk¹, M. Schade², P. Tinnemann², S. Ehehalt¹

Institute 1 Gesundheitsamt Stuttgart, Stuttgart; 2 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0044-1781754

Hintergrund: Für eine integrierte strategische Gesundheits- und Versorgungsplanung im Sinne des Health in all Policies-Ansatzes fehlen den kommunalen Gesundheitsämtern wichtige Kennzahlen zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage, vor allem auf kleinräumiger Ebene. Im Rahmen des Projekts RESILIENT wird ein Konzept entwickelt, welches Daten von Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und anderen Sektoren (z.B. Umwelt und Soziales) in einen kleinräumigen Gesundheitsindex und ein Gesundheitsmonitoring integriert. Stuttgart und Frankfurt am Main versuchen, den primär in Dresden entwickelten Index in die eigene Kommune zu transferieren. Der Beitrag schil-

dert die Vorgehensweise und Herausforderungen, die Stuttgart und Frankfurt als Partnerkommunen zu bewältigen haben.

Vorgehensweise: Im ersten Schritt wurden gemeinsam relevante Indikatoren für die Indicesbildung und das Monitoring zusammengetragen.

Viele benötigte Indikatoren für Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Versorgung sind nur über die o.g. Datenhalter außerhalb des ÖGDs verfügbar und liegen in den Gesundheitsämtern nicht vor. Weder in Stuttgart noch in Frankfurt am Main gibt es derzeit etablierte Kooperationen mit externen Institutionen zur Datennutzung in der Gesundheitsberichterstattung. Deshalb ist ein wesentlicher Teil der Arbeit zu Beginn des Projektes, diese Kooperationen anzubahnen. Dafür ist die aktive Unterstützung der Amtsleitungen notwendig und die Verfügbarkeit von bereits eingerichteten Strukturen innerhalb einer Kommune dienlich.

Derzeitiger Arbeitsstand und Herausforderungen: Bei der Übertragung des Dresdner Gesundheitsindex und -monitorings stellen sich folgende Herausforderungen, die zurzeit bearbeitet werden:

- Schaffung eines Netzwerks innerhalb der Stadtverwaltung zur Zusammenarbeit mit Datenhaltern außerhalb des Gesundheitsamtes
- Kontaktaufnahme und Bereitschaft der Zusammenarbeit mit externen Datenhaltern
- Umgang mit unterschiedlichen Datenverfügbarkeiten in den Kommunen
- Umgang mit Einteilung der Kommunen in unterschiedlich große Gebietsräume
- Organisation mit knapper personeller Ausstattung
- Umsetzung von rechtlichen Vorgaben

Ausblick: Das Konzept der Stadt Dresden, die Übertragbarkeit des Gesundheitsindex und -monitorings bereits in der Entwicklungsphase zu prüfen ist vielversprechend. Wenn die Übertragung gelingt, wäre dies ein Meilenstein für die strategische Gesundheitsplanung im kommunalen ÖGD.

Kritische Auseinandersetzung zur Arbeit im Öffentlichen Dienst

14:30 – 16:30 | Saal X.7

Kritische Auseinandersetzung zur Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst: Von der Vergangenheit zur Gegenwart

Autorinnen/Autoren J. Schreiber¹, J. Donhauser², J. Kuhn³, D. Starke⁴, L. Arnold⁴, O. Razum⁵

Institute 1 Amt für Gesundheit, Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration, Freie und Hansestadt Hamburg, Hamburg;

2 Landratsamt Neuburg Schrobenhausen, Gesundheitsamt, Neuburg a.d.

Donau; 3 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim;

4 Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in

Düsseldorf, Düsseldorf; 5 AG Epidemiologie & International Public Health

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld

DOI 10.1055/s-0044-1781755

Hintergrund: Die kritische Auseinandersetzung zur Arbeit und zum Wirken von Mitarbeitenden im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) ist gleichermaßen in der Vergangenheit und in der Gegenwart bedeutend.

Ärzt*innen, insbesondere diejenigen in der Verwaltung spielten eine besondere Rolle im Faschismus der Nationalsozialisten. Rund 45 Prozent der deutschen Ärzt*innen gehörten zwischen 1933 und 1945 der NSDAP an [1] und hatten Anteil an der Vorbereitung und Durchsetzung der menschenverachtenden und tödenden nationalsozialistischen Politik. Dies beinhaltete unter vielen anderen Taten im Gesundheitswesen die Zwangsterilisation und das sogenannte Euthanasie Programm. Regelhaft fehlt hier die kritische institutionelle Auseinandersetzung mit den Taten als auch juristische Konsequenzen für die Täter*innen.

Dies zeigt sich eindrücklich an personellen Kontinuitäten im Gesundheitswesen, einschliesslich des ÖGDs nach 1945, indem Beteiligte auch nach 1945 weiterhin Praxen führten, im ÖGD arbeiteten, als Gutachter*innen eingesetzt wurden und den akademischen Nachwuchs ausbildeten [2].

Auch heute besitzen Ärzt*innen neben anderen Berufsgruppen in der öffentlichen Verwaltung mit Macht verbundene Positionen und tragen im ÖGD eine besondere Verantwortung diesen Einfluß besonnen auszuüben. Im Leitbild für den modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst heißt es „der ÖGD ist ethisch reflektiert in Respekt vor der Würde des einzelnen Menschen“ [3].

Beginnend mit dem Auswärtigen Amt 2005 haben über ein Dutzend Bundesministerien und größere Bundesbehörden (inkl. das Bundesministerium für Gesundheit der DDR und das Robert Koch-Institut) damit begonnen, die institutionellen, sachlichen und personellen Kontinuitäten zum Nationalsozialismus und zur Geschichte etwaiger Vorgängerinstitutionen vor 1945 durch unabhängige Historikerkommissionen und im Rahmen zeithistorischer Forschungsprojekte untersuchen zu lassen [4].

Vor dem Hintergrund, dass der aktuellen Mitte-Studie der Friedrich-Ebert-Stiftung zufolge in Deutschland jeder zwölfte Erwachsene rechtsextreme Positionen vertritt und jeder Zwanzigste den Nationalsozialismus verharmlost, [5] ist neben der familiengeschichtlichen, insbesondere die institutionelle Aufarbeitung der Vergangenheit Voraussetzung dafür eine innere Haltung gegenüber ethischen Herausforderungen im privaten und beruflichen Alltag einzunehmen.

Dieser Workshop soll das Bewusstsein für ethische Herausforderungen im Arbeitsalltag des ÖGDs in der Gegenwart stärken und helfen eine dafür erforderliche innere Haltung zu entwickeln. Die aktive Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Vergangenheit des ÖGDs soll dabei helfen ein Verständnis für gegenwärtige Themen zu entwickeln.

Dieser Workshop greift die Vorkonferenz mit dem Thema „Öffentlicher Gesundheitsdienst im Nationalsozialismus“ des 63. BVÖGD Kongress in Berlin im Jahre 2013 auf [6] und wirft einen Blick auf die gegenwärtige Frage, welche ethischen Aspekte im Zwiespalt zwischen der Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung einerseits und der Unterstützung und Wahrung der Rechte Einzelner in der alltäglichen Arbeit im ÖGD zu beachten sind und zu welchen Themen wir Haltung zeigen sollten.

Methodisches Vorgehen im Workshop:

In einem zwei-stündigen Workshop möchten wir mit Hilfe von drei Impulsvorträgen und zwei interaktiven Austauschrunden das Bewusstsein für ethische Themen im ÖGD in der Vergangenheit und Gegenwart schärfen.

Kurze Einführung in das Thema und Kennenlernen der Teilnehmenden durch Jenny Schreiber und Laura Arnold (15 Minuten)

Impulsreferat von Johannes Donhauser zum Bereich „Aufarbeitung der NS-Vergangenheit in der eigenen ÖGD-Institution“ (15 Minuten)

Interaktiver Austausch anhand von Leitfragen zum Bereich „Was wissen wir über die eigene ÖGD-Institution?“ durch Jenny Schreiber und Laura Arnold (25 Minuten)

Impulsreferat von Joseph Kuhn zum Bereich „Public Health Ethik – Was bedeutet das für die kommunale Gesundheitsberichterstattung“ (15 Minuten)

Impulsreferat von Dagmar Starke und Oliver Razum zum Bereich „Gesundheitsämter gegen Rassismus: Gesundheitsschutz als Beitrag zum gesellschaftlichen Zusammenhalt“ (15 Minuten)

Interaktiver Austausch anhand von Leitfragen zum Bereich „Was bedeutet ethisch verantwortungsvolles Handeln im heutigen ÖGD“ durch Jenny Schreiber und Laura Arnold (25 Minuten)

Zusammenfassung und Ausblick durch Jenny Schreiber und Laura Arnold (10 Minuten)

Ziel: Dieser Workshop soll das Bewusstsein für ethische Herausforderungen im Arbeitsalltag des ÖGDs in der Vergangenheit und Gegenwart stärken sowie zur Entwicklung einer inneren Haltung beitragen.

Literatur

[1] Die volle Bedeutung dieser Zahl entfaltet sich erst in Relation zu anderen akademischen Berufsgruppen: Etwa 25 Prozent der deutschen Lehrer*innen traten von 1933 bis 1945 der NSDAP bei; auch die Jurist*innen – gemeinhin als besonders „anfällig“ eingeschätzt – überschritten diesen Prozentsatz nie. Siehe auch: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/29733/Geschichte-der-Medizin-Aerzte-im-Nationalsozialismus>

[2] Siehe hierzu Ernst Klee, „Was sie taten – Was sie wurden: Ärzte, Juristen und andere Beteiligte am Kranken- oder Judenmord“, Fischer Taschenbuch Verlag, 13. Auflage, Juli 2012

[3] <https://www.akademie-oegw.de/die-akademie/leitbild-oegd/>

[4] https://www.ifz-muenchen.de/fileadmin/user_upload/Neuigkeiten%202016/2016_02_13_ZZF_IfZ_PM_BKM-Studie_FINAL_Neu.pdf

[5] <https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/rechtsextremismus-studie-100.html> Verweis auf <https://www.fes.de/referat-demokratie-gesellschaft-und-innovation/gegen-rechtsextremismus/mitte-studie-2023>

[6] <https://www.aerzteblatt.de/archiv/138548/Oeffentlicher-Gesundheitsdienst-II-Instrument-der-NS-Rassenpolitik>

25.04.2024

Herausforderungen in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen

08:30 – 10:00 | Saal Z

Herausforderung medizinische Versorgung von Kindern ohne Krankenversicherungsschutz – Die Humanitäre Sprechstunde für Kinder am Gesundheitsamt Frankfurt am Main

Autorinnen/Autoren S. Lang¹, K. Schuster¹

Institut 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0044-1781756

Hintergrund: Neben der allgemeinärztlichen Basisversorgung für erwachsene Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, die in der Humanitären Sprechstunde seit 2001 am Gesundheitsamt Frankfurt angeboten wird, hat sich über die Jahre zunehmend die Notwendigkeit eines kinderärztlichen Behandlungsangebots herauskristallisiert. Seit 2008 werden einmal wöchentlich kinderärztliche Sprechstunden für Familien mit Kindern ohne/mit unzureichendem Zugang zum gesundheitlichen Regelsystem angeboten.

Angebot: Das niederschwellige medizinische Angebot richtet sich sowohl an Kinder ohne Krankenversicherungsschutz als auch krankenversicherte Kinder, bei denen aufgrund verschiedener Zugangshindernisse keine Anbindung an eine niedergelassene Kinderarztpraxis gelingt. Der Fokus der Sprechstunden liegt sowohl auf Grundimmunisierung, den in Hessen gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen als auch der Behandlung akuter und chronischer Erkrankungen, einschliesslich der Beratung der Eltern.

Ergebnisse: 2022 wurden insgesamt 168 Kinder und Jugendliche in 346 Konsultationen behandelt. Beim Großteil der behandelten Kinder handelte es sich um Säuglinge unter einem Jahr (11%), gefolgt von Kleinkindern bis 5 Jahre (9%). Jugendliche über 14 Jahre wurden vergleichsweise selten vorgestellt (2%). Entsprechend der Altersverteilung sind die Hauptvorstellungsgründe die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen und die Grundimmunisierung. Akute Infekte sind ebenfalls häufiger Anlass einer Konsultation.

Diskussion: Die Versorgung chronisch kranker Kinder bzw. von Kindern, die dringend eine fachärztliche Mitbehandlung (z. B. Kinderorthopädie, Augenheilkunde, Zahnheilkunde) bzw. eine Klinikeinweisung benötigen, stellt für Familien ohne Krankenversicherungsschutz durch hohe Behandlungskosten eine große Hürde dar. Mithilfe der Unterstützung der Clearingstelle am

Gesundheitsamt gelingt es, einen Teil der Familien ins gesundheitliche Regelsystem zu führen. Bis zur Klärung einer Kostenübernahme vergeht allerdings bei dringlichem Behandlungsbedarf wertvolle Zeit mit dem Risiko einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Ohne Finanzierungsmöglichkeit für fachärztliche und stationäre Behandlungskosten kann das aktuelle Angebot dem Recht aller Kinder auf gesundes Aufwachsen und dem Erhalt des Kindeswohls nur in eingeschränktem Maße gerecht werden.

Stärkung sektorenübergreifender Versorgung von Familien mit chronisch kranken Kindern: Konzeptualisierung und Umsetzung eines Versorgungsnetzwerks in einem Stadtteil Mannheims

Autorinnen/Autoren B. Wrede¹, M. Schröder², S. Voges¹, R. Tuncer-Klaiber¹, M. Eichinger^{2, 3}

Institute 1 Jugendamt und Gesundheitsamt der Stadt Mannheim; 2 Zentrum für Präventivmedizin und Digitale Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg; 3 Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
DOI 10.1055/s-0044-1781757

Hintergrund und Zielsetzung: Kinder mit chronischen Erkrankungen nehmen oftmals Leistungen unterschiedlicher Sektoren in Anspruch (z.B. stationäre und ambulante Versorgung, Jugend- und Sozialämter). Eine unzureichende Koordination und eingeschränkte Informationsflüsse zwischen Sektoren können zu vermeidbaren Belastungen für Familien und Leistungserbringer führen. Von den Reibungsverlusten an Sektorengrenzen sind insbesondere Familien mit eingeschränkter navigationaler Gesundheitskompetenz und Kindern mit komplexen Versorgungsbedarfen betroffen. Durch die Umsetzung eines kommunalen Versorgungsnetzwerks mit Einsatz von Familienlots:innen (Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:innen, Sozialarbeiter:innen) können Familien auf Basis bestehender Angebotsstrukturen begleitet und unterstützt werden. Zur Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung soll in diesem Projekt ein kommunales Versorgungsnetzwerk mit Familienlots:innen konzeptualisiert und umgesetzt werden. Begleitend werden Bedarfe der Familien sowie mögliche Effekte des Versorgungsnetzwerks identifiziert, die in die weitere Ausgestaltung des Netzwerks einfließen sollen.

Methoden: Das Projekt setzt sich aus einer Feldphase im Sozialraum und einer wissenschaftlichen Begleitung zusammen. In der Feldphase werden Familien mit (1) eingeschränkter navigationaler Gesundheitskompetenz und (2) Kindern mit komplexen Versorgungsbedarfen (3-18 Jahre) über Kooperationspartner rekrutiert (z.B. niedergelassene Kinder- und Jugendärzt:innen, Physiotherapeut:innen, Schulen) und nach Bedarfslage durch Familienlots:innen begleitet.

Parallel zur Feldphase werden mit Eltern semistrukturierte Interviews durchgeführt, die nicht-direktive Leitfragen zu (1) den persönlichen Erfahrungen der Eltern mit der aktuellen Versorgungssituation, (2) Ansatzpunkten zur Stärkung der Versorgung sowie (3) hinderlichen und förderlichen Kontextfaktoren umfassen. Im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse werden Ansatzpunkte zur Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung identifiziert und konkrete Handlungsempfehlungen zur Tätigkeit der Familienlots:innen abgeleitet. In einer zweiten Interviewphase werden Eltern eingeschlossen, die bereits durch das Versorgungsnetzwerk betreut werden. In diesen Interviews sollen mögliche Effekte des Netzwerks identifiziert werden.

Diskussion: Im Rahmen des BVÖGD-Kongresses 2024 werden die Ergebnisse der Interviews und der Feldphase mit Familienlots:innen vorgestellt. Die Ergebnisse des Projekts bilden die Grundlage für die geplante Verstärkung des kommunalen Versorgungsnetzwerks in einem Mannheimer Stadtteil mit vermehrten sozialen Risikofaktoren und perspektivisch die Übertragung auf weitere Quartiere. Durch die Zielgruppe und den Fokus auf einen Stadtteil mit ausgeprägten Bedarfslagen soll das Versorgungsnetzwerk einen Beitrag zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit leisten.

Armut, Kindergesundheit und Frühe Hilfen: Zur gesundheitlichen Lage der Familien mit kleinen Kindern in Deutschland 2022

Autorinnen/Autoren A. Neumann¹, D. Chakraverty¹, S. M. Ulrich², I. Renner¹

Institute 1 Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln; 2 Nationales Zentrum Frühe Hilfen im Deutschen Jugendinstitut e.V., München
DOI 10.1055/s-0044-1781758

Hintergrund: Frühe Hilfen bieten werdenden Eltern und Familien mit Kindern im Alter bis zu drei Jahren Unterstützung. Ihr Ziel ist das gesunde und entwicklungsförderliche Aufwachsen aller Kinder in Deutschland. Die verschiedenen Angebote der Frühen Hilfen sind niedrigschwellig konzipiert, ihre Inanspruchnahme ist freiwillig und kostenfrei. Sie richten sich insbesondere an Familien in Belastungslagen. Doch auch »universell-präventive« Angebote, die sich an alle Familie rundum die Geburt richten (z.B. die Wochenbettbetreuung), sind von zentraler Bedeutung auch für die Versorgung psychosozial belasteter Familien: sie können einerseits unmittelbar den Bedarf an Unterstützung und Austausch erfüllen, und andererseits als »Türöffner« und Zugangsweg zu selektiven Unterstützungsangeboten dienen. All diese Angebote stehen vor der Herausforderung, (auch) Familien mit hohem Unterstützungsbedarf zu erreichen, die von der Nutzung eines Angebotes besonders profitieren könnten. Dies gelingt jedoch oftmals nicht (»Präventionsdilemma« [1]). Dabei ist bekannt, dass psychosoziale Belastungen der Familie, wie z.B. Armut, mit Beeinträchtigungen der kindlichen Gesundheit und Entwicklung einhergehen: so zeigen Daten der KiGGs Studie des Robert Koch-Instituts, dass ein niedriger sozioökonomischer Status von Familien und mit ungünstigen Werten bei der Gesundheit von Kindern im Alter zwischen 3 und 17 verbunden ist [2].

Die Studie KiD 0-3: Der vorliegende Beitrag präsentiert aktuelle, bundesweit repräsentative Daten zur kindlichen Gesundheit und Entwicklung, sowie zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten rundum die Geburt. Datenbasis ist die Studie »KiD 0-3 2022« des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Insgesamt wurden im Jahr 2022 Daten von 7.818 Familien mit Kindern im Alter bis zu drei Jahren erhoben [3]. Die Eltern wurden zwischen April und Dezember 2022 während einer Früherkennungsuntersuchung (U3-U7a) von Kinderärztinnen und -ärzten in ihrer jeweiligen Kinderarztpraxis für die Teilnahme an der Studie gewonnen. Die Kinderärztinnen und -ärzte dokumentierten den jeweiligen kindlichen Gesundheitsstatus und Entwicklungsstand. 5.591 Mütter und Väter füllten parallel dazu einen Online-Fragebogen zu Belastungen und Ressourcen sowie zur Nutzung und Bewertung von Angeboten für Schwangere und junge Familien aus. Die Studie wurde gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Rahmen der Bundesstiftung Frühe Hilfen aus dem Aktionsprogramm »Aufholen nach Corona für Kinder und Jugendliche« der Bundesregierung.

Ergebnisse und Diskussion: Die Ergebnisse der Studie machen einerseits deutlich, dass es den Kindern in Deutschland insgesamt gut geht. Andererseits zeigt sich jedoch auch, dass die kindliche Gesundheit und Entwicklung stark von der sozioökonomischen Lage der Familie abhängig sind. Auch in der Inanspruchnahme von Angeboten für Schwangere und Familien mit jungen Kindern zeigen sich deutliche soziale Unterschiede: Familien in Armut nutzten primärpräventive Angebote (z.B. Geburtsvorbereitungskurse) wesentlich seltener als Familien ohne Armut. Ähnliche Unterschiede, aber mit umgekehrten Vorzeichen, zeigten sich für die Nutzung von sekundärpräventiven Angeboten wie der die längerfristig aufsuchenden Betreuung und Begleitung durch eine Gesundheitsfachkraft und den Schwangerschaftsberatungsstellen.

Die präsentierten Ergebnisse werden Daten der KiD 0-3 Studie 2015 gegenübergestellt und im Hinblick auf die Situation von Familien während der Coronapandemie, sowie mit Blick auf die evidenzbasierte Weiterentwicklung der Frühen Hilfen diskutiert.

Literatur

- [1] Bauer, Ulrich (2005): Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden
- [2] Kuntz, Benjamin/Rattay, Petra/Poethko-Müller, Christina/Thamm, Roma/Hölling, Heike/Lampert, Thomas (2018): Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2. In: Journal of Health Monitoring, Jg. 3, H. 3, S. 19–36, Berlin
- [3] Renner, Ilona/Chakraverty, Digo/Hänelt, Maria/Lux, Ulrike/Neumann, Anna/Ulrich, Susanne M. (2023): Design und Methoden der NZFH-Studie zu Familien mit kleinen Kindern. Faktenblatt 1 zur Studie »Kinder in Deutschland 0-3 2022«. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

Jugendgesundheitsuntersuchung – Eine repräsentative Elternbefragung der BZgA zu Determinanten der Inanspruchnahme der J1

Autorinnen/Autoren H. Ebrahimzadeh-Wetter¹, U. Münstermann¹, U. von Rügen¹, V. Stander, M. Bödeker¹

Institut 1 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
DOI 10.1055/s-0044-1781759

Hintergrund: Für Kinder und Jugendliche sind aktuell die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 sowie die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 als Regelleistungen kostenfrei nutzbar. Die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 umfasst neben einer körperlichen Untersuchung ein orientierendes Gespräch zur Lebenssituation in Familie, Schule und Freizeit sowie die Überprüfung des Impfstatus. Die J1 hat die wichtige Aufgabe, psychische und psychosoziale Risikofaktoren rechtzeitig zu erkennen, die die körperliche, geistige und soziale Entwicklung in der Pubertät gefährden könnten.

Nach Daten des Robert Koch-Instituts (KiGGS Welle 2 2014–2017) liegen die Teilnahmequoten an den meisten Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter bei über 95%. Dagegen fallen die Raten bei der J1-Untersuchung deutlich ab. Der Versorgungsatlas stellte für die Jahre 2007 bis 2010 eine Inanspruchnahme von durchschnittlich 43% fest und in den Jahren 2012 bis 2014 lag sie mit 46–48% nur geringfügig darüber. Während der COVID-19-Pandemie zeigte sich für die meisten U-Untersuchungen ein positiver Trend, die Teilnahmequoten erhöhten sich im Vergleich zu den Vorjahren. Nicht so bei der J1-Untersuchung: Hier sanken die Teilnahmequoten. Mit Blick auf diese Entwicklungen empfiehlt die Interministerielle Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ die Förderung der Inanspruchnahme der Jugendgesundheitsuntersuchungen, um mit dieser etablierten Regelleistung Unterstützungs- oder Therapiebedarfe bei den Jugendlichen frühzeitig ärztlich zu identifizieren und geeignete Hilfen veranlassen zu können.

Zur Untersuchung möglicher Ursachen für die vergleichsweise geringere Inanspruchnahme der J1 und die Ableitung von Handlungsansätzen zu deren Förderung ermittelt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) über eine repräsentative Befragung von Eltern den Bekanntheitsgrad der J1 sowie fördernde und hemmende Faktoren ihrer Inanspruchnahme.

Methoden: Eine repräsentative Stichprobe der deutschsprachigen Wohnbevölkerung, in deren Haushalt Kinder bzw. Jugendliche (im Alter von 10 bis 15 Jahren zum Befragungszeitpunkt) leben, wurde mittels computergestützter Telefoninterviews (CATI) befragt. Die Befragung fand von Dezember 2022 bis Januar 2023 statt und wurde im Dual-Frame-Ansatz über Festnetz- und Mobiltelefonnummern durchgeführt.

Erfragt wurden die Bekanntheit der J1-Untersuchung, die bisherige bzw. geplante Inanspruchnahme sowie mögliche Gründe für ausstehende Teilnahmen. Für die Planung zukünftiger Maßnahmen wurde zudem nach bevorzugten Kanälen in der Information von Eltern und Jugendlichen gefragt.

Realisiert wurde ein Stichprobenumfang von n = 1.002 Telefoninterviews. Die Interviewdauer lag bei durchschnittlich 15 Minuten. Um mögliche Verzerrungen der Bevölkerungsstichprobe auszugleichen, wurde die Stichprobe im Anschluss an die Datenerhebung in den Merkmalen Alter, Geschlecht, Schulbil-

dung, Haushaltsgröße, Wohnort sowie Alter und Geschlecht der Kinder an die aus dem Mikrozensus des Statistischen Bundesamts bekannten Sollstrukturen angeglichen.

Ergebnisse: Nach vorläufiger Analyse der erhobenen Daten haben ca. zwei Drittel der befragten Eltern schon von der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 gehört oder gelesen (68%). Frauen ist die J1 deutlich häufiger bekannt als Männern (87% vs. 49%). Ein Migrationshintergrund ist mit einer geringeren Bekanntheit der J1 assoziiert (56%). Teilweise sind zudem regionale Unterschiede sichtbar: Im Osten ist die Bekanntheit (64%) geringer als im Westen (69%) und im Norden (64%) deutlich geringer als im Süden (74%).

Gut jeder zweite Befragte mit Kindern ab 12 Jahren gibt an, dass das eigene Kind schon an der J1-Untersuchung teilgenommen hat (53%). 41% der Befragten gaben an, ihr Kind habe noch keine J1 absolviert und weitere 6% wissen nicht, ob das Kind bereits an der J1 teilgenommen hat. Als Gründe für noch ausstehende Teilnahmen geben die Teilnehmenden an, es vergessen zu haben (16%), einen Termin geplant oder vereinbart, aber noch nicht realisiert zu haben (15%), Einwände des Kindes/Sinn werde hinterfragt (14%) und dass der Termin auf den spätmöglichen Zeitpunkt verschoben wurde (13%).

Informationen über die J1 wünschen sich die befragten Eltern am ehesten von ihrer Kinderarztpraxis (63%) oder Krankenkasse (49%). Eine Terminerinnerung sollte aus Elternsicht ebenfalls von diesen beiden Institutionen erfolgen. Die Terminvereinbarung zur J1 erfolgt in der Regel durch die Eltern/Sorgeberechtigten. In fast allen Fällen haben Eltern und Kind den Termin der J1-Untersuchung gemeinsam wahrgenommen oder planen dies entsprechend (94%).

Diskussion: Die vorläufigen Ergebnisse zur Inanspruchnahme und Bekanntheit der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 weisen darauf hin, dass eine verstärkte, niedrigschwellige Information über die Jugendgesundheitsuntersuchung und ihre Inhalte die Teilnahme befördern könnte. Da Eltern eine zentrale Rolle bei der Inanspruchnahme der J1 einnehmen und sie zumeist den Termin anbahnen, sollten sie in Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme der J1 zukünftig noch stärker berücksichtigt werden und mit mehrsprachigem Informationsmaterial angesprochen werden. Besonders aussichtsreich erscheinen hierzu Kooperationen mit den von den Eltern favorisierten Akteuren wie Krankenkassen und Praxen für Kinder- und Jugendmedizin sowie mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und dem Schulwesen. Weitere Beiträge können z. B. Social Media Inhalte leisten, die Jugendliche auf die J1 aufmerksam machen und sie zur Teilnahme motivieren.

Zahnmedizin – Block 1

08:30 – 10:00 | Saal X.2

Update Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH)

Autor Y. Wagner¹

Institut 1 Zahnmedizinisches Fortbildungszentrum Stuttgart (ZFZ Stuttgart) – eine Einrichtung der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Stuttgart

DOI 10.1055/s-0044-1781760

Die Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH) ist die derzeit in der Öffentlichkeit am meisten diskutierte Strukturstörung im permanenten Gebiss. Volkstümlich auch bekannt als „Kreidezähne“. Doch was bedeutet diese Diagnose für den Patienten? Was bedeutet sie für das Zahnarztteam? Welches sind die neuesten Erkenntnisse zu möglichen Ursachen? Auf was sollten Sie bei der Diagnostik achten? Wie können Sie die MIH differentialdiagnostisch unterscheiden? Was sind geeignete Prophylaxemaßnahmen? Wie sieht die Therapie aus und was sind mögliche Langzeitfolgen? Der Vortrag gibt einen Überblick zu aktuellen Erkenntnissen.

Infektionsschutz – Block 1

08:30 – 10:10 | Saal X.3

Fisch, nicht Fleisch ... beispielhaft abgelaufener Fall einer "küstennahen" Wurstvergiftung (bestätigter Botulismus)

Autor B. Friege¹

Institut 1 Fachdienst Gesundheit im Kreis Pinneberg, Elmshorn

DOI 10.1055/s-0044-1781761

Einleitung: Fallbericht: Zwei Tage nach einer Fischmahlzeit kommt ein 46jähriger Mann mit Bauchschmerzen und progredienten motorischen Defiziten in die Notaufnahme eines Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung. Eine frühzeitige elektrophysiologische Untersuchung (Motorische Neurographie) schon bei der Aufnahme erhärtet die seltene Verdachtsdiagnose eines Botulismus. Parallel erfolgen sehr schnell weitere Diagnostik, symptombezogene medizinische Versorgung (Intensivtherapie inkl. künstlicher Beatmung), Herbeischaffen einer kausalen Therapie (Antitoxin) sowie Meldung ans Gesundheitsamt.

Der Botulinus-Neurotoxin-Subtyp E (BoNT/E) wird im engen Zeitfenster in Patientenserum und einer sichergestellten Lebensmittelverpackung nachgewiesen. Dank frühzeitig eingesetzter Antitoxin-Behandlung gelingt binnen weniger Tage eine erhebliche klinische Verbesserung des Patienten.

Wegen der Falsch- und deutlichen Überlagerung des Lebensmittels kann von einem tragischen Einzelfall aus Nachlässigkeit ausgegangen werden. Maßnahmen wie ein Warenrückruf sind daher verzichtbar.

Hintergrund: Schon der Krankheitsverdacht von Botulismus ist nach Infektionsschutzgesetz meldepflichtig. Trotz fehlender Mensch-zu-Mensch-Ansteckung dieser Lebensmittelintoxikation besteht ein potentiell hohes Risiko für andere Verbraucher und muss daher schnell zuverlässig abgeschätzt werden. Grundlage ist ein gutes Zusammenspiel der verschiedenen Akteure und ein schneller Informationsfluss zur Ursache.

Um die Vorgänge nach oder während eines Ereignis zu evaluieren und daraus zu lernen, gibt es als Methoden das Intra Action Review (IAR) oder After Action Review (AAR).

Schlussfolgerung/Ausblick: Der bevorstehende Feiertag (Himmelfahrtstag) wurde als Gelingens-Hemmnis bei engem Zeitfenster antizipiert. Alle Beteiligten handelten rasch, so dass die diagnostische Kausalkette schnell und lückenlos geschlossen werden konnte.

Für den Patienten ging diese seltene, lebensgefährliche Lebensmittelintoxikation gut aus. Weitere Betroffene gab es nicht. Das „hellwache“ Agieren in der Notaufnahme und Meldung versetzte alle eingeschalteten Behörden inkl. Fachaufsicht und beauftragten Labore zu zielgerichtetem schnellem Handeln. Gelohnt wurde dies mit schnellen, schlüssigen Ergebnissen, dem Therapieerfolg und der wichtigen bevölkerungsrelevanten Entscheidung auf einen Warenrückruf bewusst zu verzichten.

Im Sinne eines After Action Review (AAR) zu dem spannenden Fall hat das Gesundheitsamt Pinneberg im Nachgang fragebogengestützt Kurzinterviews mit Klinik, Klinikhygiene, Lebensmittelaufsicht und Referenzlabor geführt. Hier bestätigte sich der Eindruck der guten Zusammenarbeit aller Akteure mit positivem Ergebnis für den Betroffenen und die Bevölkerung.

Ausbruchsuntersuchung von vier Diphtheriefälle unter wohnungslosen und drogengebrauchenden Menschen im Frankfurter Bahnhofsviertel, 2023

Autorinnen/Autoren J. Haller^{1, 2, 3}, A. Berger⁴, A. Dangel⁴, C. Kleine¹, D. Schmidt¹, U. Goetsch¹, A. Sing⁴

Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Abteilung Infektiologie;

2 Postgraduierenausbildung für angewandte Epidemiologie, Abteilung für

Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin; 3 ECDC Fellowship Programme, Field Epidemiology path (EPIET), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Sweden; 4 Nationales Konsiliarlabor für Diphtherie, Bayerisches Landesamt für Gesundheit u. Lebensmittel-sicherheit (LGL), Oberschleißheim
DOI 10.1055/s-0044-1781762

Hintergrund: Im Februar 2023 wurde ein in der Wohnungslosigkeit lebender Mensch im Frankfurter Bahnhofsviertel mit Halsschmerzen und Dyspnoe, einer für eine Rachendiphtherie typischen Symptomatik, stationär aufgenommen. Im Rachenabstrich wurde ein *Corynebacterium diphtheriae* nachgewiesen, der in der Diphtherietoxigen-PCR positiv (*tox*+) war. Für den Elek-Test (Nachweis der Diphtherietoxin (DT)-produktion und eine weitere molekularbiologische Untersuchung war der Bakterienstamm leider nicht mehr verfügbar. Erkrankungen mit DT bildenden *C. diphtheriae* sind in Deutschland sehr selten, da die Bevölkerung im Allgemeinen durch Impfung gut gegen Diphtherie geschützt und die Kolonisationsrate der Normalbevölkerung in Industrienationen gering ist. Infektionen durch *tox*+ *C. diphtheriae* sind hierzulande in der Regel reise- oder migrationsassoziiert. Erst durch einen seit dem Sommer 2022 andauernden europaweiten Ausbruch von Diphtherie unter geflüchteten Personen wurden den Gesundheitsämtern nach langer Zeit wieder vermehrt Diphtheriefälle gemeldet. In den meisten Fällen handelt es sich um Hautdiphtherie durch *C. diphtheriae*. Im Frankfurter Obdachlosenmilieu traten im Jahr 2023 drei Diphtheriefälle bei Personen ohne Migrationshintergrund auf. Wir führten eine Ausbruchsuntersuchung durch, um weitere Fälle zu identifizieren, das Ausmaß des Ausbruchs zu beurteilen, Maßnahmen zur Eindämmung einer Ausbreitung zu ergreifen und eine potentielle gemeinsame Infektionsquelle zu identifizieren.

Maßnahmen: Als Fälle wurden Erwachsene definiert, die zwischen Februar und Oktober 2023 im Frankfurter Bahnhof gelebt haben und an respiratorischer oder kutaner Diphtherie erkrankt waren mit einem Labornachweis für einen DT-bildenden Stamm von *C. diphtheriae*. Diese Personen wurden, soweit noch erreichbar, in Hilfs- und Substitutionseinrichtungen im Frankfurter Bahnhofsviertel für Fallinterviews aufgesucht, bei stationärer Aufnahme in der Klinik. Es wurden insgesamt 3 weitere Proben (welche Abstrichlokalisationen waren das? Nasen-Rachenabstriche?) entnommen. Mit dem Vertragslabor wurde vereinbart, bei einem kulturellen Nachweis von *C. diphtheriae* diesen Stamm an das Nationale Konsiliarlabor für Diphtherie für weitere Analysen wie *tox*-- PCR, Elek-Test (DT-Nachweis des *C. diphtheriae*-Stamms) und eine Feintypisierung mittels Ganzgenomsequenzierung zu versenden. Um eine Ausbreitung zu verhindern, wurden die Mitarbeiter der Hilfs- und Substitutionseinrichtungen im Bahnhof über die Erkrankung informiert und ihr Impfstatus durch Mitarbeiter des Gesundheitsamtes überprüft. Außerdem wurde bei den Menschen, die die Angebote in diesen Einrichtungen in Anspruch nehmen, bei Bedarf eine Auffrischungsimpfung durchgeführt, bei Verdachtsfällen Abstriche genommen. Evtl. Gabe einer Postexpositionsprophylaxe?

Ergebnisse: Insgesamt wurde bei vier in der Wohnungslosigkeit lebenden Personen aus dem Frankfurter Bahnhofsviertel zwischen Februar und Oktober 2023 Toxin bildende Stämme von *C. diphtheriae* nachgewiesen, bei drei von ihnen in Hautabstrichen, im ersten Fall aus einem Rachenabstrich. Die Toxizität von *C. diphtheriae* konnte bei drei Fällen mittels des Elek-Test bestätigt werden. Ebenfalls konnte durch eine Ganzgenomsequenzierung der enge Verwandtschaftsgrad zwischen drei Fällen mit Unterschieden in ein bis zwei Allelen bestätigt werden. Alle drei Fälle weisen den Sequenztyp ST-574 auf, ein aus dem o.g. europaweitem Flüchtlingsgeschehen bekanntem Ausbruchsstamm. Drei der vier Fälle waren männlich, mit intravenösen Drogenkonsum ($n = 3$) und Alkoholabhängigkeit ($n = 1$). Die Phylogenie und die verfügbaren Aufenthaltsinformationen deuten auf eine Ansteckungsquelle im Frankfurter Bahnhofsviertel, da sich alle Betroffenen in der Wohnungslosigkeit befindlichen Personen dort über einen längeren Zeitraum aufgehalten haben. Ein Kontakt zwischen den Personen ist nicht bekannt. Eine gemeinsame Ansteckungsquelle könnte laut der Befragung der Personen der gemeinsame Schlafplatz oder die Gemeinschaftsbäder in den Hilfseinrichtungen sein.

Diskussion: Epidemiologische und mikrobiologische Untersuchungen bestätigten den Zusammenhang zwischen den vier Diphtheriefällen. Die Lebensumstände der Betroffenen sprechen dafür, dass Übertragungen Toxin bildender Diphtheriebakterien im Frankfurter Bahnhofsviertel stattgefunden haben. Drei Fälle sind dem europaweiten Diphtherieausbruch unter Migranten dem ST 574 zuzuordnen. Es konnte aus der Anamnese kein eindeutiger epidemiologischer Zusammenhang zwischen den Fällen im Frankfurter Bahnhofsviertel und Fällen unter Geflüchteten hergestellt werden. Eine fortgesetzte aktive Fallfindung unter Menschen, die Wohnungslosigkeit erleben, erscheint sinnvoll, um einen Überblick über den Ausbruch zu gewinnen. Darüber hinaus sollte das Impfangebot für obdachlose Menschen in Hilfseinrichtungen aufrechterhalten werden.

Hepatitis A in einer Gemeinschaftsunterkunft für ukrainische Flüchtlinge: Maßnahmen zur Eindämmung und Lessons Learned

Autorinnen/Autoren A. Marcic¹, T. Basedow¹, M. Valentin¹, M. Schimmerer², J. J. Wenzel², A. Krumbholz³

Institute 1 Amt für Gesundheit der Landeshauptstadt Kiel, Abteilung Infektionsschutz; 2 Nationales Konsiliarlabor für Hepatitis-A-Virus und Hepatitis-E-Virus, Institut für Mikrobiologie und Hygiene, Universitätsklinikum Regensburg; 3 Labor Dr. Krause und Kollegen MVZ GmbH, Kiel
DOI 10.1055/s-0044-1781763

Ende Februar 2023 erhielt das Gesundheitsamt an zwei aufeinanderfolgenden Tagen zwei Meldungen einer serologisch bestätigten Hepatitis A-Infektion im Zusammenhang mit einer Gemeinschaftsunterkunft für ukrainische Flüchtlinge. Betroffen war ein männlicher Flüchtling mittleren Alters und eine ehrenamtliche HelferIn Ende Fünfzig, die in einer der Unterkünfte angegliederten Kindertagesstätte tätig war. Bei beiden war eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich. Der als Indexperson geführte Flüchtling war mit seiner elfköpfigen Familie A in zwei Räumen in der Unterkunft untergebracht, davon 10 Personen in einem Raum. Die Familie hielt sich seit dem Frühjahr 2022 in Deutschland/ Kiel auf. Die Ermittlungen ergaben einen Kontakt der ungeimpften Betreuerin zu Kindern der betroffenen Familie A.

Einer Ausbreitung der Infektion wurde durch Riegelungsimpfungen und kurzfristig veranlasste Hygienemaßnahmen wie intensivierte Händehygiene, Nutzung eines separaten Sanitärbereiches, viruswirksame Desinfektion der Sanitärbereiche und Betretungsverbote für Gemeinschaftseinrichtungen entgegengewirkt.

Ein Jugendlicher aus der Familie A, der Anfang März postexpositionell geimpft worden war, erkrankte Mitte März mit HAV-typischer Symptomatik und wurde ambulant behandelt. Im Blut wurde HAV RNA nachgewiesen. Mitte April wurde bei einem Jugendlichen aus einer anderen Familie (B) eine symptomatische HAV-Infektion diagnostiziert (Nachweis von Antikörpern und HAV-RNA im Blut). Es bestand ein Kontakt zu dem Mitte März erkrankten Jugendlichen. Der Jugendliche aus Familie B war damals nicht als Kontaktperson ermittelt worden und hatte kein Impfangebot erhalten. Familie B und ihren Kontaktpersonen wurde umgehend eine Impfung angeboten.

Diagnostik und Ergebnisse: Im Rahmen der Infektionsquellensuche, wurde unter der Annahme, dass es unter den Mitgliedern der Familie A eine(n) asymptomatische(n) Ausscheider(in) gab, Stuhluntersuchungen auf HAV-RNA veranlasst.

HAV-RNA wurde in Stuhlproben nachgewiesen, die mehrere Wochen nach der ersten Krankheitsmeldung entnommen wurden. Es zeigte sich, dass drei Kinder der Familie, zu denen die ehrenamtliche HelferIn Kontakt hatte, hohe Mengen an HAV-RNA ausschieden.

Bei den Erkrankten und den subklinisch Infizierten ließ sich ein identischer HAV Stamm vom Subgenotyp IA nachweisen.

Kontaktpersonenermittlung und Maßnahmen: In der Gemeinschaftsunterkunft waren auf einer Etage jeweils ca. 100 Personen untergebracht, die sich mehrere Sanitäräume miteinander teilten. Nach Feststellen der ersten Infektion bei dem männlichen Flüchtling wurde der betroffenen Familie A ein separater Sanitärbereich zugewiesen. Die Desinfektion der Sanitärbereiche wurde auf ein viruzides Flächendesinfektionsmittel umgestellt. Außerdem wurden die Familie A und ihre Kontaktpersonen über Hygienemaßnahmen aufgeklärt und in Abhängigkeit vom Impfstatus Betretungsverbote für Gemeinschaftseinrichtungen ausgesprochen, eine Tätigkeit im Lebensmittelbereich war nicht gegeben.

Es wurden 125 Kontaktpersonen in der Unterkunft und in Gemeinschaftseinrichtungen der Kinder von Familie A ermittelt. Das Gesundheitsamt führte Riegelungsimpfungen in den betroffenen Einrichtungen bei insgesamt 80 Personen durch. Zusätzlich wurden 20 Personen des Personals im betriebsärztlichen Kontext geimpft. Mitte April wurden anlässlich der Erkrankung eines Jugendlichen in Familie B in einem anderen Gebäude der Unterkunft weitere 58 Kontaktpersonen identifiziert, von den 33 Personen postexpositionell geimpft wurden.

Diskussion und Fazit: 10 Tage nach der ersten HAV-Meldung wurde die erste Riegelungsimpfung durchgeführt. Im weiteren Verlauf trat eine Infektion bei einem Jugendlichen von Familie B in einem anderen Gebäude der Unterkunft auf. Dieser hatte Kontakt zu dem Jugendlichen von Familie A, war zuvor jedoch nicht als Kontaktperson identifiziert worden und nicht geimpft worden. Die beruflich indizierten Impfungen beim Personal der Unterkunft waren nicht konsequent umgesetzt worden.

Die Infektionen lassen sich auf einen identischen Virusstamm zurückführen und wurden wahrscheinlich in Deutschland erworben, da sich die Familien bereits seit 10 Monaten in Deutschland aufgehalten hatten. Kontakte ins Ausland und Lebensmittelimporte wurden nicht festgestellt. Eine Infektionsquelle konnte abschließend nicht ermittelt werden.

Die Fallserie bekräftigt die Beobachtung, dass schwere HAV-Infektionen, die eine Krankenhausbehandlung erfordern, vor allem nach dem 40. Lebensjahr auftreten. Weiterhin wurde bestätigt, dass asymptomatisch infizierte Kleinkinder HAV in großen Mengen ausscheiden können und als Infektionsquelle in Frage kommen.

Durch die veranlassten Riegelungsimpfungen in Verbindung mit intensivierten Hygienemaßnahmen konnten weitere Erkrankungen verhindert werden. HAV kann in Massenunterkünften ein relevantes Infektionsrisiko darstellen. Die bestehende Impfpflicht der STIKO [1] zur beruflichen Indikation bei erhöhtem Expositionsrisiko bzw. Tätigkeit in Flüchtlingsunterkünften sollte konsequent umgesetzt werden. Das Beispiel der schwer erkrankten ehrenamtlichen HelferIn unterstreicht die Bedeutung, beruflich indizierte Impfungen gemäß STIKO-Empfehlung auch für ehrenamtliche Helfer*innen anzubieten, wenn sie ein erhöhtes Expositionsrisiko haben.

Die im Rahmen der Infektionsquellensuche veranlassten Stuhluntersuchungen sind zwar zum Erkennen von Ausscheidern geeignet, aufgrund der Sensitivität des Verfahrens jedoch kaum eine geeignete Basis für die Ableitung von Schutzmaßnahmen durch den ÖGD. Der Nachweis einer Erregerausscheidung mit dem Stuhl war über einen Zeitraum von drei Monaten möglich. Einschränkende Maßnahmen wie Betretungsverbote müssen mit dem Risiko der Infektionsübertragung ins Verhältnis gesetzt werden. Die Entscheidung über Betretungsverbote für Gemeinschaftseinrichtungen sollte entsprechend der Empfehlung des RKI für die Wiederzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen an der Immunität und möglichen Maßnahmen zur Verhütung der Übertragung ausgerichtet werden [2].

Eine detaillierte Beschreibung der Fallserie und der getroffenen Maßnahmen wurde bei J Med Virol zur Veröffentlichung eingereicht (Krumbholz et al., 2023, Hepatitis A outbreak in a refugee shelter in Kiel, northern Germany) und wird aktuell begutachtet.

Literatur
[1] Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen_node.html
[2] Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für die Wiederzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Wiederzulassung/Mbl_Wiederzulassung_schule.html

Salmonellose in Deutschland: Epidemiologische Erkenntnisse aus den Surveillancedaten, 2012 bis 2022

Autorinnen/Autoren S. Brinkwirth^{1,2,3}, A. Dörre⁴, K. Stark¹, A. Meinen¹
 Institute 1 Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, FG 35: Gastrointestinale Infektionen, Zoonosen und tropische Infektionen, Berlin, Deutschland; 2 Robert Koch-Institut, Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie (PAE), Berlin, Deutschland; 3 European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Schweden; 4 Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, FG 31: ÖGD-Kontaktstelle | Krisenmanagement, Ausbruchsuntersuchungen und Trainingsprogramme, Berlin, Deutschland
 DOI 10.1055/s-0044-1781764

Hintergrund: Salmonellose gilt in Deutschland als die zweithäufigste bakterielle gastrointestinale Erkrankung und weltweit als eine der Hauptursachen für Durchfallerkrankungen. Die Hauptübertragungswege sind kontaminierte Lebensmittel und der Kontakt mit infizierten Tieren. Unsere Studie analysiert die Meldedaten nicht-typhoider Salmonellosen von 2012 bis 2022 in Deutschland, um evidenzbasierte Ansätze für zukünftige Präventions- und Kontrollmaßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu entwickeln.

Methoden: Wir verwendeten gemäß dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) übermittelte Daten, die den Referenzdefinitionen für nicht-typhoide Salmonellose entsprechen. Jährliche Inzidenzen pro 100.000 Einwohner wurden berechnet, und soziodemographische Merkmale sowie zeitliche und räumliche Trends dargestellt. Wir stratifizierten die Auswertungen nach Alter, Geschlecht, Bundesland, Expositionsort, Serovar und Erkrankungsschwere (hospitalisiert/verstorben; Auswertung ab 2017). Die fallspezifisch übermittelten Informationen wurden auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft, und die Datenanalyse erfolgte mithilfe von R (Version 4.2.1).

Ergebnisse: Für den Zeitraum von 2012 bis 2022 berücksichtigten wir 150.086 Salmonellose-Fälle. Die jährliche Inzidenz der Salmonellose sank um 58 %, von 26 (2012) auf 11 pro 100.000 (2022). Nach einer Plateauphase von 2015 bis 2019 mit 16-17 Fällen pro 100.000 nahm die Inzidenz mit Beginn der COVID-19-Pandemie (2020) um 37 % auf 10 pro 100.000 deutlich ab. Regionale Unterschiede in der Inzidenz waren über den gesamten Zeitraum signifikant. Besonders betroffen waren Kinder unter fünf Jahren mit einer mittleren Inzidenz von 55 Fällen pro 100.000. Unter den Fällen mit verfügbaren Informationen zum Expositionsort (Datenvollständigkeit 76 %, n = 114.501) wurden 16 % als importierte, reise-assoziierte Fälle klassifiziert. Von 2012 bis 2022 ging die Anzahl der Fälle, bei denen Deutschland als Expositionsort angegeben war, um 74 % zurück (von 16.587 auf 4.266 Fälle). Unter den gemeldeten Serovaren (Datenvollständigkeit 76 %, n = 113.377) wurden *S. Enteritidis* und *S. Typhimurium* mit 39 % bzw. 37 % durchgehend am häufigsten übermittelt. Der Anteil schwerer Erkrankungen (Datenvollständigkeit 86 %, n = 57.658) wurde ab dem Jahr 2017 in unsere Analyse einbezogen und blieb bis 2022 konstant bei ca. 30 % jährlich. Insbesondere in der Altersgruppe über 60 Jahren stieg der prozentuale Anteil schwerer Erkrankungen kontinuierlich an (bis zu 56 % in der Altersgruppe über 80 Jahren).

Schlussfolgerung: Der Rückgang der übermittelten nicht-reiseassoziierten Fallzahlen kann ein Zeichen für die Effektivität von Präventions- und Hygienemaßnahmen sowie Anstrengungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sein. Als Risikogruppen wurden Kinder unter fünf Jahren sowie, speziell für schwere Erkrankungen, Erwachsene über 60 Jahren identifiziert und sollten bei Maßnahmenplanungen besonders berücksichtigt werden. Zukünftige Forschung könnte die Ursachen für die starken regionalen Unterschiede in der Inzidenz genauer untersuchen.

Anstieg der Hepatitis B- und C-Meldungen in Mannheim: Potentiale und Pitfalls bei der Ursachenanalyse und Präventionsarbeit

Autorinnen/Autoren K. Schwöbel¹, M. Weiler¹, E. Fernandez¹, S. Aysel-Bakirci¹, I. Ehrhard¹, P. Schäfer¹, N. Oster¹
 Institut 1 Stadt Mannheim, Jugendamt und Gesundheitsamt, R1,12, Mannheim
 DOI 10.1055/s-0044-1781765

Hintergrund: Im Jahr 2016 formulierte die WHO eine globale Strategie zur Eliminierung von Virushepatitis B und C. In den vergangenen Jahren wird bundesweit ein Anstieg von Hepatitis B- und C-Fällen beobachtet. Diskutiert werden als Gründe hierfür die Änderungen der Meldepflicht 2017 und der RKI-Referenzdefinition 2019, die Einführung des kostenlosen HBV- und HCV-Screenings 2021 für alle gesetzlich Krankenversicherten ab 35 Jahren sowie die Migrationsbewegung aus der Ukraine. Eine Ursachenanalyse des RKI ergab keine umfassende Erklärung für diesen Anstieg. In Mannheim sind zwischen 2019 und 2022 die bevölkerungsbezogenen Meldezahlen für Hepatitis B um das 2,4-fache und für Hepatitis C um das 1,2-fache gestiegen. Aufgabe der Gesundheitsämter ist die Prävention und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten. Das IfSG formuliert in §19 besondere Maßnahmen für von sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) bedrohte Menschen. Dieses Projekt soll am Beispiel Mannheims die Ursachen für die zunehmende Häufung von HBV- und HCV-Meldungen auf kommunaler Ebene analysieren sowie die Chancen und Hindernisse der fallbezogenen Präventions- und Bekämpfungsarbeit zu Hepatitis B und C aufzeigen.

Methoden: Anlässe für eine Hepatitis B- bzw. und C-Diagnostik werden ab 2022 retro- und prospektiv ermittelt und der Anteil der Meldungen, die sich auf das kostenlose Screeningangebot der GKV zurückführen lassen, bestimmt. Meldungen werden hinsichtlich ihrer Aussage, ob Infektiosität und Therapieindikation bestehen, bewertet und der Anteil an aktiven HBV- /HCV-Meldungen, die aus dem kostenlosen Screeningangebot resultieren, ermittelt. Für verschiedene Befundkonstellationen werden Maßnahmenstrategien zur Primär- und Sekundärprävention festgelegt, die auf die Zuführung der Betroffenen zu einer Therapie sowie auf den Schutz ihrer engen Kontaktpersonen zielen.

Vorläufige und erwartete Ergebnisse: 2019 bis 2022 stiegen in Mannheim die bevölkerungsbezogenen Inzidenzen für Hepatitis B von 16,2 auf 39,0 und für Hepatitis C von 16,5 auf 20,3 an. Anhand der Meldungen bis KW 41 lässt sich für 2023 eine weitere Zunahme der HBV- und HCV-Meldungen absehen. Dabei erhöhte sich zwischen 2019 und 2022 der Anteil an HBV-Meldungen bei über 35-Jährigen um das 3,1-fache und damit signifikant stärker als bei jüngeren Menschen (1,2-fache). Für HCV-Meldungen ist im selben Zeitraum bei über 35-Jährigen ein Anstieg der Meldezahlen auf das 1,3-fache und für jüngere Personen auf das 1,1-fache zu beobachten. Es wird erwartet, dass sich durch weitere Ergebnisse die Untersuchungsanlässe und betroffenen Gruppen noch genauer beschreiben lassen.

Labormeldungen zu HBV und HCV lassen häufig keine eindeutige virologische Bewertung von Infektiosität und Stadium der HBV- bzw. HCV-Infektion zu, wengleich sie der gesetzlichen Vorgabe, alle Nachweise zu melden, formal entsprechen. Hierdurch wird die Ermittlungs-, Präventions- und Bekämpfungsarbeit oft erschwert.

Bisheriges Fazit: Die bisherigen Ergebnisse der Untersuchung weisen darauf hin, dass die Einführung des kostenlosen Screenings für gesetzlich Krankenversicherte ab 35 Jahren den Großteil der Zunahme an HBV-Meldungen erklären könnte, nicht jedoch den deutlich geringeren Anstieg der HBV-Meldungen bei jüngeren. Für HCV-Meldungen ist die Steigerung der Meldungen bei über 35-Jährigen deutlich geringer ausgeprägt und ähnlich wie bei jüngeren.

Die aktuell in Mannheim beobachtete Meldepraxis der Labore ist häufig formal korrekt, macht aber eine virologisch-infektiologische Bewertung der Meldun-

gen vor allem aufgrund fehlender negativer Teilbefunde schwierig. Hier wäre eine konkretere Formulierung der Meldepflicht in dem Sinn, dass, im Falle eines positiven Testergebnisses der HBV- bzw. HCV-Diagnostik, der gesamte virologische Befund einschließlich virologisch-fachärztlicher Bewertung gemeldet werden muss, hilfreich.

Daten für Taten in Kita und Schule

08:30 – 10:00 | Saal X.4

Kasseler Index für Kindergesundheit als Basis für politische Entscheidungen

Autorinnen/Autoren M. Buchholz¹, M. Brietzke¹, M. Maßmann-Pabst¹

Institut 1 Gesundheitsamt Region Kassel, Kassel

DOI 10.1055/s-0044-1781766

Einleitung: Der Kasseler Index für Kindergesundheit (KIKiG) integriert Daten zu Impfschutz, Körpergewicht, Sinnesscreening, der körperlichen Untersuchung sowie dem Entwicklungs- und Sprachscreening aus den Einschulungsuntersuchungen in Stadt und Landkreis Kassel. Er wurde entwickelt, um Erkenntnisse über die kleinräumige Verteilung dieser gesundheitlichen Ressourcen und Belastungen von Einschülerinnen und Einschülern zu erhalten.

Methode: Der aktuelle Index basiert auf den Ergebnissen der Untersuchungen zur Einschulung in den Jahren 2018-2020 und 2022. Das Jahr 2021 wurde aufgrund einer unzureichenden Datenlage während der Corona-Pandemie ausgelassen.

Für die Erstellung des KIKiG wurden die relativen Häufigkeiten der ausgewählten Gesundheitsindikatoren mit Hilfe des Programms SPSS 29.0 standardisiert, indem sie in Z-Werte transformiert wurden. Zugunsten einer leichteren Interpretation, wurden die Werte des so entstandenen additiven Summen-Indexes auf einen Bereich von 0 bis 1 skaliert und in sieben gleich große Gruppen mit den Ausprägungen „sehr niedrig bis „sehr hoch“ geteilt. Die KIKiG-Ergebnisse werden als GEO-Karten und in Balkendiagrammen dargestellt.

Ergebnisse: Die Kartendarstellung des KIKiG zeigt, dass von den 28 Gemeinden im Landkreis Kassel, fünf Gemeinden einen sehr hohen Indexwert erreichen. Gemeinden in zentraler und nördlicher Landkreislage haben zumeist einen mittleren bis niedrigen Indexwert mit drei Gemeinden im niedrigsten Bereich. In der Stadt Kassel hat nur ein Stadtteil von insgesamt 23 Stadtteilen einen sehr hohen Indexwert. Vier Stadtteile weisen einen sehr niedrigen Indexwert auf. Tendenziell liegen Stadtteile mit eher niedrigen Werten eher nördlich und östlich in der Stadt Kassel. Jedoch weist das Stadtgebiet eine sichtbare Durchmischung auf.

Die Balkendiagramme zeigen, dass auch Gemeinden und Stadtteile mit niedrigem Indexwert in Teilbereichen über dem Durchschnittswert liegen können.

Diskussion: Der Indexwert bietet eine Übersicht über die räumliche Verteilung der Kindergesundheit in Stadt und Landkreis Kassel und kann auf wichtige Ansatzpunkte für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung hinweisen. Die Ergebnisse werden genutzt, um Ausschüsse bei ihren Entscheidungen für neue Stellen, Maßnahmen und Finanzierungen zu unterstützen. Die Akteure in Stadtteilen und Gemeinden können ihn nutzen, um ihre Angebote anzupassen oder Angebotslücken zu schließen. Aufgrund der methodischen Vorgehensweise des KIKiG sowie der Standardisierung der Einschulungsuntersuchung, ist die Verwendung eines Kindergesundheitsindex auch für andere Kommunen denkbar.

„Daten für Taten im Kita-Alter (KitaGesund)“ – erste Ergebnisse am Studienstandort Dresden

Autorinnen/Autoren M. Girbig¹, C. Scheffer¹, S. Pohl², A. Schmidt², N. Schmitt³, J. Butler¹, A. Seidler¹

Institute 1 Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Medizinische Fakultät, Technische Universität Dresden; 2 Amt für Gesundheit und Prävention, Abt. Grundsatz und Verwaltung, Landeshauptstadt Dresden;

3 Amt für Gesundheit und Prävention, Abt. Kinder- und Jugendgesundheit, Landeshauptstadt Dresden

DOI 10.1055/s-0044-1781767

Hintergrund: In der frühen Kindheit – als wichtiger Lebensphase für die Initiierung von Präventionsmaßnahmen – bilden sich Lebensstile heraus, die sich zu Gesundheitsressourcen oder Gefährdungen entwickeln können. Durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) werden Kinder an wichtigen Stellen ihrer Entwicklung (zum Beispiel in der Kita und zum Schuleingang) untersucht. Die dabei erhobenen Daten werden i. d. R. allerdings nur für sich und nicht im zeitlichen Verlauf betrachtet. Das Projekt „Daten für Taten im Kita-Alter (KitaGesund)“ ist ein durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördertes Kooperationsvorhaben der TU Dresden mit Gesundheitsämtern mehrerer Berliner Bezirke sowie den Landeshauptstädten Potsdam und Dresden. Es sollen die ÖGD-Routinedaten im Kindesalter der teilnehmenden Studienstandorte verknüpft und mit zusätzlichen Daten durch Elternbefragungen ergänzt werden.

Methode: Zur Elternbefragung am Studienstandort Dresden wurden alle Familien eingeladen (n = 4.219), deren Kinder die Schulaufnahmeuntersuchung 2022/23 des ÖGD in Dresden durchliefen und ebenfalls an der Kitauntersuchung teilgenommen haben. Die Befragung erfolgte retrospektiv, bezugnehmend auf das Alter der Kinder von vier Jahren. Es wurden soziodemografische Daten der Familien, das Gesundheitsverhalten von Eltern und Kindern sowie der Gesundheitsstatus und die sozial-emotionale Entwicklung der Kinder erfasst. Zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder kam der KiddyKindl-R-Fragebogen zum Einsatz. Dieser umfasst sechs Dimensionen: „körperliches Wohlbefinden“, „seelisches Wohlbefinden“, „Selbstwert“, „Wohlbefinden in der Familie“, „Wohlbefinden in Bezug auf Freunde“ und „Funktionsfähigkeit im Kindergarten“. Jede Dimension enthält vier Items auf einer fünfstufigen Likertskala. Die Datenanalyse erfolgte deskriptiv und analytisch (t-test für unabhängige Stichproben, multiple Regressionsanalysen).

Ergebnisse: Insgesamt haben 1.413 Kinder und deren Familien (Jungen: n = 730; 51,7 %/Mädchen: n = 683; 48,3 %) an der Befragung teilgenommen (Response: 33,5 %). Das mittlere Alter der Kinder lag bei 6,6 Jahren. Ein geringer Anteil der teilnehmenden Kinder wohnte bei einem alleinerziehenden Elternteil (n = 67; 4,7 %) oder hatte einen Migrationshintergrund (n = 192; 13,6 %). Der allgemeine Gesundheitszustand der Kinder im Alter von vier Jahren wurde durch die Eltern zum großen Teil als „sehr gut“ (n = 876; 62,8 %) eingeschätzt. Die Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität sind mit den Referenzdaten des KiddyKindl-R-Fragebogens vergleichbar. Alle Mittelwerte lagen auf einer Skala von 0 – 100 deutlich im positiven Bereich (Spannweite: 79,4 – 82,1). Weitere Analysen sind – unter verstärkter Betrachtung des Sozialstatus – sowie nach Verknüpfung mit den ÖGD-Routinedaten der teilnehmenden Kinder geplant.

Schlussfolgerung: Der größte Anteil der befragten Dresdner Kinder (Elternangaben) wies einen sehr guten Gesundheitszustand und eine hohe gesundheitsbezogene Lebensqualität auf. Die Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität sind mit den Ergebnissen der KIGGS-Studie 2007 vergleichbar.

Das Projekt „KitaGesund“ am Standort Dresden – Datenbasierte Interventionen im Kita-Alter – Von Daten zu Taten. Bericht über die Projektweiterentwicklung

Autorinnen/Autoren A. Schmidt¹, S. Pohl¹, N. Schmitt², J. Butler³, M. Girbig³, C. Scheffter³, A. Seidler³

Institute 1 Amt für Gesundheit und Prävention, Abt. Grundsatz und Verwaltung, Landeshauptstadt Dresden; 2 Amt für Gesundheit und Prävention, Abt. Kinder- und Jugendgesundheit, Landeshauptstadt Dresden; 3 Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Medizinische Fakultät, Technische Universität Dresden

DOI 10.1055/s-0044-1781768

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 ärztlich untersucht. So finden im ÖGD Sachsen in jedem Jahr eine freiwillige Kita-Untersuchung zwei Jahre vor der Einschulung und die gesetzlich verpflichtende Schulaufnahmeuntersuchung statt. 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. Am Standort Dresden wird das Projekt im Sinne von Daten für Taten für konkrete Dresdner Kita-Projekte fortgesetzt.

Methode: Am Studienstandort Dresden, erfolgte eine längsschnittliche Verknüpfung digital vorliegender ÖGD-Routinedaten des Kindesalters. Diese wurde durch eine Elternbefragung zur Schulaufnahmeuntersuchung ergänzt, welche u.a. soziodemografische Daten, Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie die sprachliche, emotionale und soziale Entwicklung der Kinder erhebt (Teilstudie I). Auf Grundlage der Analyseergebnisse werden ab Januar 2024 präventive Ansatzpunkte, spezifische Zielgruppen sowie Vorschläge für konkrete Präventionsmaßnahmen abgeleitet. Diese werden im Rahmen einer Interventionsstudie (Teilstudie II) in der Lebenswelt „Kita“ für identifizierte Risikogruppen weiterentwickelt. Die Priorisierung erfolgt für identifizierte Risikogruppen, die bisher unzureichend von Maßnahmen der Gesundheitsförderung profitiert haben (bspw. Kinder aus Migrantenfamilien, Kinder aus suchbelasteten Familien oder von Alleinerziehenden) sowie Kinder aus Aufmerksamkeitsgebieten, sofern die Teilstudie I speziellen Präventionsbedarf ergibt. Die Maßnahmen sollen einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen und im Sinne der Nachhaltigkeit eine Vernetzung mit den Akteuren vor Ort berücksichtigen. Die Prozessevaluation soll mittels begleitenden Befragungen oder Interviews mit an der Durchführung unmittelbar beteiligten Personen (bspw. Kinder, Eltern, Mitarbeitende des ÖGDs) umgesetzt werden. Darüber hinaus werden die konzeptionellen Grundlagen für eine Ergebnisevaluation gelegt, welche sich auf die an das Projekt anschließende Verstetigung des Vorhabens bezieht.

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 (sozial benachteiligten) Kindern zugute. Zudem soll die Datenlage wie auch die Möglichkeiten für qualitativ hochwertige Auswertungen des ÖGD verbessert werden. Das weitere Vorgehen und die Planung auf Basis der Ergebnisse der Teilstudie I abgeleiteten Themenschwerpunkte und Maßnahmen in enger Kooperation mit den Verantwortlichen der Kindertageseinrichtungen, des Amtes für Gesundheit und Prävention und der Projektleitung sollen auf dem Kongress vorgestellt werden.

Fazit: Es ist davon auszugehen, dass durch die longitudinale Verknüpfung der digitalisierten Daten in Kombination mit der Befragung Gesundheitszustand und -verhalten der Kinder differenzierter abgebildet und darauf aufbauend qualifiziertere Maßnahmen der Gesundheitsförderung entwickelt und etabliert werden können. Darüber hinaus bietet das Projekt die Möglichkeit, die Daten-

erhebung und -verwendung des ÖGD im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit stetig zu verbessern. Neben der datenbasierten Ableitung müssen sowohl evidenzbasierte Interventionsmaßnahmen und gesundheitsfördernde Best-Practice-Beispiele in der Lebenswelt „Kita“ als auch die Ressourcen und aktuellen Bedarfe aus der Sicht der Kindertageseinrichtungen mitberücksichtigt werden.

Die Einschulungsuntersuchung als bevölkerungsmedizinisches Instrument: Handhabung von Einschulungsuntersuchungsergebnissen von Kindern aus rumänischen/bulgarischen Einwandererfamilien in Mannheim

Autorinnen/Autoren M. Steinisch^{1,2}, P. Schäfer¹, F. De Bock³, B. Wrede¹

Institute 1 Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt, Stadt Mannheim, Mannheim; 2 Abteilung für Public Health, Sozial- und Präventivmedizin, Zentrum für Präventivmedizin und Digitale Gesundheit (CPD), Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg, Mannheim; 3 Bereich Versorgungsforschung im Kindes- und Jugendalter, Klinik für Allgemeine Pädiatrie, Neonatologie und Kinderkardiologie und Center for Health and Society (chs), Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf

DOI 10.1055/s-0044-1781769

Einleitung: Die Einschulungsuntersuchung (ESU) ist nicht nur individualmedizinische Maßnahme zur Feststellung individueller Förderbedarfe und zur Empfehlung konkreter individueller Maßnahmen, sondern auch bevölkerungsmedizinisches Instrument, das Bedarfe bestimmter Bevölkerungsgruppen erfassen und Grundlage für die Entwicklung gruppenspezifischer Maßnahmen sein kann. So werden in Baden-Württemberg zusätzlich zu der Pflichtuntersuchung – die Erfassung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen sowie des Impfstatus und Untersuchungen (Sehen, Hören, Körpermaße, Sprach-, motorische und Malentwicklung, mathematische Kompetenzen und Verhalten) umfasst – auch soziodemografische Angaben der Familie auf freiwilliger Basis erfasst; diese ermöglichen Analysen gruppenspezifischer Bedarfe in verschiedenen Bereichen. Kinder aus Familien mit Einwanderungsgeschichte – ein Drittel der Kinder in Deutschland – haben häufiger gesundheitliche Bedarfe als Kinder aus Familien ohne Einwanderungsgeschichte. Ein erster Schritt zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit ist die Analyse gruppenspezifischer Bedarfe. Hierzu wertet das vorliegende Projekt (ROBUKI) Versorgungszugang und Bedarfe von Kindern aus Familien mit Einwanderungsgeschichte aus Rumänien/Bulgarien in Mannheim aus (ca. 5 % der Mannheimer Bevölkerung und ca. 11 % der Familien mit Einwanderungsgeschichte in Mannheim). Im nächsten Schritt werden mögliche Handlungsoptionen dargestellt.

Methoden: In Einschulungsuntersuchungen (n = 7421, 2013-2015) aus Mannheim wurden die Inanspruchnahme von Präventivmaßnahmen (termingerechte U-Untersuchungen; STIKO-konforme Impfungen) sowie gesundheitliche Risiken (BMI) und nicht altersgerechte Entwicklung (Einbeinhüpfen, Grapho-, Visuomotorik, Menschzeichnung, Artikulation, Sprache) ausgewertet. Dabei wurden Kinder aus Familien mit Einwanderungsgeschichte aus Rumänien und Bulgarien (n = 179), aus anderen Ländern (n = 1942) und ohne Einwanderungsgeschichte (n = 3048) mittels Chi-Quadrat-Testungen und logistischen Regressionen (adjustiert für mütterlichen sozioökonomischen Status (SES), Aufenthaltsdauer) verglichen.

Ergebnisse: Kinder aus Familien mit Einwanderungsgeschichte aus Rumänien und Bulgarien hatten eine signifikant niedrigere Inanspruchnahme von Impfungen (46 % vs. 83 %) und U-Untersuchungen (47 % vs. 67 %) als Kinder aus Familien mit Einwanderungsgeschichte aus anderen Ländern, auch nach Adjustierung für SES (Impfung $OR^{ROBU/andere} = 0.3$; $CI[0.1;0.6]$; U-Untersuchung $OR^{ROBU/andere} = 0.4$; $CI[0.2;0.8]$), nicht jedoch adjustiert für Aufenthaltsdauer der Mutter. Kinder aus Familien mit Einwanderungsgeschichte waren häufiger übergewichtig als Kinder aus Familien ohne (16 % vs. 7 %) – wobei hier die Herkunftsgruppe (ROBU vs. andere) keinen signifikanten Unterschied bewirkte.

Bei Kindern aus Familien mit Einwanderungsgeschichte wurde seltener eine altersentsprechende Entwicklung dokumentiert als bei Kindern aus Familien ohne Einwanderungsgeschichte, wobei hier die größten Unterschiede bei der Sprachentwicklung bestanden (64% nicht altersentsprechend vs. 24%), zwischen den Gruppen unterschiedlicher Herkunftsländer bestanden meist keine Unterschiede (ROBU vs. andere). Bei abschließender detaillierterer Analyse der Familien mit rumänischer/bulgarischer Einwanderungsgeschichte wurden jedoch Unterschiede deutlich: Früherkennungsuntersuchungen (39% vs. 54%) sowie Impfungen (35% vs. 55%) wurden von bulgarischen Familien seltener in Anspruch genommen als von rumänischen Familien. Der BMI lag signifikant häufiger bei der 90. Perzentile und darüber (17% vs. 12%) und die Altersentsprechung der Entwicklung wurde bis auf Graphomotorik als signifikant schlechter für Kinder mit bulgarischer Einwanderungsgeschichte als für Kinder mit rumänischer Einwanderungsgeschichte eingeschätzt.

Ausblick: Eine gute Erfassung der soziodemographischen Merkmale der Familien der bei der ESU untersuchten Kinder erlaubt eine detaillierte Darstellung gruppenspezifischer Versorgungsbedarfe, wobei insbesondere die Operationalisierung von Einwanderungserfahrungen in ESU-Daten herausfordernd sein kann. Das dargestellte Projekt zeigte, dass Familien mit Einwanderungsgeschichte aus Rumänien und insbesondere Bulgarien schlechter an die präventive Versorgungsstruktur angebunden sind als Familien ohne Einwanderungsgeschichte, aber auch als Familien mit Einwanderungsgeschichte aus anderen Ländern. Kinder aus Familien mit bulgarischer Einwanderungsgeschichte scheinen einen (noch) höheren Förderbedarf zu haben als Kinder aus Familien mit Einwanderungsgeschichte aus anderen Ländern. Basierend auf diesen Erkenntnissen sollen nun gezielte Maßnahmen abgeleitet werden, um die Gesundheitschancen für alle Familien zu gewährleisten. Ein sektorenübergreifender Ansatz, der die Systeme Gesundheit, Bildung und Jugendhilfe verbindet und Familien mit Einwanderungserfahrung aktiv einbezieht, scheint dabei von entscheidender Bedeutung. In Zusammenarbeit mit Regionalisierungsbeauftragten, Quartiermanager*innen, Integrationsbeauftragten, Familien mit Einwanderungserfahrung und anderen Akteur*innen, beispielsweise des Jobcenters und von Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherung, sollte eine Strategie entwickelt werden, um die Zugänglichkeit der präventiven Versorgungsangebote sowie der Förderangebote zu verbessern. Ein besonderes Augenmerk sollte hier auf eine evidenzbasierte Ausgestaltung der Maßnahmen gelegt werden.

HPV (Humane Papillom Viren) – Schulkampagne "Lass das Virus nicht gewinnen!"

Autorinnen/Autoren U. Traub¹, T. Kauth¹, U. Rangwisch-Fellendorf¹, K. Stark¹

Institut 1 Landratsamt Ludwigsburg, Gesundheitsdezernat, Ludwigsburg
DOI 10.1055/s-0044-1781770

Hintergrund: Humane Papillomviren sind die häufigsten sexuell übertragbaren Krankheitserreger. Sie gelten als Hauptauslöser für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs und dessen Vorstufen. HPV können auch Krebserkrankungen von Penis, After und Rachenraum etc. hervorrufen.

Trotz Impfpflicht seit 2007 für Mädchen und 2018 für Jungen und Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen, sind laut RKI Impfsurveillance 2021 nur 54% der 15-jährigen Mädchen und 27% der 15-jährigen Jungen vollständig gegen HPV geimpft.

Fragestellung: Kann die Teilnahme an der HPV-Impfung durch eine Kampagne an Schulen im Landkreis verbessert werden?

Methoden: In vorigen Projekten waren Peer-Ansätze sehr erfolgreich. Im Setting Schule können wir alle Sechstklässler erreichen.

Deshalb entwickelten wir mit Studenten der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen Ludwigsburg, die Kampagne „Lass das Virus nicht gewinnen!“. Maskottchen der Kampagne waren „Cuterus“ (die freundliche Gebärmutter) und „Buddy“ (ein lächelndes Emoji mit Power). Wir verteilen in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft Ludwigsburg seit 2018 jährlich Flyer mit

„einem persönlichen HPV-Pflaster“ an alle Schülerinnen und Schüler der 6. Klassen und an alle Kinder- und Hausärzte im Landkreis Ludwigsburg. Gleichzeitig verschicken wir Briefe an Eltern, Klassenlehrkräfte und Schulleitungen. Freiwillige können an einem Gewinnspiel teilnehmen.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die gegen HPV geimpft waren, bzw. sich impfen ließen oder sich um einen entsprechenden Termin bemühen, können beim Arzt oder bei der Ärztin eine Impfkunde abstempeln lassen und dem Gesundheitsamt zusenden. Unter den Teilnehmern werden drei für die Endrunde ausgelost. Sie spielen gegeneinander mit Geschicklichkeits- und Wissensspielen um drei Einkaufsgutscheine.

Zur Evaluation wurden die Quartals-Zahlen der HPV-Impfungen (Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg) jährlich aus dem Landkreis Ludwigsburg, aus ganz Baden-Württemberg sowie aus dem Vergleichslandkreis Esslingen gegenübergestellt. Als Beispiel stieg die Zahl der HPV-Impfungen in Ludwigsburg im Vergleich zum Vorjahr nach der Kampagne im III. Quartal 2018 um 11%, im IV. um 33% und im I. Quartal 2019 um 63% an. In Esslingen lagen die Vergleichszahlen bei -7%, 30% und 49%, in Baden-Württemberg bei -3%, 19% und 44%.

Auch die absoluten Zahlen der Impfungen lagen stets über dem Wert in Esslingen, z.B. nach der Kampagne 2020 im IV. Quartal 2020 bei 1843 im Vergleich zu 1415 in Esslingen. Es zeigte sich auch ein Kampagnen-Effekt ein bis drei Quartale nach jedem Versand – Erhöhung der Differenz zu Esslingen. Dieser Effekt reduzierte sich im Verlauf.

Zusätzlich wurden die Kampagnen von zahlreichen Medien begleitet.

Schlussfolgerung: Mit einem Setting-Ansatz und pfiffigen Medien kann die HPV-Impfrate gesteigert werden.

Gutachten zur Verbeamtung und Dienstfähigkeit

08:30 – 10:00 | Saal X.5

Erkrankt und in Therapie – Herausforderung Einstellungsuntersuchung

Autor A.-K. Kaskel

Institut Gesundheitsreferat der LH München, Schwanthalerstr. 69, 80335 München,

DOI 10.1055/s-0044-1781771

„Kann ich mit einer Psychotherapie verbeamtet werden?“ Diese und ähnliche Fragen erreichen uns häufig per Mail, im Rahmen von Informationsveranstaltungen oder Presseanfragen. Auch chronisch verlaufende, somatische Erkrankungen wie Autoimmunerkrankungen führen nicht selten zu Voranfragen besorgter Betroffener vor geplanter Berufung in ein Beamtenverhältnis.

Im Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München werden pro Jahr ca. 1600 Einstellungsuntersuchungen von Beamtenanwärter*innen und > 200 Nachuntersuchungen durchgeführt. Dabei können wir auf die Fachkompetenz von Ärzt*innen verschiedenster Fachrichtungen zurückgreifen. Dies ermöglicht uns bei Bedarf die unkomplizierte, zeitnahe und kostengünstige Durchführung interner Zusatzbegutachtungen im internistischen, chirurgischen oder nervenärztlichen Fachgebiet.

Im Rahmen der amtsärztlichen Untersuchung muss die gesundheitliche Eignung für alle Tätigkeiten der entsprechenden Laufbahn genau geprüft werden. Bei Lehrpersonal, welches den größten Anteil an den Einstellungsuntersuchungen ausmacht, stellt sich insbesondere die Frage nach der gesundheitlichen Eignung für die alleinverantwortliche Aufsicht über Kinder.

Außerdem kann bei Erkrankungen, die zum Untersuchungszeitpunkt noch nicht abschließend behandelt sind, die Prognosestellung eine Herausforderung darstellen. Bei Widerrufsbearbeiter*innen besteht, bei vorliegender Eignung für die

Tätigkeit während des Widerrufs, die Möglichkeit, eine Nachuntersuchung vor Berufung in das Beamtenverhältnis auf Probe und Lebenszeit zu empfehlen. Methoden und Kriterien der Begutachtung, Problemstellungen und Lösungsmöglichkeiten werden vorgestellt und anhand von Fallbeispielen aus der Begutachtungspraxis erörtert. Auch werden Möglichkeiten der Qualitätssicherung, v.a. im Hinblick auf Organisation, Gutachtenserstellung und Beschwerdemanagement erläutert. Unsere Abteilung ist nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert. Letztlich lautet die Antwort auf die oben gestellte Frage häufig „ja“. Durch geeignetes Informationsmaterial sowie im Rahmen von Informationsveranstaltungen erläutern wir Hintergründe und Abläufe der Einstellungsuntersuchung. Dadurch können Ängste vor der Untersuchung abgebaut und die Motivation für das Aufsuchen therapeutischer Angebote anstelle eines gesundheitsschädlichen Vermeidungsverhaltens angesichts einer bevorstehenden Untersuchung erhöht werden.

Bedeutung von Psychotherapie und psychiatrischer Behandlung für die Übernahme in ein Beamtenverhältnis

Autor E. Richartz-Salzbürger

Institut Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München

DOI 10.1055/s-0044-1781772

Psychische Erkrankungen lösen im Unterschied zu organischen Störungen in weiten Kreisen auch im 21. Jahrhundert immer noch Unbehagen und irrationale Ängste aus. Viele Beamtenanwärter*innen, die in ihrer Vorgeschichte bereits einmal aufgrund einer seelischen Störung in Behandlung waren, sind angesichts der notwendigen amtsärztlichen Untersuchung zur Frage der gesundheitlichen Eignung daher außerordentlich verunsichert.

Die Frage, ob psychische Probleme Zweifel an der gesundheitlichen Eignung für die Übernahme in das Beamtenverhältnis bedingen, kann nicht allgemein beantwortet werden. Art und Schweregrad psychischer Störungen sind ebenso unterschiedlich wie die verschiedenen Therapieformen. Allein die Tatsache, dass bereits einmal eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung stattgefunden hat, sagt ebenso wie bei organmedizinischen Therapien zunächst nichts über die Art der zugrunde liegenden Problematik aus. Sowohl vorübergehende Lebenskrisen als auch schwere psychiatrische Erkrankungen können sich hinter der Suche nach therapeutischer Unterstützung verbergen. Bedeutung und Tragweite einer entsprechenden Störung lässt sich nur im Einzelfall beurteilen und bedarf fachärztlicher Diagnostik. Finden sich bei einer * / einem * Beamtenanwärter*in Hinweise für eine frühere oder aktuelle psychische Störung, ist eine psychiatrische Begutachtung angebracht, um leichte Störungen mit guter Prognose von chronifizierten Prozessen oder gar schweren klassischen psychiatrischen Erkrankungen abzugrenzen. Die amtsärztliche Begutachtung durch eine*n Psychiater*in unterscheidet sich dabei in ihren Grundsätzen nicht von der psychiatrischen Begutachtung zu anderen Fragestellungen. Auch hier wird nach sorgfältiger Anamnese unter Hinzuziehung vorliegender Befundberichte als zentraler Kern der Begutachtung der aktuelle psychische Befund erhoben.

Trotz verbreiteter Vorbehalte ist eine Zunahme der öffentlichen Wahrnehmung von psychischen Erkrankungen zu beobachten, ebenso eine wachsende Bereitschaft, adäquate Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung ist kein generelles Ausschlusskriterium für den öffentlichen Dienst. Vielmehr kann eine erfolgreiche Psychotherapie die psychische Belastbarkeit erhöhen und dem Auftreten späterer Krankheitszeiten langfristig entgegenwirken. Bei nicht sicher einzuschätzender Prognose ist in bestimmten Fällen eine Nachuntersuchung vor Übernahme in das Beamtenverhältnis auf Probe und Lebenszeit, gegebenenfalls auch eine Verlängerung der Probezeit möglich.

Dienstunfähigkeit bei Bremer Beamtinnen und Beamten – Ergebnisse der amtsärztlichen Untersuchungen

Autor B. Spieß

Institut Gesundheitsamt Bremen, Bremen

DOI 10.1055/s-0044-1781773

Einführung: Bürgerinnen und Bürger erleben bei Behördenkontakten immer wieder Ablaufprobleme. Der allgemeine Personalmangel, zusätzliche Aufgaben und ein hoher Krankenstand werden als Ursachen genannt. Daraus resultiert eine hohe Arbeitsbelastung, die den Krankenstand noch weiter ansteigen lassen könnte – in diesem Zusammenhang wird oft auf die Situation der Lehrerinnen und Lehrer verwiesen. Das hohe Durchschnittsalter des Personals im öffentlichen Dienst bedingt auch ein erhöhtes Risiko für krankheitsbedingte Personalausfälle. Die Fehlzeitenquote nach Kalendertagen der Freien Hansestadt Bremen lag im Jahr 2021 mit 6,65 % unter dem Vergleichswert des Deutschen Städtetages (7,28 %). Dennoch hat das Gesundheitsamt Bremen (GAB) die Notwendigkeit gesehen, die Ursachen zu identifizieren und auf notwendige Maßnahmen hinzuweisen.

Methodik: Die vorgestellten Ergebnisse basieren auf den durchgeführten Untersuchungen zur Frage der Dienstunfähigkeit, die vom Gesundheitsamt Bremen bzw. den psychiatrischen Behandlungszentren zwischen den Jahren 2019 und 2022 durchgeführt wurden. Neben demografischen Angaben enthalten die ausgewerteten Daten Informationen zur bisherigen Krankheitsdauer, den Diagnosen und zur Prognose hinsichtlich einer Rückkehr an den Arbeitsplatz. Nahezu die Hälfte aller Untersuchungsaufträge wurde von der Bildungsbehörde in Auftrag gegeben, so dass neben einer allgemeinen Auswertung eine für Lehrerinnen und Lehrer gesonderte Analyse vorgenommen wurde. Der Auftraggeber wurde dabei für die Identifikation herangezogen.

Ergebnisse: Der ausgewertete Datensatz enthält insgesamt 566 abgeschlossene Begutachtungen. Er setzt sich aus 366 Frauen (64,7 %) und 200 Männern (35,3 %) zusammen. Das mittlere Alter (Median) der Untersuchten beträgt 53 Jahre. Das Minimum liegt bei 20 Jahren, das Maximum beträgt 65 Jahre. Am häufigsten sind Dienstunfähigkeitsuntersuchungen für die Senatorin für Kinder und Bildung erstellt worden (46 %; n = 258), die zweitmeisten Gutachten (17 %; n = 98) für die Justizbehörden (Justizressort, Gerichte, Staatsanwaltschaft, Justizvollzugsanstalt) und am dritthäufigsten wurde die zentrale Personalbehörde PerformaNord bedient (7 %; n = 38).

83 % (n = 470) aller Untersuchten waren zum Untersuchungszeitpunkt schon länger als drei Monate krankgeschrieben, nahezu drei Viertel (74 %; n = 419) fehlte schon über ein halbes Jahr.

Psychische Erkrankungen dominierten bei den Ursachen für die krankheitsbedingte Abwesenheit vom Arbeitsplatz deutlich (68 %; n = 384), gefolgt von Muskel- und Skeletterkrankungen (8 %; n = 45) und onkologischen Erkrankungen (8 %; n = 43).

In fast jeder dritten Untersuchung (30 %; n = 175) wurde keine Möglichkeit für eine Rückkehr an den Arbeitsplatz innerhalb der nächsten sechs Monate gesehen. Jedoch wurde auch bei 13 % aller Fälle (n = 72) eine unmittelbare Wiederaufnahme des Dienstes als möglich angesehen. Bei etwa einem Viertel (28 %; n = 154) wurde die Notwendigkeit gesehen, zunächst entweder die Wochenarbeitszeit zu reduzieren oder eine Umsetzung in einen anderen Tätigkeitsbereich vorzunehmen.

Die gesonderte Auswertung der untersuchten Lehrerinnen und Lehrern ergab, dass sie etwas häufiger zum Untersuchungszeitpunkt schon über sechs Monate krankgeschrieben waren als die übrigen Beamtinnen und Beamte (78 % (n = 200) vs. 72 % (n = 220)). Psychische Erkrankungen waren bei ihnen gleichermaßen hauptursächlich für die infrage stehende Dienstfähigkeit (68 %; n = 175 vs. 68 %; n = 209) wie bei den Beamtinnen und Beamten in anderen Tätigkeitsbereichen. Es lagen häufiger onkologische Erkrankungen (11 % (n = 29) vs. 5 % (n = 14)) vor und seltener Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems (5 %

(n = 13) vs. 10% (n = 32)). Eine Reduzierung der Wochenarbeitszeit wurde bei dem Lehrpersonal deutlich häufiger als notwendig erachtet (21% (n = 55) vs. 9% (n = 27)), für die übrigen Verbeamteten musste häufiger eine fehlende Perspektive für eine Rückkehr an den Arbeitsplatz ausgesprochen werden (36% (n = 110) vs. 25% (n = 65)).

Diskussion: Die vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass psychische Erkrankungen den Hauptgrund für eine infrage stehende Dienstfähigkeit darstellen. Außerdem wird für Lehrerinnen und Lehrer häufiger die Notwendigkeit gesehen, die Wochenarbeitszeit zu reduzieren, um wieder in den Dienst zurückzukehren. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass der Unterricht als Stressor identifiziert wird, der so ausreichend reduziert werden kann. Unklar bleibt nach dieser Auswertung, ob psychische Erkrankungen heutzutage die Dienstfähigkeit häufiger in Frage stellen als früher. Aufschluss würde eine größere Längsschnittstudie geben. Und es ist nicht gänzlich auszuschließen, dass bei der Selektion der Lehrkräfte anhand der Dienststelle auch andere Bedienstete des Ressorts erfasst wurden.

Daten für Taten

08:30 – 10:00 | Saal X.6

Psychische Gesundheit in Daten – Limitationen und Potentiale für die Psychiatrieplanung

Autor N. Rosenkötter

Institut Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

DOI 10.1055/s-0044-1781774

Einleitung: Sobald eine Kommune planerisch aktiv werden möchte, steht auch immer die Frage nach verfügbaren Daten und deren kleinräumiger Verfügbarkeit im Raum. Daten zur sozialen Lage, eine wichtige Determinante der (psychischen) Gesundheit, sind in der Regel kommunal gut verfügbar. In diesem Beitrag liegt der Fokus deshalb auf Datenquellen, die Informationen zur psychischen Gesundheit – ggf. auch zum Themenbereich „severe mental ill“ – liefern können und mindestens auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte zur Verfügung stehen. Der Beitrag soll im Rahmen eines Workshops zur Psychiatrieplanung eine Übersicht liefern und einen Teil-Input zur Diskussion darstellen.

Inhalt: Im Fokus stehen routinemäßig verfügbare amtliche Statistiken wie die Todesursachenstatistik oder die Krankenhausdiagnosestatistik sowie die Rentenstatistik mit Informationen zur verminderten Erwerbsfähigkeit. Jede der Datenquellen bringt eigene Limitationen mit sich, die bei der Datennutzung bedacht werden sollten. Ausdifferenziert nach Diagnosen, die dem Bereich „severe mental ill“ zuzuordnen wären, kommt zudem die Problematik kleiner Fallzahlen und entsprechende methodische Überlegungen hinzu. Perspektivisch werden neben den dargestellten Statistiken auch Daten der Gesetzlichen Krankenversicherungen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst besser nutzbar. Die Nutzung der Daten für die Belange der Psychiatrieplanung bedarf jedoch einer vorgeschalteten konkreten Diskussion der Informationsbedarfe und eine Abstimmung von Definitionen, die eine möglichst sichere Abschätzung relevanter Behandlungsprävalenzen ermöglichen.

Ausblick: Neben dem Wissen über verfügbare Daten sind fachliche Diskussionen und die Definition relevanter Indikatoren empfehlenswert. Hierbei sollte die Expertise der Datenhalter, der Gesundheitsberichterstattung und der sekundärdaten-basierten Versorgungsforschung einbezogen werden. Zu erwarten sind zudem bundesweite Unterschiede bezüglich des Datenabrufs und des zeitlichen Verzugs der Daten. Dennoch ist die Diskussion lohnend, um die datenbasierte Psychiatrieplanung perspektivisch weiterzuentwickeln.

Forderungen aus dem Projekt ZVP an eine Unterbringungsberichterstattung des Bundes, der Länder und der Kommunen zu öffentlich-rechtlichen und zivilrechtlichen Unterbringungen und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

Autor M. Rosemann

Institut Aktion Psychisch Kranke e.V.

DOI 10.1055/s-0044-1781775

In diesem Beitrag wird auf die Ergebnisse aus dem Projekt "Zwangsvermeidung im psychiatrischen Hilfesystem" eingegangen, das die BAG GPV zusammen mit der Aktion Psychisch Kranke (APK) und drei Universitäten durchgeführt hat. Auch im Psychiatriedialog 2.0 der APK wird dieses Thema erörtert. Konkret geht es um die Forderung nach einer öffentlichen Berichterstattung auf der Ebene des Bundes und der Länder zu Zwangsmaßnahmen im gesamten psychiatrischen Hilfesystem, nicht nur in den Kliniken. Dies setzt Verpflichtungen zur Dokumentation, zur Weitergabe von Daten in aggregierter Form sowie eine einheitliche Struktur der Datenerfassung voraus, um eine verlässliche Berichterstattung zu ermöglichen. Auch die Frage der Nutzung der Informationen muss erörtert werden.

Bundesweit einheitlicher Basis-Kerndatensatz SpDis-wäre das möglich?

Autor K. Folgner

Institut Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen

DOI 10.1055/s-0044-1781776

In diesem Vortrag beschäftigen wir uns mit Möglichkeiten, Notwendigkeiten und derzeitigen Hürden für eine gelingende Psychiatrieberichterstattung auf kommunaler Ebene. Daten für und in Deutschland liegen vor, selten jedoch sind diese heruntergebrochen für kommunale Belange.

Bisher ist in kaum einem Bundesland eine landeseinheitliche Mindestberichterstattung der landesgesetzlich geregelten SpDi vorgeschrieben, so dass Daten verschiedener Kommunen, sofern sie überhaupt erhoben werden, schon innerhalb eines Landes nicht kompatibel sind.

Bisher vorliegende Instrumente wie „German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD)“ oder „German Index of Multiple Deprivation (GIMD)“ erlauben aufgrund ihrer Datenbasis zwar Vergleiche sozialer Indikatoren gesundheitlicher Ungleichheit zwischen Städten und Kreisen, jedoch nicht oder nur sehr eingeschränkt auf der Ebene von Stadtbezirken oder Stadtteilen innerhalb der Gebietskörperschaft. Gerade diese sind jedoch für die kommunale Psychiatrieplanung relevant.

Bundeseinheitlich ist eine Berichterstattung über Zwangsmaßnahmen nach PsychK(H)G wie nach BtG erforderlich, die auf den Wohnort der betroffenen Personen zu beziehen ist (nicht auf den Amtsgerichtsbezirk oder den Einzugsbereich der Klinik). Eine Statistik über z.B. ambulante Facharztkontakte und stationäre Behandlungstage (pro Jahr und 100.000 EW) erforderlich. Wie für den sozialen Deprivationsindex sind diese gesundheitsbezogenen Daten auf einer kleinräumigen Basis (Stadtteile) zu erheben.

Es werden Beispiele aus SpDis und Psychiatriekoordination vorgestellt und diskutiert.

Umweltmedizin – Block 1 – Klima und Gesundheit

08:30 – 10:00 | Saal X.7

Session zum Thema Klimawandel und Gesundheit

Autorinnen/Autoren H. Niemann¹, W. Straffl¹, K. van Bronswijk¹

Institut 1 RKI, UBA und Psychologists 4 Future

DOI 10.1055/s-0044-1781777

Die Session beinhaltet drei Beiträge in Zusammenhang mit dem Sachstandsbericht des RKI sowie eine externe Sichtweise von der NGO Psychologists for Future.

Teil 1 wird den Sachstandsbericht Klimawandel und Gesundheit des RKI vorstellen – hier geht es um die Struktur, das Vorgehen bei der Umsetzung, einen Überblick über die Inhalte und über die Kommunikation der Inhalte. Dieser Teil wird vom RKI übernommen. Teil 2 befasst sich mit den resultierenden Handlungsoptionen welche für den ÖGD von besonderer Relevanz sind. Dieser Vortrag wird vom UBA übernommen. Teil 3 wird sich mit dem Thema "Klimawandel und psychische Gesundheit" befassen. Dieses wird sowohl aus Sicht des im Sachstandsbericht integrierten Scoping-Review erfolgen als auch aus der Position der NGO Psychologists for Future. Hier wird es darum gehen wie sich die im Bericht vermittelten wissenschaftliche Ergebnisse vermitteln lassen und welche Wirkungen der Bericht erzielen kann. Betrachtet werden sollen auch psychosozial ausgelöste gesellschaftliche Reaktionen auf Klimawandel und Gesundheit – Kommunikation. Dieser Teil wird von einer Vertreterin der Psychologists for Future übernommen.

Klimafolgenanpassung und Hitzeschutz: Eine bundesweite Bestandsaufnahme der Aktivitäten von Kommunen und Ländern

Autorinnen/Autoren S. Busalt¹, S. Müller¹, C. Brüggemeier¹, M. Andreas², A. Hoeppe, H. Lintener², P. Schäfer¹, F. Sniehotta², N. Oster¹

Institute 1 Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt der Stadt Mannheim; 2 Zentrum für Präventivmedizin und Digitale Gesundheit der Universität Heidelberg

DOI 10.1055/s-0044-1781778

Hintergrund: Hitzeschutz hat in den letzten Jahren an gesundheitspolitischer Bedeutung gewonnen. Als Folge des Klimawandels treten zunehmend Hitze-wellen einhergehend mit hitzebedingter Morbidität und Mortalität auf. Bereits 2017 wurden von der Bund/Länder Ad-hoc Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Anpassung an die Folgen des Klimawandels“, geleitet durch das Bundesumweltministerium, Handlungsempfehlungen entwickelt, um Behörden der Länder und Kommunen zu unterstützen, Hitzeaktionspläne zu entwickeln.

In der Zwischenzeit wurden sowohl auf Ebene der Kommunen als auch teilweise der Länder eine Vielzahl an Plänen zu Klimafolgenanpassung und Hitzeschutz erstellt und zum Teil bereits umgesetzt. Am 28.07.2023 wurde ein erster „Hitzeschutzplan für Gesundheit des BMC“ durch Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach vorgestellt.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es, eine Übersicht über die bereits bestehenden Maßnahmen und Pläne zur Klimafolgenanpassung insbesondere zum Hitzeschutz des Bundes, der Länder und der Kommunen zu erstellen. Ausgewählte Pläne sollen inhaltlich analysiert werden. Aus den Ergebnissen soll zusammenfassend eine Übersicht über Flächenverteilung und Inhalte von bereits bestehenden Maßnahmen und Plänen zu Klimafolgenanpassung insbesondere zum Hitzeschutz erstellt werden.

Methodik: Zur Identifizierung von Plänen und Maßnahmen zur Klimafolgenanpassung insbesondere zum Hitzeschutz wird eine standardisierte, schlagwortbasierte Online-Suche auf den Internetseiten aller Kommunal- und Landesverwaltungen durchgeführt. Kreise und Länder ohne Angaben auf der

Internetseite zu Klimafolgenanpassung oder Hitzeschutz werden in weiteren Schritten in die Übersicht mit eingebunden.

Eine Auswahl an Klimafolgenanpassungs- bzw. Hitzeschutzplänen soll mittels qualitativer Inhaltsanalyse in Anlehnung an Kuckartz hinsichtlich ihrer Maßnahmen, Zielgruppen, Methoden, Struktur und Zuständigkeitsansiedlung sowie politischer Verankerung innerhalb der kommunalen Verwaltungen ausgewertet werden. Hierbei werden mit Hilfe des Programms MAXQDA auf Basis der Kriterien zum Hitzeschutz der WHO deduktiv Kategorien gebildet und dann induktiv erweitert und spezifiziert. Anschließend werden die Kategorien auf ihre Ursprungsquelle zurückgeführt und eine Übersicht erstellt. Auf diese Weise soll eine Vergleichbarkeit hergestellt und Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufgezeigt werden.

Erwartete Ergebnisse: Es werden Aussagen zur geografischen Verteilung und zur Charakterisierung von Kreisen mit und ohne Klimafolgenanpassungs- bzw. Hitzeschutzplänen erwartet. Des Weiteren werden Aussagen über die bisherigen bundesweiten Herangehensweisen hinsichtlich Zielen, Maßnahmen, Zielgruppen, Methoden, Struktur und Zuständigkeitsansiedlung sowie politischer Verankerung innerhalb kommunaler Verwaltungen erwartet, die in ihrer Gesamtheit bundesweit die bisherigen Aktivitäten öffentlicher Verwaltungen zu Klimafolgenanpassung insbesondere zum Hitzeschutz abbilden.

Krisenmanagement – Block 1 – Preparedness I und psychologische Aspekte

08:30 – 10:00 | Saal X.8

Operationalisierung formeller Folgen grundrechtseinschränkender staatlicher SARS-CoV-2-Maßnahmen – ein Methodenvorschlag

Autorinnen/Autoren T. Klodt¹, N. Opitz^{1,2}, J. Evers³, M. Geraedts³, S. Reinisch¹, D. Breitmeier¹, B. Ewert²

Institute 1 Kreisausschuss Fulda, Fachdienst Gesundheitsamt, Fulda; 2 Hochschule Fulda, Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Fulda; 3 Philipps-Universität Marburg, Fachbereich Medizin, Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie, Marburg

DOI 10.1055/s-0044-1781779

Hintergrund: Weltweit haben Staaten auf die SARS-CoV-2-Pandemie mit zahlreichen verschiedenen nicht-pharmazeutischen Interventionen reagiert. Wiederholt wurde eine systematische und vergleichende Evaluation dieser Maßnahmen auch hinsichtlich ihrer zum Teil massiven grundrechtseinschränkenden Wirkungen auf die jeweils betroffene Bevölkerung gefordert. Voraussetzung hierfür ist die kleinräumige Erfassung und Operationalisierung innerstaatlicher (subnationaler) Regulierungsunterschiede im Verlauf der Pandemie aus Zielgruppenperspektive. Für Deutschland ist dies bislang nicht erfolgt. Auch existiert kein entsprechender konkreter Methodenvorschlag, der für föderale Staaten anwendbar wäre. Wir setzten uns daher zum Ziel, ein solches Methodenkonzept zu entwickeln.

Methodik: Wir erfassen Grundrechtseinschränkungen durch exekutive SARS-CoV-2-Maßnahmen im Kontext von Alltagssituationen als Folge von *Eingriffen*, welche jeweils durch einen bestimmten inhaltlichen, personellen, zeitlichen und räumlichen Wirkungsbereich charakterisiert sind. Durch eine ordinale Skalierung der *Varianten der Eingriffsfolge* im Untersuchungszeitraum kann eine *relative Eingriffstiefe* als Maß der formellen Grundrechtseinschränkung angegeben werden. Zusätzlich definieren wir für Eingriffe mit Grundrechtseinschränkungen, die von Betroffenen durch Erfüllung bestimmter, unmittelbar mit zeitlichem Mehraufwand einhergehender Voraussetzungen umgangen werden konnten, einen *relativen Befolgungsaufwand*. Dabei handelt es sich um ein Maß des formellen zeitlichen Mehraufwands, das sich aus der Anzahl der zu erfüllenden Voraussetzungen ergibt. Die Methodik wird anhand konkreter Anwen-

dungsbeispiele für das Bundesland Hessen bzw. den hessischen Landkreis Fulda erläutert.

Diskussion: Durch abgestimmte Anwendung unserer Methode für möglichst viele deutsche Gebietskörperschaften und Zusammenführung mit existierenden oder mittels Bürgerbefragungen noch zu erhebenden Daten insbesondere zu psychosozialen Aspekten, zur Akzeptanz und zum Verhalten von Zielgruppen staatlicher Maßnahmen können Zusammenhänge zwischen formeller und „tatsächlicher“ Betroffenheit ermittelt werden. Die zusätzliche Berücksichtigung auch des erfassten Infektionsgeschehens sowie weiterer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Aspekte schafft schließlich eine breite und realitätsnahe Grundlage zur Überprüfung der Verhältnismäßigkeit staatlichen Handelns in der zurückliegenden Pandemie und ermöglicht die Formulierung evidenzbasierter Handlungsempfehlungen für künftige Pandemien oder vergleichbare Krisensituationen. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) sollte sich auf kommunaler Ebene möglichst umfassend an diesem Prozess beteiligen.

Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) und Psychosoziales Krisenmanagement im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)

Autor P. Waterstraat

Institut Gesundheitsamt Frankfurt am Main PSNV Breite Gasse 28 60313 Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0044-1781780

Hintergrund: Die Pandemie und die Ukraine Krise haben gezeigt, dass der öffentliche Gesundheitsdienst besser auf Krisensituationen vorbereitet sein sollte. Neben den klassischen infektiologischen Gesichtspunkten, sollten aber auch vermehrt psychosoziale Aspekte ins Krisenmanagement einfließen. Guter medizinischer Bevölkerungsschutz sollte interdisziplinär aufgestellt sein und agieren.

In Frankfurt am Main gibt es ein etabliertes PSNV-Konzept, welches sowohl die akut als auch die mittel- und langfristige psychosoziale Versorgung bei Großschadenslagen regelt.

Fragestellung: Welche Rolle spielt die PSNV und das psychosoziale Krisenmanagement im ÖGD?

Kann der ÖGD Impulse setzen, um psychosoziale Fragestellungen im Krisenmanagement zu verankern?

Wenn ja, wer sollte dieser Impulsgeber sein?

Methode

- theoretische Heranführung an das Themenfeld
- Begriffsklärung
- Praxisbeispiele für psychosoziales Krisenmanagement (ggf. mit externen Referenten z.B. von Bundesamt für Bevölkerungsschutz oder Medical School Hamburg)
- potentielle Rolle des ÖGD
- Zukunftsthese

Psychosoziale Arbeitsbelastungen und Resilienz von Amtsleiter: innen in Gesundheitsämtern während COVID-19 Pandemie

Autorinnen/Autoren S. Trommer¹, D. Mitić¹, J. Franke², H. Henke-Möller³, A. Jurke⁴, N. Wischnewski⁵, F. Kipp¹, V. Kinne¹

Institute 1 Institut für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene Universitätsklinikum Jena; 2 Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie; 3 Thüringer Landesverwaltungsamt;

4 Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen; 5 Gesundheitsamt Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf

DOI 10.1055/s-0044-1781781

Einleitung: Die SARS-CoV-2-/COVID-19-Pandemie hat multifaktorielle Defizite im Rahmen des Pandemiemanagements deutscher Gesundheitsämter aufgezeigt. Das Identifizieren der zugrundeliegenden Probleme und der Risiken kann dazu beitragen, spezifische Handlungsmaßnahmen abzuleiten, um die kommunalen Gesundheitsämter, im Kontext zukünftiger Pandemien und Krisensituationen, widerstandsfähiger zu organisieren. Im Rahmen des BMBF-Verbundprojektes „Frühzeitige und schnelle Methoden der Diagnostik und Therapie von Virus-Infektionen (SARSCoV2Dx) – Teilvorhaben COVID-19: Diagnostik, Therapiestrategie & Management“ (FKZ 13N15745), sollen die Bedürfnisse der, unmittelbar in die komplexen Handlungsabläufe des Pandemiemanagements involvierten, kommunalen Gesundheitsämter identifiziert werden und zukünftige kommunale Maßnahmen und Instrumente zur Unterstützung abgeleitet sowie nachfolgend implementiert werden.

Methode: Im Juni 2023 erfolgte unter den Leiter: innen der Gesundheitsämter in Thüringen, Nordrhein-Westfalen und Berlin eine Onlinefragebogen basierte Bedarfserhebung. Die Befragung diente der Prozessevaluation und Erfassung typischer Versorgungsprobleme in den Gesundheitsämtern. Gefragt wurde u.a. nach der Personalstruktur, den Belastungen im Arbeitskontext, der materiell-technischen Ausstattung, der Arbeit der Task Force und den Kommunikationsstrategien im Kontext der Pandemie. Ziel der Erhebung war es, die Bedarfe der Amtsleiter: innen, im Hinblick auf das Pandemiemanagement, zu erheben, Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität der teilnehmenden Gesundheitsämter zu ziehen, und aus den Bedarfen konkrete Methoden und kommunal zu etablierende Instrumente zur Qualitätsverbesserung, für zukünftige Krisensituationen abzuleiten und zu entwickeln. Im ersten Schritt wurden retrospektiv die Arbeitsbelastung (ERI-Beruf), die Stressresilienz (RS13), die betriebliche Organisation und Kommunikation sowie betriebliche Maßnahmen (Covid-19-Zusatzmodul des COPSOQ) aus Sicht der Amtsleiter: innen, während der SARSCoV-2-/ COVID-19-Pandemie, untersucht. Weiterhin wurden Pandemieprobleme, wie z.B. eine zeitnahe Evaluierung der Krisenstabsarbeit, adaptierte Trainings und Schulungen untersucht. Im Rahmen der Bedarfserhebung wurden multiple, zukünftig zu etablierende Entlastungsmöglichkeiten aufgezeigt und die Amtsleiter: innen dahingehend befragt, welchen Stellenwert diese Möglichkeiten aus ihrer Sicht zukünftig haben werden und in welchen Situationen diese zukünftig aus Sicht der Amtsleiter: innen zum Einsatz kommen können. Hierzu werden nachfolgend vorläufige Ergebnisse der befragten Amtsleiter: innen aus drei Bundesländern dargestellt.

Ergebnisse: Das Durchschnittsalter der befragten Amtsleiter: innen lag zum Untersuchungszeitpunkt bei 53,67 Jahren (n = 42). 58,1 % der Befragten waren weiblich, 39,5 % männlich und 2,3 % divers. Hinsichtlich der psychosozialen Arbeitsbelastungen lassen sich folgende Aussagen treffen: Der Summenscore für Effort Beruf lag bei M = 11,67 (SD = 0,53), für Reward Beruf bei M = 18,53 (SD = 4,11) und für Overcommitment Beruf bei M = 19,58 (SD = 3,07). Der Mittelwert der ER-ratio Beruf lag bei M = 1,58 (SD = 0,56). Bei den befragten Amtsleiter: innen zeigte sich demnach ein erhöhtes Maß an beruflicher Imbalance zwischen Effort/ Aufwand und Reward/ Belohnung und damit eine psychosoziale Belastung im beruflichen Kontext. Insbesondere empfanden die weiblichen Amtsleiterinnen eine höhere psychosoziale berufliche Belastung, da bei ihnen das höchste ER-ratio Beruf (M = 1,68, SD = 0,68) festgestellt wurde. 97,22 % der befragten Amtsleiter: innen (35 Befragte) hatten jeweils einen ER-ratio Cut-off-Wert > 1. Der RS-13 Mittelwert (Gesamtscore) betrug M = 73,48 (SD = 13,12), d.h. die befragten Amtsleiter: innen verfügten über eine hohe Stressresilienz. Im Einzelnen wiesen 63,6 % eine hohe, 21,2 % eine mittlere und 15,2 % eine geringe Stressresilienz auf. Der niedrigste RS-13 Punktwert lag bei 13, der höchste RS-13 Punktwert bei 88. Dies entspricht nach Leppert et al. (2008) einer niedrigen bzw. hohen Merkmalsausprägung von Resilienz. Darüber hinaus konnte eine statistisch negative Korrelation zwischen der Resilienz (RS-13) und der Arbeitsbelastung (ER-ratio Beruf) festgestellt werden (Spearman, $r = -.422$, $p = .014$, $n = 33$). Je höher die Resilienz der Befragten war, umso niedriger war deren Arbeitsbelastung. Die Skalen „Organisation/ Kommunikation“ (M = 73,67; SD = 18,33) und „Betriebliche Maßnahmen und Gesamtbewertung“ (M = 78,63; SD = 13,53) erreichten Mittelwerte von über 70 Punkten, was – in

Worten ausgedrückt – in etwa einer Bejahung „in hohem Maße“ entspricht. Als eine von vielen, zukünftig zu etablierende Unterstützungsmöglichkeit, wurden multiprofessionelle und interinstitutionell konstituierte Outreachteams identifiziert.

Diskussion: Die vorläufigen Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass die Befragten eine hohe psychosoziale Arbeitsbelastung empfanden. Es ist zu vermuten, dass dies mit den herausfordernden Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsämtern, z.B. fehlende personelle Ressourcen zur Pandemiebekämpfung, Bürokratie und Verwaltungsaufgaben, mangelnde Ressourcenausstattung wie Budget und Ausrüstung, einherging. Die Aufgaben der Gesundheitsämter während der SARS-CoV-2-/ COVID-19- Pandemie waren vielfältig und herausfordernd. Es werden jedoch weitere Untersuchungen benötigt, um d Zusammenhang, einschließlich der Bedürfnisse der Mitarbeiter: innen, in den Gesundheitsämtern besser abzubilden und daraus resultierend, ein optimiertes Pandemiemanagement für die Gesundheitsämter zu entwickeln. Die ermittelte negative Korrelation zwischen Resilienz und psychosozialer Arbeitsbelastung deutet darauf hin, dass die Resilienz der Amtsleiter: innen eine wichtige Prädisposition für die psychosoziale Arbeitsbelastung darstellt. Ob und inwieweit dies im Zusammenhang steht, mit der individuellen psychischen Verarbeitung von zu hohen Arbeitsbelastungen während der SARS-CoV-2-/ COVID-19-Pandemie, ist in weiterführenden Untersuchungen zu ermitteln. Eine mögliche Unterstützung können kommunal oder überregional agierende Outreachteams darstellen. Durch die Amtsleiter: innen wurden die dahingehenden Bedarfe bestätigt. Diese unterscheiden sich aber, wie z.B. in der Anzahl der Einwohner: innen, für die die jeweiligen Gesundheitsämter zuständig sind sowie in weiteren, regionalen Gegebenheiten.

Digitalisierung 1

08:30 – 10:00 | Saal X.9

Bedarfs- und Bedürfnisanalyse zur Weiterentwicklung von Bildungsangeboten zu digitalen Kompetenzen im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Autorinnen/Autoren L. Kilian¹, L. van Hout¹, A. Hiller¹, J. Litz¹, M. Roppel¹, A. Hinsche-Böckenholt¹, A. Freitag¹, A. Kref¹, S. Lisak-Wahl¹, F. Naundorf¹, D. Starke¹

Institut 1 Akademie für das Öffentliche Gesundheitswesen (AÖGW)
Kanzlerstr. 4 40472 Düsseldorf
DOI 10.1055/s-0044-1781782

Theoretischer Hintergrund: Im Rahmen des Projektes „Bedarfsorientierte Unterstützung und Qualifizierung für digitale Transformationsprozesse im Öffentlichen Gesundheitsdienst“ (BUDDI) beschäftigt sich das Teilprojekt „Digitale Kompetenzen“ mit der Gestaltung, Durchführung, Evaluation und Weiterentwicklung von Bildungsangeboten zu digitalen Kompetenzen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Die Studie ist aus verschiedenen Perspektiven relevant. So werden die Ergebnisse der Bedarfs- und Bedürfnisanalyse benötigt, um Curricula zu digitalen Kompetenzen im ÖGD partizipativ weiterzuentwickeln. Aus einem wissenschaftlichen Blickwinkel ergänzen die gewonnenen Erkenntnisse das Feld der Fachkräfteentwicklung im ÖGD. Das Forschungsinteresse fokussiert auf das Ermitteln systemischer Bedarfe, Wünsche, Hindernisse und Anregungen von ÖGD Mitarbeiter:innen, Entscheidungsträger:innen und anderen Stakeholdern zu Bildungsangeboten im Themenbereich "Digitale Transformation im ÖGD" bzw. "Digitale Kompetenzen".

Forschungsfrage: Es werden folgende Forschungsfragen gestellt: 1) Welche Bedarfe und Bedürfnisse zum Thema Bildungsangebote zu digitalen Kompetenzen haben ÖGD-Akteur:innen unterschiedlicher institutioneller Ebenen? 2) Welche individuellen Bedürfnisse zum Thema Lehrinhalte und Lehr- und Lernformate bezüglich digitaler Kompetenzen haben ÖGD-Akteur:innen? 3) Welche

beruflichen Rollenbeschreibungen und Erwartungen an die Rolleninhaber:innen ergeben sich aus diesen Bedarfen und Bedürfnissen der ÖGD-Mitarbeiter:innen?

Methode: Ein mixed-method Ansatz wurde gewählt. Zuerst wurden Bedarfe- und Bedürfnisse bezüglich der im Arbeitsalltag des Gesundheitsamtes benötigten digitalen Kompetenzen mit Hilfe von Online-Fragebögen quantitativ erhoben. Der Fragebogen umfasst 13 Fragen zu den Bereichen Lerninhalte, Lehr- und Lernformate. Die Ergebnisse werden mit der Statistik- und Analysesoftware IBM® SPSS® Statistics ausgewertet. Im qualitativen Teil werden ca. 20 halbstandartisierte online Expert:inneninterviews über systemische Bedarfe für die Ausgestaltung von Bildungsangeboten für digitale Kompetenzen mit ÖGD-Akteur:innen durchgeführt. Dafür wird mit Hilfe des SPSS-Prinzips von Helfferich ein Interviewleitfaden erstellt, alle Interviews nach Kuckartz & Raediker transkribiert und mit MAXQDA induktiv und deduktiv ausgewertet. Abschließend findet die Triangulation/Synopse der quantitativen und qualitativen Ergebnisse statt. Die Dialoggruppe, an welche sich die Forschungsfragen primär richten sind ÖGD Mitarbeiter:innen und Entscheidungsträger:innen aller föderalen Ebenen des ÖGD. Weitere Dialoggruppen sind Stakeholder mit Interesse an Digitalisierungsthemen im ÖGD, wie der Wissenschaft, dem privaten Sektor, der Politik, den Verbänden sowie bereits tätigen Anbieter:innen.

Ergebnisse: Die Ergebnisse werden im Rahmen des Vortrages präsentiert.

Diskussion: Die Studie gibt einen Überblick über individuelle Bedürfnisse wie präferierte Lernmethoden, gewünschte Lerninhalte und übergeordnete Bedarfe. Ebenfalls werden aktuelle – und Zukunftsthemen des ÖGD sowie systemische Fördermöglichkeiten und Hinderungsgründe für die Teilnahme an Bildungsangeboten für digitale Kompetenzen eruiert. Auch die Notwendigkeit von Digitalisierungsbeauftragten – und Digitalisierungsmultiplikatoren und deren benötigte Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnissen und die Rollenerwartungen an diese Personengruppen werden in den Blick genommen. Unseren Wissens nach ist es die erste Studie, die diese Fragen speziell für den ÖGD beantwortet und mit deren Hilfe ein bestehendes Bildungsangebot agil weiterentwickelt wird.

Interessenskonflikte Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Bedarfs- und Bedürfnisanalyse hinsichtlich einer digitalen Bibliothek für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Autorinnen/Autoren A. Hiller¹, K. Weiß¹, S. Lisak-Wahl¹, A. Hinsche-Böckenholt¹, F. Naundorf, D. Starke¹

Institut 1 Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf
DOI 10.1055/s-0044-1781783

Theoretischer Hintergrund: Das Projekt „Bedarfsorientierte Unterstützung und Qualifizierung für digitale Transformationsprozesse im Öffentlichen Gesundheitsdienst“ (BUDDI) hat zum Ziel, die digitale Reife der Gesundheitsämter zu erhöhen und damit die digitale Transformation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) zu unterstützen. Unterteilt ist das Projekt in drei Teilprojekte: Projektbüro digitale Tools, Digitale Kompetenzen und Digitale Johann Peter Frank-Bibliothek. Im Rahmen des Teilprojektes Digitale Johann Peter Frank-Bibliothek soll eine zentrale digitale Bibliothek mit Zugang zu wissenschaftlicher Fachliteratur für die Gesundheitsämter eingerichtet werden. Hierzu wurde ein Mapping durchgeführt, um ÖGD-relevante Fachzeitschriften als Grundlage für den Bibliotheksbestand zu identifizieren. Zusammen mit einer Erhebung des Ist-Standes sowie Analyse der Bedürfnisse und Bedarfe von wissenschaftlicher Fachliteratur soll ein ÖGD-spezifisches Bibliotheksangebot geschaffen werden.

Forschungsfrage: (1) Welche wissenschaftliche Fachzeitschriften sind aktuell für den ÖGD relevant? (2) Welche Bedarfe bestehen bei den Beschäftigten des ÖGD bzgl. des Zugriffs auf Fachzeitschriften und wissenschaftliche Online-Datenbanken? (3) Welche individuellen Bedürfnisse bestehen bei den Beschäftigten des ÖGD bzgl. der inhaltlichen Gestaltung der Johann Peter Frank-Bibliothek?

Methode: Um die Forschungsfragen zu beantworten, werden mit Hilfe eines quantitativen Online-Fragebogens der Ist-Stand und die Bedarfe bezüglich der im Arbeitsalltag des ÖGD benötigten Fachzeitschriften und wissenschaftlichen Datenbanken erhoben. Eine Vollerhebung ist anvisiert, die Akquise erfolgt über unterschiedliche Wege. Die Daten der Online-Befragung werden mithilfe des Online-Tools LimeSurvey erhoben und mittels der Statistik- und Analysesoftware IBM® SPSS® Statistics ausgewertet.

Ergebnisse: Im Rahmen des Vortrages werden die Ergebnisse der Befragung präsentiert.

Diskussion: Mit den erhobenen Daten werden die angebotenen Inhalte der digitalen Johann Peter Frank -Bibliothek auf die ÖGD-spezifischen Informationsbedarfe der Mitarbeiter:innen zugeschnitten. Als zentrale Wissens- und Rechercheplattform zur Förderung der Wissensverbreitung unterstützt die Johann Peter Frank Bibliothek die digitale Transformation im ÖGD.

Interessenskonflikte Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Prozessevaluation zur Weiterentwicklung von Bildungsangeboten zu digitalen Kompetenzen im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Autorinnen/Autoren M. Siv Roppel¹, L. Kilian¹, A. Hiller¹, J. Litz¹, F. Naundorf¹, D. Starke¹

Institut 1 Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf
DOI 10.1055/s-0044-1781784

Das Ziel des Projektes „Bedarfsorientierte Unterstützung und Qualifizierung für digitale Transformationsprozesse im Öffentlichen Gesundheitsdienst“ (BUD-DI) ist die professionelle Unterstützung der digitalen Transformation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) durch verschiedene qualitätsgesicherte Maßnahmen zur Steigerung der digitalen Reife der Gesundheitsämter. Das Projekt besteht aus drei Teilprojekten: Das Projektbüro Digitale Tools, Digitale Kompetenzen und die Digitale Bibliothek. Im Teilprojekt Digitale Kompetenzen wird unter anderem eine umfassende Bedarfs- und Bedürfnisanalyse zu digitalen Kompetenzen für Fach- und Führungskräfte im ÖGD durchgeführt. Zeitgleich erfolgt die Prozessevaluation der an der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (AÖGW) angebotenen Fortbildungsreihe „Digitale Kompetenzen“ mit dem Ziel der Curriculumsanpassung.

Die Prozessevaluation wird bis April 2024 in einem Mixed-Method Design durchgeführt. Zunächst werden in einer quantitativen Erhebung in Form von Online-Fragebögen die Teilnehmer:innen zu den Veranstaltungen der Fortbildungsreihe „Digitale Kompetenzen“ befragt. Die Auswertung der quantitativen Daten dient als Grundlage für den zweiten methodischen Schritt. In diesem werden zur Anreicherung der Daten qualitative Fokusgruppendifkussionen durchgeführt. Die Diskussionen werden im Anschluss pseudonymisiert, transkribiert und ausgewertet. Im letzten Schritt werden beide Auswertungen zusammengeführt, diskutiert und dienen als Grundlage für die Anpassung des Fortbildungscurriculums der Reihe „Digitale Kompetenzen“. Im Kontext des BVÖGD-Kongresses 2024 sollen die Ergebnisse präsentiert und mit dem Publikum diskutiert werden.

Der Vortrag kann ebenfalls in einem Workshopformat angeboten werden. Hier sollen die bis April 2024 erhobenen und ausgewerteten Daten und Ergebnisse der Bedarfs- und Bedürfnisanalyse sowie der Prozessevaluation mit dem auf dem BVÖGD-Kongress anwesenden ÖGD Fach- und Führungskräften diskutiert und angereichert werden.

Die Ergebnisse des Workshops dienen vor diesem Hintergrund der Triangulation der gewonnenen Daten und Schlussfolgerungen und gewährleisten, dass die im BUDDI-Projekt gewonnenen Ergebnisse von allen relevanten Dialoggruppen im ÖGD diskutiert werden.

Interoperable Schnittstellen – gemeinsam die Grundlage für individuelle Lösungen schaffen

Autorinnen/Autoren S. Brose¹, N. Richardt¹, N. Moser¹

Institut 1 Hessisches Ministerium für Soziales und Integration Hessen
DOI 10.1055/s-0044-1781785

In der Corona Pandemie wurde im Öffentlichen Gesundheitswesen (ÖGD) der akute Bedarf nach raschem, rechtlich abgesichertem Austausch von medizinischen Daten deutlich. Im Infektionsschutz wurde eine Digitalisierung vom Bund angestoßen, aber wie sieht es mit der Digitalisierung der vielen anderen Aufgaben des ÖGD, die beim Land und den Kommunen verortet sind, aus? Wie können föderale und lokale Lösungen entwickelt werden und gleichzeitig eine Duplizierung von Leistungen vermieden werden? Die Achillesferse einer effizienten Digitalisierung, die lokale bürgernahe Lösungen unterstützt, ist die fehlende Interoperabilität der zu nutzenden Schnittstellen. Am Beispiel der Schuleingangsuntersuchung zeigen wir den Prozess, wie Interoperabilität und der dazu gehörige rechtliche Rahmen im föderalen System durch gemeinsame länderübergreifende Abstimmung erarbeitet werden können. Damit ist die Basis für die effiziente Entwicklung von individuellen und regional passgerechten Lösungen geschaffen.

Der Vortrag beruht auf ersten Ergebnissen der Arbeit der ELFA-Maßnahme Interoperabilität unter der Federführung des Landes Hessen. (ELFA steht für "Ein Land Für Alle"). Hieran sind die Bundesländer auf ministerieller Ebene beteiligt und Fachexpertise wird durch die Fachexpert*innen der Gesundheitsämter integriert. Die Geschäftsstelle Interoperabilität kommuniziert, moderiert und koordiniert die verschiedenen Akteure und Prozesse und entwickelt einen Prozess zur Schaffung interoperabler Schnittstellen im föderalen System.

Anbindung der Gesundheitsämter an die Telematik-Infrastruktur (TI)

Autorinnen/Autoren N. Alves Vidal¹, F. Bausch², L. Dölger³

Institute 1 G44 Sozialbehörde/ Amt für Gesundheit; 2 G4P Sozialbehörde/ Amt für Gesundheit; 3 G12 Sozialbehörde/ Amt für Gesundheit
DOI 10.1055/s-0044-1781786

Die Telematikinfrastruktur (TI) ist die Plattform für Gesundheitsanwendungen in Deutschland und soll u.a. eine standardisierte und sichere digitale Kommunikation mit allen Akteuren im Gesundheitswesen ermöglichen. Die technische Anbindung der TI an die vorhandene IT-Infrastruktur soll so hergestellt werden, dass die MitarbeiterInnen der bezirklichen Fachämter Gesundheit aufwandsarm und störungsfrei innerhalb der Fachverfahren sowie gesichert nach „außen hin“ arbeiten können. Die Anbindung des ÖGD an die TI ist bundesweit grundsätzlich seit Juli 2022 möglich.

Zur Nutzung der TI sind bestimmte Module notwendig und vorgesehen: Dabei wird der Fachdienst KIM – Kommunikation im Medizinwesen als sicherer E-Mail-Dienst mit besonders großem Nutzen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst gesehen. Die MitarbeiterInnen der GÄ werden damit in der Lage versetzt, mit niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Krankenkassen und weiteren Leistungserbringern sicher und auf digitalem Weg zu kommunizieren. Die bisherigen Kommunikationsformen z.B. per ungesicherter Email oder Brief werden dadurch obsolet. Für niedrigschwellige Kommunikation soll ab Ende 2023 auch der erste Messengerdienst der Telematikinfrastruktur durch die gematik zugelassen werden. Der TI-Messenger (TIM) ermöglicht dabei zunächst die Kommunikation von Gesundheitseinrichtungen untereinander und in einer zweiten Ausbaustufe, voraussichtlich im Verlauf des Jahres 2024, auch die Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Patientinnen und Patienten. TIM soll dabei auch mobil eingesetzt werden können.

Ausschließlich im Gesundheitsamt HH-Mitte werden -im Rahmen eines Modellprojekts der Gematik- darüber hinaus weitere Module wie z.B. die elektronische Patientenakte (ePA) und das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) eingeführt und auf ihre Praxistauglichkeit getestet. Derzeit läuft mit den Modellprojektpartnern und mit dem Fachverfahrenshersteller Easysoft die Abstimmung, welche Module genau zum Einsatz kommen sollen. Der Anschluss weiterer Module wäre Inhalt von Folgeprojekten.

Digitalisierung im ÖGD – Interoperabilität, Integration & Interaktion im Kontext der ELFA- und Landesmaßnahmen in Bayern

Autorinnen/Autoren T. Heindl¹, U. Mühle-Schaeffer¹

Institut 1 Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Nürnberg in Zusammenarbeit mit Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, München

DOI 10.1055/s-0044-1781787

Unter dem Leitbild „Digitales Gesundheitsamt 2025“ wurde eine Initiative zur Förderung von Maßnahmen zur Steigerung und Weiterentwicklung des digitalen Reifegrades des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland angestoßen. Finanziert durch das Förderprogramm „Pakt für den ÖGD“ wird die digitale Transformation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes stark vorangetrieben.

Ende 2022 veröffentlichte der Freistaat Bayern seine „Rahmenstrategie Digitalisierung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“. Mit dem Zielbild einer prozessorleichternden und interoperablen Softwarelandschaft wird eine schrittweise Harmonisierung angestrebt. Die Rahmenstrategie greift dabei auch die im Kontext der Förderung durch den Pakt für den ÖGD entstandenen länderübergreifenden ELFA-Maßnahmen („Ein Land für alle“) und koordinierten Landesmaßnahmen auf.

Anhand ausgewählter Projektbeispiele soll das Zusammenwirken verschiedener Ebenen und Akteure bei der Konzeption und Entwicklung von Fachverfahren und der Integration von Standards und Schnittstellen aufgezeigt werden. Der Fokus liegt hierbei auf der Interoperabilität zwischen den Institutionen innerhalb des ÖGD sowie den Bestrebungen hin zu einer bürgerzentrierten, digitalen Interaktion mit der Bevölkerung.

Personal im ÖGD und ÖGD im Studium

08:30 – 10:00 | Saal X.10

Das Gesundheitsamt in der Hochschule – Konzepte der wissenschaftlichen Weiterbildung an der Universität aus der Praxis

Autorinnen/Autoren R. Susenburger¹, C. Pischke², L. Günther², R. M. Schmithausen³, N. Dragano²

Institute 1 Kreis Mettmann, Gesundheitsamt, Erkrath; 2 Public Health Studiengang, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf; 3 Universitätsmedizin Essen, Institut für Künstliche Intelligenz in der Medizin, Essen

DOI 10.1055/s-0044-1781788

Die zunehmende Bedeutung von Public Health in der heutigen Gesellschaft erfordert eine stärkere Einbindung der praktischen Vertreter aus den Gesundheitsämtern in Deutschland in die Hochschulbildung. Das Gesundheitsamt Mettmann und das Institut für Medizinische Soziologie, das Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie sowie die Sektion Public Health erarbeiten gemeinsam ein praxisorientiertes Schnittstellen-Konzept für den Public Health Studiengang an der Heinrich Heine Universität Düsseldorf.

Die verschiedenen Vertreter diskutieren intensiv die Gründe und Vorteile einer verstärkten Präsenz von Gesundheitsamt-Fachleuten in Public Health Studiengängen. Gesundheitsämter spielen eine zentrale Rolle bei der Bewältigung gesundheitlicher Herausforderungen in der Bevölkerung. Sie sind maßgeblich an der Umsetzung von Gesundheitspolitik, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung beteiligt. Dennoch sind sie in den Hochschulbildungsprogrammen im Bereich Public Health unterrepräsentiert. Diese Unterrepräsentation hat mehrere negative Auswirkungen.

Erstens bietet die Einbindung von praktischen Vertretern aus Gesundheitsämtern den Studierenden einen direkten Einblick in die aktuellen Herausforderun-

gen und praktischen Anwendungen von Public Health. Dies kann dazu beitragen, dass Absolventen besser auf die Realität des Gesundheitswesens vorbereitet sind und innovative Lösungen entwickeln können.

Zweitens fördert die Beteiligung von Gesundheitsamtsmitarbeitern die Forschung und Lehre in den Hochschulen. Sie bringen ihre Fachkenntnisse, Erfahrungen und Forschungsideen ein, die die Qualität und Relevanz der Ausbildung und Forschung im Bereich Public Health erhöhen können.

Drittens kann die verstärkte Präsenz von Gesundheitsamtsmitarbeitern dazu beitragen, eine Brücke zwischen Theorie und Praxis im Bereich Public Health zu schlagen. Dies ist entscheidend, um sicherzustellen, dass wissenschaftliche Erkenntnisse und evidenzbasierte Praktiken tatsächlich in die Gesundheitspolitik und -praxis integriert werden.

Insgesamt kann eine verstärkte Vertretung von praktischen Vertretern aus Gesundheitsämtern in den Public Health Studiengängen dazu beitragen, die Bildung und Forschung in diesem Bereich zu verbessern und die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland effektiver zu fördern und zu schützen.

Das hier vorgestellte Hybrid-Konzept der HHU und des Gesundheitsamtes Mettmann entwickelt Strategien zur Integration der Fachleute aus dem Gesundheitsamt in die Hochschulumgebung.

Nachwuchsakquise und künftige Ausrichtung des ÖGD – Eine fachärztliche Perspektive

Autor B.M. J. Lamp^{1, 2}

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

DOI 10.1055/s-0044-1781789

Hintergrund: Der ÖGD sieht sich mit mannigfaltigen Herausforderungen konfrontiert. Vor dem Hintergrund dieser Herausforderungen stellt sich die Frage, wie der ÖGD künftig qualitativ mit motiviertem und gut ausgebildetem ärztlichem Personal aufgestellt werden kann und welche Optionen für die Nachwuchsakquise zur Verfügung stehen.

Methoden: Es wird ein Überblick über die ärztlichen Aufgaben und Herausforderungen der Arbeit im ÖGD gegeben. Die Problematik der Attraktivitätssteigerung sowie die Notwendigkeit fachärztlich qualifizierter Mitarbeiter/-innen im ÖGD sowie Lösungsansätze dazu werden skizziert und diskutiert.

Ergebnisse: Die Nachwuchsakquise muss im Studium beginnen. Dafür müssen ÖGD-spezifische Inhalte an den Universitäten in die Curricula integriert und von Fachärzten/-innen f. ÖGW gelehrt werden. Die Bevölkerungsmedizin muss als Teil des medizinischen Fächerkanons wahrgenommen werden. Forschung & Lehre können Zugpferd für die Nachwuchsakquise sein. Dabei spielt Vernetzung eine Schlüsselrolle: Zwischen Institutionen des ÖGD genauso wie zwischen dem ÖGD und den Universitäten und anderen Forschungseinrichtungen. Das Aufgabenspektrum im ÖGD benötigt eine Mixtur aus fachärztlichen klinischen und theoretischen Spezialisierungen, bevölkerungsmedizinischen Inhalten und Kompetenzen aus anderen Fachgebieten (Verwaltung, Jura, Gesundheitswissenschaften). Medizinisch und gesundheitswissenschaftlich qualifizierte Mitarbeitende sind für die Forschung im ÖGD wichtig (klinische Erfahrung und Methodenkompetenz). Verwaltung ist Mittel zum Zweck, nicht Selbstzweck. Sie muss eine empirisch basierte Bevölkerungsmedizin unterstützen und darf nicht behindern. 3 Säulen für die künftige ärztliche Arbeit im ÖGD: Effektive Verwaltung – Forschung & Lehre – Präventive und soziale Bevölkerungsmedizin.

Diskussion: Die Anforderungen an die Qualifikation der ärztlichen Mitarbeiter im ÖGD dürfen nicht herabgesetzt werden (ärztl. Approbation als Mindestanforderung), sondern müssen dem anspruchsvollen Tätigkeitsfeld entsprechend hoch sein. Daher muss der ÖGD gezielt Fachärzte/-innen anwerben und/oder niederschwellige Qualifizierungsmöglichkeiten bieten (Durchlässigkeit, Rotationen). Verdienstmöglichkeiten müssen konkurrenzfähig sein. Fachärztliche Qualifikationen und Berufserfahrung aus unterschiedlichen Bereichen sind notwendig ebenso wie die multi- und interdisziplinäre Kollaboration mit anderen Fachdisziplinen.

Personal – Ressource Nr. 1 im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Autor F. Bauer

Institut Landeshauptstadt Dresden, Amt für Gesundheit und Prävention, Dresden

DOI 10.1055/s-0044-1781790

Hintergrund: Die Corona-Pandemie hat den Fokus auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst gelenkt. Postpandemisch ist die Aufmerksamkeit für die Arbeit der Gesundheitsämter weiterhin auf einem hohen Niveau. Dies drückt sich in vermehrten Beratungsanlässen, Einbeziehung in Fachplanungen aber auch die spürbare Erhöhung der Attraktivität als Arbeitgeber aus. Bedingt durch den Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die damit einhergehende Stärkung der personellen Ausstattung und sächlichen Ressourcen gilt es nun aber auch, nachzuhalten. Dies bedeutet eine Beschäftigung mit den sogenannten Karrierewegen im Öffentlichen Gesundheitsdienst, um den Prozess der Anwerbung, über das Onboarding bis hin zur berufsbegleitenden Weiterqualifizierung zu durchdenken, konzeptionell aufzusetzen und zu Implementieren. „Das Personal als Ressource Nr. 1“ – nur mit diesem Leitgedanken kann die Trias: „Gesundheit – beraten, fördern, schützen“ gelingen.

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

1. Darstellung des multiprofessionellen Teams des Amtes für Gesundheit und Prävention,
2. Analyse von Onboarding- und Bindungsfaktoren für (medizinisches) Fachpersonal,
3. Beschreibung von berufsspezifischen Karrierewegen sowie
4. Ableitung von Handlungsschritten für die Etablierung von Karrierewegen im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Methode: Deskriptive Betrachtung des multiprofessionellen Teams im Amt für Gesundheit und Prävention Dresden im Status quo. Visualisierte Entwicklung von Karrierewegen an ausgewählten Beispielen des Fachpersonals und Konzeptionalisierung des weiteren Vorgehens unter Beachtung relevanter Stakeholder für den Prozess.

Ergebnisse: Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist aufgrund seines sozialkompensatorischen Auftrags zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit einerseits und dem schützenden Aspekt andererseits weder eine klassische Leistungs- noch Eingriffsverwaltung. Diese hybride Stellung ist Anspruch und Herausforderung gleichermaßen, ermöglicht aber auch einen allumfassenden Handlungsauftrag für die Gesundheit der Bevölkerung. Gerade dieser Aspekt verdeutlicht, dass die Ressource Mitarbeiter*in im Öffentlichen Gesundheitsdienst einen besonderen Stellenwert einnimmt. Nicht die Auszahlung von Geldleistungen oder der Erlass ordnungsrechtlicher Verfügungen steht im Vordergrund – es ist die Beratung und Begleitung in umfassenden medizinischen Fragen als Dienstleistung am Bürger. Dies steht im Vordergrund und ist nur durch entsprechendes Fachpersonal zu leisten. Die besondere fachliche Expertise von Beschäftigten zeigt sich im individual- und bevölkerungsmedizinischen Arbeiten gleichermaßen, was ein besonderes Maß an Abstraktionsfähigkeit und fachlichem Know-how erforderlich macht. Umso wichtiger ist es, diese Ressource zu gewinnen, zu stärken und in der Arbeitswelt des ÖGD zu halten. Dazu müssen arbeitgeberseitig Angebote an die Beschäftigten adressiert werden, die die spezifischen berufs- und standesrechtlichen Prämissen in den Blick nehmen und konkrete Wege der Aus- und Weiterbildung sowie Qualifizierung in der Tätigkeit beschreiben.

Diskussion: Die Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes richtet sich nach einem bundesweit einheitlichen und konsentierten Leitbild. Es ist nach Ansicht des Autors zu diskutieren, wie die Attraktivität des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als Arbeitgeber verstetigt und nachhaltig gestaltet werden kann. Dabei stellen sich die Fragen, ob im multiprofessionellen Setting die richtigen Berufsgruppen tätig sind, wie man diese identifiziert, an sich bindet und im

Karriereweg weiter qualifiziert. Es wird eingeschätzt, dass nur mit strukturierten Mitteln der Personalakquise und –entwicklung, in Zeiten des demografischen Wandels und des Fachkräftemangels, die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auch in Zukunft auf qualitativ hochwertigem Niveau erbracht werden können. Eine Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bedeutet eine Stärkung der Öffentlichen Gesundheit. Die Stärkung der Öffentlichen Gesundheit dient letztlich der gesundheitlichen Chancengleichheit der Bevölkerung.

PJ-Wahlfach Öffentliches Gesundheitswesen: Konzeption und landesweite Umsetzung in Baden-Württemberg

Autorinnen/Autoren A. Stiegler^{1, 8}, M. Steinisch^{2, 8}, U. Bopp-Haas³, O. Kappert⁴, A. Kühn⁵, M. Priwitzer⁶, B. Walter-Frank⁷, P. Schäfer², G. Roller¹
Institute 1 Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, Landesgesundheitsamt, Stuttgart; 2 Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt, Stadt Mannheim, Mannheim; 3 Landratsamt Alb-Donau-Kreis, Fachdienst Gesundheit; 4 Landratsamt Breisgau-Hochschwarzwald, Dezernat Gesundheit und Versorgung, Freiburg; 5 Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis, Gesundheitsamt, Heidelberg; 6 Landeshauptstadt Stuttgart, Gesundheitsamt, Stuttgart; 7 Landratsamt Tübingen, Abteilung Gesundheit, Tübingen; 8 Geteilte Erstautorenschaft
DOI 10.1055/s-0044-1781791

Einleitung: Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) wurde in den letzten Jahren nicht zuletzt aufgrund der COVID-19-Pandemie in den Fokus gerückt. Auf Bundesebene wird an verschiedenen Stellen die Relevanz der Bevölkerungsmedizin und Öffentlichen Gesundheit im Rahmen des Medizinstudiums betont: So sieht der aktuelle Referentenentwurf der Ärztlichen (ÄApprO) Approbationsordnung) 2025 vor, dass Bevölkerungsmedizin fester Bestandteil des Medizinstudiums sein soll. Auch im Pakt für den ÖGD wird betont, dass Studierende der Medizin bereits im Studium stärker an die Themenfelder der Öffentlichen Gesundheit herangeführt werden sollen und dass Famulaturen und das Praktische Jahr (PJ) grundsätzlich auch im Gesundheitsamt abgeleistet werden können. Durch die Änderung der ÄApprO (01.10.2021) wurden das Öffentliche Gesundheitswesen (ÖGW) und die Bevölkerungsmedizin stärker in der medizinischen Ausbildung verankert und ab Mai 2022 die Möglichkeit eröffnet, das Praktische Jahr im Wahlfach ÖGW in einem Gesundheitsamt zu absolvieren. Während Famulaturen in Baden-Württemberg bereits seit Längerem auch an Gesundheitsämtern abgeleistet werden konnten, ist die neue Möglichkeit PJ im Gesundheitsamt eine Herausforderung und Chance zugleich, bietet sie doch die Gelegenheit, Nachwuchs im ÖGD zu fördern, für die fachärztliche Weiterbildung zu gewinnen und einen ÖGD der Zukunft zu gestalten. Im Folgenden soll die Konzeption und Umsetzung des Praktischen Jahres in einem landeseinheitlichen Prozess aus Sicht der obersten Landesgesundheitsbehörde sowie der beteiligten Gesundheitsämter dargestellt werden.

Methoden: Nach den ab März 2022 durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg aufgenommenen vorbereitenden Gesprächen u.a. mit dem Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst, allen medizinischen Fakultäten des Landes und der Approbationsbehörde erfolgte im weiteren Verlauf ab Mai 2022 die Beteiligung der Gesundheitsämter und Regierungspräsidien sowie der betroffenen kommunalen Landesverbände. Über die Fakultäten erfolgten die Information und Einbindung der Studierendenvertretungen.

Im Juli 2022 wurde unter Vorsitz des Sozialministeriums die AG „Lehre ÖGW im Medizinstudium“ konstituiert. In vier Teilprojektgruppen (TP) wurden die Themenfelder Anforderungsprofil (I), Logbuch PJ/Curriculum (II), rechtliche Voraussetzungen (III) und Etablierung Lehre ÖGW im Medizin-/Zahnmedizinstudium (IV) aufgegliedert. Im Februar 2023 wurde unter der Leitung des Sozialministeriums BW die Unter-AG „Pilotgesundheitsämter“ für die konkrete Planung einer pilotierenden Umsetzung des baden-württembergischen Konzepts für das PJ-Wahlfach ÖGW gegründet. Beteiligt sind die Gesundheitsämter

an den Standorten der Medizinischen Fakultäten in Baden-Württemberg (Freiburg, Heidelberg, Mannheim, Tübingen, Ulm) und der Landeshauptstadt Stuttgart. Eine prozessbegleitende Evaluation ist geplant.

Ergebnisse: TP I und II wurden bis 10/2023 abgeschlossen: In TP I wurde der Kriterienkatalog der Fakultäten verabschiedet hinsichtlich der Anforderungen an die Qualifikationen der Lehrverantwortlichen Personen und die Ausbildungsstätte (Gesundheitsamt). In TP II wurde ein Muster-Logbuch sowie ein umfassender begleitender Leitfaden erstellt, der den Medizinischen Fakultäten und den Pilot-Gesundheitsämtern als Empfehlung zur Verfügung gestellt wurde. Beschrieben sind hier Ausbildungsziele in Form eines APT-Curriculums („Anvertraubare Professionelle Tätigkeiten“) in den jeweiligen Einsatzabschnitten im Gesundheitsamt sowie Vorlagen zur Durchführung „Strukturierter Beobachtungen“ sowie strukturierter Ausbildungsgespräche. In TP III wurden rechtliche Fragestellungen wie die Entwurfsfassung einer Kooperationsvereinbarung oder Regelungen zur Aufwandsentschädigung erarbeitet. In der UAG Pilotgesundheitsämter wurde die praktische Umsetzung der in den TP erarbeiteten Konzepte vorbereitet sowie PJ-begleitender Unterricht konzipiert. An den jeweiligen Standorten werden ab 11/2023 erste PJ-Studierende in Gesundheitsämtern betreut. Erfahrungen dieser pilotierenden Umsetzung sollen im Rahmen des BVÖGD-Kongresses 04/2024 zusammen mit einer detaillierten Darstellung der Konzeptionsphase vorgestellt werden.

Fazit und Ausblick: Das Sozialministerium hat diesen Prozess landesweit unter Einbindung aller relevanten Akteure koordiniert und gesteuert. Die operative Umsetzung erfolgt in Zusammenarbeit mit den medizinischen Fakultäten und den Pilotgesundheitsämtern. Die schrittweise und strukturierte Ausarbeitung einer Konzeption aller relevanten Akteure hat dazu geführt, dass das Praktische Jahr im ÖGW in BW zeitnah und mit einem hohen Qualitätsstandard implementiert wurde. Ohne diesen landesweiten Prozess wären Einzellösungen zwischen Medizinischen Fakultäten und einzelnen Gesundheitsämtern zur Realisierung erforderlich gewesen.

Nach Abschluss der Pilotphase (April bzw. Mai 2025) soll eine Verstetigung unter Berücksichtigung von Evaluationsergebnissen erfolgen. Zeitnah wird TP IV die Arbeit an der Konzeption einer Verankerung von bevölkerungsmedizinischen und ÖGD-relevanten Themen im Medizinstudium aufnehmen. Auch hier ist ein landesweit gesteuerter Prozess mit allen Beteiligten geplant.

Public Health Aus- und Weiterbildung im internationalen Vergleich: Chancen und Herausforderungen

Autorinnen/Autoren N. Sapoutzis¹, M. Wijnen-Meijer²

Institute 1 Gesundheitsamt des Hochtaunuskreises; 2 Professur für Medizindidaktik, Technische Universität Dresden, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus

DOI 10.1055/s-0044-1781792

Hintergrund: Die Public Health und damit verbundene nationenübergreifende Ansätze im Gesundheitswesen stehen angesichts der alternden Bevölkerung, des Klimawandels und globaler Gesundheitsprobleme vor wachsenden Herausforderungen. Dies führt zu einem gesteigerten Bedarf an Fachleuten im Bereich der öffentlichen Gesundheit auf nationaler und internationaler Ebene sowie zu verstärktem interdisziplinären Austausch. Universitäten und medizinische Einrichtungen tragen eine wichtige Verantwortung, um diesen steigenden Anforderungen durch vielfältige akademische Programme gerecht zu werden.

Methodik: Mittels einer umfassenden Literatur- und Online-Recherche haben wir die verschiedenen Möglichkeiten der Public Health Aus- und Weiterbildung untersucht und nach Art, Dauer, Voraussetzungen und Kerninhalten kategorisiert. Unsere Untersuchung erstreckte sich über verschiedene Länder, darunter Deutschland, Österreich, die Schweiz, Frankreich, die Niederlande, das Vereinigte Königreich, Schottland, die Vereinigten Staaten und Kanada.

Ergebnisse: In vielen Ländern werden sowohl Bachelor- als auch Masterprogramme im Bereich Public Health angeboten. Besonders die Niederlande bieten spezialisierte Programme an, wie zum Beispiel European Public Health oder Gesundheitschancengleichheit in benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Nach

dem Abschluss eines entsprechenden Masterstudiums bieten die meisten Universitäten PhD- oder Doktoratsprogramme an, um Absolventen für Forschungs- oder Führungspositionen zu qualifizieren. In Großbritannien, Österreich und den Niederlanden sind auch Masterprogramme verfügbar, die ohne vorherigen Bachelorabschluss im Bereich Public Health zugänglich sind, insbesondere für Medizinstudenten. Darüber hinaus bieten Deutschland, Österreich, die Schweiz, Kanada und die Niederlande Facharztausbildungen im Bereich öffentliche Gesundheit oder Public Health an.

Fazit: Die Public Health Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in Europa sind vielfältig und bieten Möglichkeiten zur Spezialisierung und akademischen Weiterentwicklung. Es bleibt dennoch eine Aufgabe, die vorhandenen Angebote adäquat zu bewerben, kontinuierliche auszubauen und auch für Personen außerhalb eines Grundstudiums in Public Health weitaus zugänglicher zu machen.

Rückenwind für den KJGD

10:30 – 12:00 | Saal Z

Ein interaktives ‚Dashboard Kindergesundheit‘ zur städtischen Ressourcensteuerung in Leipzig

Autorinnen/Autoren C. Korebrits¹, M. Glienke¹

Institut 1 Gesundheitsamt Stadt Leipzig

DOI 10.1055/s-0044-1781793

Forschungsergebnisse der letzten Jahre zeigen bereits im Kindesalter einen deutlichen Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit. Die gesundheitliche Situation eines ganzen Jahrgangs kann anhand der Daten der Schulaufnahmeuntersuchung (SCHAU) beleuchtet werden. Eine kleinräumige Datenanalyse anhand geeigneter Leitindikatoren kann nicht nur Lebensräume mit problematischer Kindergesundheit identifizieren, sondern auch als Grundlage für passgenaue Handlungsstrategien und Interventionen in der gesamten Kommune dienen.

Wichtige Aspekte der Leipziger SCHAU, wie z.B. Impfstatus, Teilnahme an den U-Untersuchungen oder Auffälligkeiten in verschiedenen Befundbereichen, sind für die Stadt Leipzig seit Juli 2023 erstmals in einem öffentlich zugänglichen Dashboard zusammengefasst. Verantwortliche aus Politik, anderen Fachämtern, Medizin und Wissenschaft können aus den interaktiven Karten und Diagrammen Trends und kleinräumige Analysen zur Gesundheit der Einschüler ablesen. Darüber hinaus wird ein besonderer Fokus auf die städtischen Schwerpunktgebiete der fachübergreifenden Stadtentwicklungsstrategie gelegt, die als Gebiete mit besonders hohem Präventions- und Interventionsbedarf definiert sind.

Auf Basis der Kindergesundheitsdaten im Dashboard wird es möglich, Entwicklungen im gesamten Stadtgebiet sowie in einzelnen Stadtteilen zu erkennen und Handlungsbedarfe abzuleiten. In allen dargestellten Analysen zeigen sich insbesondere in den Schwerpunktgebieten sehr viel häufiger Auffälligkeiten als im städtischen Durchschnitt. Um dieser gesundheitlichen Chancengleichheit entgegen zu wirken, können mit Hilfe des innovativen interaktiven Dashboards im Sinne von ‚Health in All Policies‘ alle kommunal Beteiligten einfach datengestützt beraten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention passgenau entwickelt werden.

Je nach Fragestellung können sowohl KJGD-intern als auch ämterübergreifend Strategien formuliert und Interventionen umgesetzt werden. In den städtischen Schwerpunkträumen ist eine Bündelung von Maßnahmen, wie beispielsweise mehr personelle KJGD-Ressourcen für die Einschulungs- und Kita-Untersuchungen, themenspezifische Installation von Förder-Programmen in Kitas und Schulen (Sprache, Bewegung, Ernährung, Sucht), Präventions-Programme des Jugendamtes („Willkommensbesuche“, Elterncafés, Kita-Sozialarbeit, Schulsozialarbeit, Erziehungsberatung) zielführend.

Zahnmedizin – Block 2

10:30 – 12:00 | Saal X.2

30 Jahre gemeinsam für gesunde Kinderzähne – Ein "Datenschatz" des Landes Brandenburg

Autor K. Mühlenbruch

Institut Fachausschuss Zahnärztlicher Dienst des Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz Brandenburg

DOI 10.1055/s-0044-1781794

Hintergrund: Seit 30 Jahren erreichen die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter im Land Brandenburg Kinder und Jugendliche kontinuierlich und flächendeckend in Kitas und Schulen mit Maßnahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe gem. §21 SGB V und dokumentieren die Angaben zur Zahn-, Mund- und Kiefergesundheit sowie zur präventiven Betreuung.

Methoden: Die Erfassung dieser Daten erfolgt seit Anfang der 1990er Jahre nach einheitlichen Kriterien, ab Ende der 1990er Jahre flächendeckend computergestützt. Das Land Brandenburg ist damit Vorreiter im Aufbau eines standardisierten Systems der Erfassung, Übermittlung und Auswertung von Daten aus Zahnärztlichen Untersuchungen für die Gesundheitsberichterstattung, welche Aussagen zur Entwicklung der Zahn- und Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen im Land ermöglichen.

Die Umsetzung der Datenerfassung erfolgt standardisiert und qualitätsgesichert nach dem Brandenburger Leitfaden für Zahnärztliche Dienste der Gesundheitsämter [1]; wodurch eine Vergleichbarkeit auch über die Jahre vorliegt. Erfasst sind über 4,9 Millionen Datensätze zu den Untersuchungen der Zahnärztlichen Dienste.

Ergebnisse: Auf Basis der Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung wurden im Jahr 2004 erstmals Mundgesundheitsziele für das Land Brandenburg durch das Bündnis Gesund Aufwachsen verabschiedet. Die jährliche Berichterstattung beinhaltet ein Monitoring dieser Ziele und inwiefern die Ziele erreicht werden konnten. Die Mundgesundheitsdaten können zeigen, dass mehr Kinder im Land Brandenburg mit gesunden Zähnen groß werden. So ist im Zeitraum von 1998 bis 2020 der dmf-t-Index bei den 3-jährigen von 0,84 auf 0,40 gesunken und bei den 5-jährigen von 2,07 auf 1,22. In der Altersgruppe der 12-jährigen hat sich in demselben Zeitraum der Anteil naturgesunder Gebisse mehr als verdoppelt (von 37,1% auf 76,4%).

Ausblick: Die aktuellen Mundgesundheitsziele wurden für den Zeitraum 2020 bis 2025 definiert. Die dritte Zielperiode der Mundgesundheitsziele wird im Jahr 2025 durch die Arbeitsgruppe Mundgesundheit im Brandenburger Gesundheitszieleprozess *Bündnis Gesundheit Aufwachsen* ausgewertet. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse können mögliche Auswirkungen der Corona-Pandemie bewertet werden und neue Zielsetzungen formuliert werden.

Literatur

[1] Brandenburger Leitfaden für Zahnärztliche Dienste der Gesundheitsämter

Infektionsschutz – Block 2

10:30 – 11:35 | Saal X.3

Was hätte eine an der Ebola-Epidemie trainierte KI für unser Verhalten in der Corona-Pandemie vorhergesagt?

Autor F. Burckhardt

Institut Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg Referat 73 Landesgesundheitsamt

DOI 10.1055/s-0044-1781795

Die Ebola-Epidemie in Westafrika 2014-16 hat zu über 28.000 Infektionsfällen mit mehr als 11.000 Verstorbenen geführt. Die drei hauptsächlich betroffenen Länder Guinea, Liberia und Sierra Leone setzten gegenüber ihrer Bevölkerung teilweise drastische Absonderungsmaßnahmen um, es kam zu Schulschließungen, ungleichen Auswirkungen auf die Geschlechter, Verschwörungstheorien, drastischen IT-Probleme und Korruption. Viele kulturelle Traditionen, z.B. Bestattungszeremonien, mussten sich dem Erreger anpassen; soziale Konflikte bei Absonderungs- und Behandlungsmaßnahmen wurden dank Unterstützung durch Anthropolog*innen zunehmend besser und nachhaltiger gelöst.

Dieses „Pandemiewissen“ ist vor und während der Corona-Pandemie ignoriert oder vergessen worden.

Ich möchte in meinem Vortrag eine fiktive KI die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der Ebola-Epidemie in Westafrika und der Corona-Pandemie in Deutschland ausarbeiten lassen. Dabei gehe ich auf die oben genannten Problemfelder mit Beispielen ein und zeige auch „Vorhersagen“, die (noch) nicht eingetreten sind.

Einen gesonderten Raum nimmt dabei die Frage ein, weshalb die laufenden Daten aus dem Infektionsmeldewesen für eine real existierende KI nicht auswertbar sind und wie man künftig mit einem pandemischen Datenvolumen im Infektionsschutz umgehen könnte.

Best of Tuberkulose 2024

Autorinnen/Autoren B. Häcker¹, R. Otto-Knapp¹, T. Bauer^{1, 2}

Institute 1 DZK – Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose e.V., Berlin; 2 Klinik für Pneumologie, Lungenklinik Heckeshorn, Helios Klinikum Emil von Behring, Berlin

DOI 10.1055/s-0044-1781796

Jedes Jahr findet anlässlich des Welttuberkulosestages im März eine gemeinsame Tuberkulosekonferenz des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK), des Robert Koch-Instituts (RKI) und des Forschungszentrum Borstel (FZB) statt. Dort werden die aktuellen Themen zur Tuberkulose (TB) in Deutschland diskutiert, neue wissenschaftliche Erkenntnisse geteilt und Fragen und Anregungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu diesem Thema aufgegriffen.

Für 2024 findet diese am 14.03.2024 statt. Geplante Themen sind neben der Epidemiologie zur TB, die sozialmedizinische Versorgung und Vernetzungsmöglichkeiten, internationale Kommunikation bei TB, die neuen Behandlungsleitlinien bei MDR-TB und die neuen Empfehlungen zur Umgebungsuntersuchung bei Tuberkulose. Das vollständige Programm ist angehängt.

Für den BVÖGD-Kongress würden wir dazu gern die wichtigsten Punkte der Tagung zusammenfassen. Dadurch soll allen Kolleginnen und Kollegen des öffentlichen Gesundheitsdienstes die Möglichkeit zum Austausch geboten und die neuesten Empfehlungen auf dem Gebiet der TB vermittelt werden.

Infektionshygienische Überwachung in der ärztlichen Rufbereitschaft – ein hausinterner Leitfaden zur Festlegung des Handlungsumfanges

Autor A. Martin

Institut Gesundheitsamt der Stadt Darmstadt und des Landkreises Darmstadt-Dieburg, Darmstadt

DOI 10.1055/s-0044-1781797

Das Infektionsschutzgesetz regelt durch die Meldepflichten (§§ 6-7 IfSG) die Anzeige von potentiell übertragbaren Erkrankungen an das Gesundheitsamt. Etabliert ist die arbeitstägliche Sichtung und Bewertung der gemeldeten Infektionsfälle. Über den Umfang der zum Infektionsschutz zu treffenden Maßnahmen entscheiden die Gesundheitsämter u.a. unter Berücksichtigung der einschlägigen Handlungsempfehlungen des Robert-Koch Instituts (RKI).

In welchem Umfang eine Bewertung der Meldedfälle an den Wochenend- und Feiertagen stattfindet, liegt ebenfalls im Ermessen der jeweiligen Behörde.

Vor diesem Hintergrund überprüft der ärztliche Rufbereitschaftsdienst am Gesundheitsamt der Stadt Darmstadt und des Landkreises Darmstadt-Dieburg

an den Wochenend- und Feiertagen die eingehenden Meldungen dahingehend, ob sofortige Maßnahmen zu ergreifen sind. Zur Systematisierung des Vorgehens wurde ein Handlungsleitfaden für die ärztlichen Mitarbeitenden erstellt. Meldevorgänge können auf verschiedenen Wegen an das Gesundheitsamt (Demis, Faxmeldungen, E-Mail etc.) gelangen. Diese sind von den ärztlichen Mitarbeitenden im Rufbereitschaftsdienst zu berücksichtigen. Bei der Bewertung der meldepflichtigen Infektionserreger spielen verschiedene Faktoren eine Rolle: (1) Ist ein Betretungsverbot für Kindertageseinrichtungen (§ 34 IfSG) zu verhängen? (2) Besteht die Notwendigkeit einer post-expositionellen Prophylaxe (wie z.B. bei Masern oder Meningokokken)? (3) Ist ein Tätigkeitsverbot (§§42, 43 IfSG) auszusprechen? (4) Ist von einer ernststen Bedrohung der Allgemeinheit auszugehen (z.B. durch hochpathogene Erreger, verunreinigte Lebensmittel, Trinkwasser etc.)? Neben der Bewertung des Infektionserregers ist auch die Zuständigkeit zu definieren (Aufenthaltsort, Wohnort der Meldeperson). Gegebenenfalls muss das zuständige Gesundheitsamt involviert werden.

Der hier vorgestellte Handlungsleitfaden kann helfen die Abläufe im Rufbereitschaftsdienst zu standardisieren. Ärztliche Mitarbeiter:innen, die nicht primär im Infektionsschutz eingesetzt sind, bekommen auf diesem Weg eine zusätzliche Sicherheit für die Tätigkeit in der Rufbereitschaft.

Neues von der Präventions- und Gesundheitsberichterstattung

10:30 – 12:00 | Saal X.4

Das Präventionsindikatorensystem der Länder

Autorinnen/Autoren J. Zeiher¹, J. D. Finger¹, S. Oberwöhrmann¹, S. Hermann¹, B. Borrmann²

Institute 1 Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, Berlin, Deutschland; 2 Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bochum, Deutschland

DOI 10.1055/s-0044-1781798

Hintergrund: Die Nationale Präventionskonferenz hat durch § 20d SGB V den Auftrag erhalten, eine Präventionsstrategie zu entwickeln, zu der die Erstellung von Nationalen Präventionsberichten gehört. Die Länder können für diese Berichte regionale Erkenntnisse aus ihrer Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung stellen. Die 94. Gesundheitsministerkonferenz sieht das Präventionsindikatorensystem als Ausgangspunkt für die Entwicklung einer Präventionsberichterstattung auf Länderebene und eine zwischen den Ländern koordinierte und vergleichbare Präventionsberichterstattung.

Methode: Die Auswahl von Themenfeldern und die Entwicklung von Präventionsindikatoren erfolgte in einem strukturierten Prozess durch eine „Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren“ (UAG), die sich aus 14 Ländern und dem Robert Koch-Institut zusammensetzte. Die Koordinierung lag bis 2022 beim Land Berlin und wurde 2023 vom Land Nordrhein-Westfalen übernommen.

Ergebnisse: Das Präventionsindikatorensystem besteht aus 73 Indikatoren in 14 Themenfeldern aus den Bereichen Verhältnisse, Verhalten und Krankheiten (Outcome). 32 Basisindikatoren sollen prioritär befüllt werden. Bei 11 Entwicklungsindikatoren besteht noch Bedarf an erheblicher konzeptioneller Weiterentwicklung, um eine Befüllung zu ermöglichen. Es werden erste Ergebnisse aus der pilothaften Befüllung vorgestellt, u.a. wurde das System im Zuge der Erarbeitung des Länderbeitrags zum 2. Nationalen Präventionsbericht am Beispiel einer Wirkungskette Diabetes angewendet.

Diskussion: Die Erweiterung der Gesundheitsberichterstattung um Indikatoren aus dem Bereich der Prävention/ Gesundheitsförderung gewinnt zunehmend an Bedeutung. Mit dem Präventionsindikatorensystem der Länder ist eine wichtige Basis geschaffen. Allerdings besteht weiterhin die Herausforderung, die

Datenbasis für die Indikatoren auszubauen. Dies betrifft insbesondere die Verfügbarkeit von Daten auf unteren Raumebenen, die Erschließung neuer Datenquellen und die Ausgestaltung der sog. Entwicklungsindikatoren.

Geodaten in der Präventions- und Gesundheitsberichterstattung: Potentiale und Herausforderungen

Autorinnen/Autoren J. Zeiher¹, J. D. Finger¹, S. Oberwöhrmann¹, S. Hermann¹

Institut 1 Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, Berlin

DOI 10.1055/s-0044-1781799

In Ergänzung zur GBE will die Präventionsberichterstattung eine regelmäßige Informationsbasis liefern, auf deren Grundlage Empfehlungen, Strategien, Aktionspläne und Maßnahmen für die Präventionspraxis entwickelt, implementiert, evaluiert und adjustiert werden können. Mit Beschluss der 94. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) wird derzeit durch die UAG Präventionsindikatoren der AG GPRS eine zwischen den Ländern koordinierte und vergleichbare Präventionsberichterstattung aufgebaut. Die Auswahl der Themen und der zugeordneten Indikatoren orientiert sich am „Health in All Policies“-Ansatz und eines darauf aufbauenden Mehrebenen-Wirkmodells. Damit wird eine stärkere Fokussierung auf unmittelbare Gesundheitsdeterminanten und auf deren Einflussfaktoren notwendig.

Gerade wenn es um die Untersuchung des Einflusses der Umwelt auf die Gesundheit geht, ist die Auswertung von Geodaten mittels Geoinformationssystemen ein fester Bestandteil der gesundheitswissenschaftlichen Forschung. Die Arbeit in der UAG Präventionsindikatoren hat jedoch gezeigt, dass die vorhandene kleinräumige Datengrundlage sowie georeferenzierte Daten für die Erstellung von Präventionsindikatoren derzeit unzureichend sind. Zudem liegen die Datenbestände häufig nicht maschinenlesbar und in den gängigen Formaten vor.

Die EU INSPIRE Richtlinie (Richtlinie 2007/2/EG) bildet den gesetzlichen und inhaltlichen Rahmen, um Geoinformationen einheitlich und interoperabel bereitzustellen. Für den Bereich der gesundheitsbezogenen Geodaten werden in Deutschland zum jetzigen Stand erst wenige Datensätze INSPIRE-konform bereitgestellt. Im März 2023 hat die GBE Berlin für die Länder einen Workshop zur INSPIRE Betroffenheit des Politikfeldes Gesundheit durchgeführt. Dabei wurde deutlich, dass die Ländervertreterinnen und -vertreter eine koordinierte und einheitliche Bereitstellung entsprechender Datensätze und Metadaten begrüßen würden.

Der Beitrag gibt einen Überblick über die Verwendung von Geodaten in der Präventions- und Gesundheitsberichterstattung und beschreibt den Prozess der INSPIRE-konformen Bereitstellung von Gesundheitsdaten an aktuellen Beispielen.

Monitoring körperlicher Aktivität und Bewegungsförderung – Entwicklung von Indikatoren für das Länder-Präventionsindikatorensystem (KAB-Mon)

Autorinnen/Autoren S. Oberwöhrmann¹, J. D. Finger¹, J. Zeiher¹, A. Hebestreit², P. Gelius³, A. Reimers⁴

Institute 1 Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, Berlin; 2 Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS, Bremen; 3 Institut für Sportwissenschaften, Universität Lausanne, Schweiz; 4 Lehrstuhl für Sportwissenschaft, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

DOI 10.1055/s-0044-1781800

Hintergrund: Körperliche Aktivität stellt einen wichtigen Baustein von Gesundheitsförderung/ Prävention dar. Im Präventionsindikatorensystem der Länder sind im Themenfeld Bewegung sog. Entwicklungsindikatoren enthalten, für die noch erheblicher konzeptioneller Ausarbeitungsbedarf besteht. Im Rahmen des Förderauftrags des Bundesministeriums für Gesundheit „Strukturelle Stärkung und Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)“

wurde das Verbundprojekt KAB-Mon zur wissenschaftlichen Erarbeitung der Indikatoren bewilligt.

Methode: Für die subjektive Erfassung der drei Mobilitätsindikatoren „Modal Split“, „Walkability“, „Bikeability“ werden Befragungsinstrumente identifiziert bzw. neu entwickelt, die in einer repräsentativen Stichprobe pilotiert werden sollen. Walkability und Bikeability werden zusätzlich mittels Geo-Daten objektiv erfasst. Der vierte Indikator „Bewegung als Baustein im Bildungsrahmenplan Kita“ ist ein Politikindikator. Aufbauend auf eine systematische Übersichtsarbeit werden u.a. mittels Dokumenten-Analyse Beispiele für die gute politische Praxis definiert und ein Benchmarking-Tool zur Testung entwickelt. Abschließend werden Empfehlungen für das Monitoring des Indikators sowie das weitere Vorgehen zu Politikindikatoren im Monitoring-Framework der Länder erstellt.

Ergebnisse: Das Projekt ist am 1.5.2023 gestartet und hat eine Laufzeit von 3 Jahren. Es wird von einem Anwenderboard bestehend aus Gesundheitsberichterstatte(r)er/innen der Länder begleitet. Es werden das bisherige methodische Vorgehen vorgestellt und erste Zwischenergebnisse berichtet.

Diskussion: Die Erarbeitung von sog. Entwicklungsindikatoren im Präventionsindikatorensystem ist mit eigenen Ressourcen der Länder schwer leistbar. Das Projekt bietet die Möglichkeit, in Kooperation mit anerkannten wissenschaftlichen Expert/innen eine fundierte Ausgestaltung zu erarbeiten und leistet mit der Bereitstellung für alle Länder einen wertvollen Beitrag zur Fortentwicklung des Präventionsindikatorensystems.

Das Frankfurter Gesundheitsdashboard zur integrierten Gesundheitsberichterstattung: derzeitiger Entwicklungsstand

Autorinnen/Autoren M. Schade¹, P. Tinnemann²

Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Wissenschaft, GBE und Gesundheitsförderung, Frankfurt am Main; 2 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Amtsleitung, Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0044-1781802

Hintergrund: Um ungleiche Gesundheitschancen für Bürger*innen in Kommunen zu minimieren benötigt es Handlungsempfehlungen und passgenaue Maßnahmen. Eine kleinräumige integrierte Gesundheits- und Sozialberichterstattung mittels eines digitalen Dashboards kann die notwendige Transparenz dazu zur Verfügung stellen. Das Ziel ist die Entwicklung und Umsetzung einer integrierten Gesundheits- und Sozialberichterstattung durch die digitale Bereitstellung von (Routine-)Daten. Im Rahmen eines Pilotprojektes wurden auf unterschiedlichen räumlichen Gebietseinheiten Daten aus der Gesundheitsberichterstattung und der Sozialberichterstattung der Stadt Frankfurt am Main zusammengebracht, mit der Perspektive diese in Zukunft öffentlich transparent zur Verfügung zu stellen zu können.

Methodik: Im Rahmen der Geodateninfrastruktur Erstellung arbeiten bereits verschiedene Frankfurter Behörden zusammen. Aus dieser etablierten Zusammenarbeit wurde eine Projektgruppe bestehend aus Mitarbeitenden des Gesundheitsamtes, Stadtvermessungsamt, Bürgeramt Statistik und Wahlen sowie Jugend- und Sozialamt gebildet, die in Kooperation mit der Firma ESRI Vorstellungen und Möglichkeiten für ein digitales Dashboard in einem ersten Workshop erprobt haben. Dann erfolgte die konkrete Umsetzung und Konzeption zwischen Gesundheitsamt und ESRI. Im ersten Schritt werden Daten der Einschulungsuntersuchung der Jahre 2017-2022 sowie Indikatoren der amtlichen Statistik sowie der Sozialberichterstattung in das Dashboard aufgenommen, weitere Indikatoren sollen zukünftig folgen (z.B. aus dem Umweltbereich).

Ergebnisse: Auf einem online zugänglichen digitalen Dashboard der Stadt Frankfurt werden Gesundheits- als auch Sozialindikatoren auf verschiedenen Aggregatebenen kleinräumig zur Verfügung gestellt. Hierfür werden die Gesundheitsindikatoren (hier zunächst Daten Einschulungsuntersuchungen) von den Kontextindikatoren (z.B. Sozialindikatoren) getrennt dargestellt. Es wurde die Möglichkeit geschaffen Gesundheits- mit Sozialdaten übereinanderzulegen und räumlich abzubilden mit Flächeneinfärbungen und Kreisen. Des Weiteren sind sowohl einzelne Jahre als auch mehrere Jahre aggregiert (methodische

Aspekte) kleinräumig verfügbar. Zudem sind einzelne räumliche Einheiten im Zeitverlauf darstellbar sowie ein Ranking ersichtlich.

Weiteres Vorgehen: Ein erster wichtiger Schritt für ein kleinräumiges Monitoring wurde in der Stadt Frankfurt am Main innerhalb des Netzwerkes der Geodateninfrastruktur vollzogen. Das pilotierte Dashboard kann schrittweise weiterentwickelt, ausgebaut und um weitere Indikatoren anderer Sektoren ergänzt werden. Auf dem auf der ESRI Technologie bestehenden proof-of-concept basierend soll eine open-source Lösung entwickelt und anderen kommunalen Akteuren zur Verfügung gestellt werden. Eine Zusammenarbeit mit bestehenden Initiativen, z.B. Masterportal des kommunalen Dienstleisters Dataport, ist erwünscht.

Partizipative GBE – Ergebnisse und Erfahrungen aus der Studie Sichtbar zu Lebenslagen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

Autor D. Wohlrab

Institut Gesundheitsreferat LH München, Gesundheitsberichterstattung München

DOI 10.1055/s-0044-1781802

Einleitung: Die Schaffung von ‚Daten für Taten‘ wird im Kontext der GBE nicht mehr als reine Analyse von quantitativen Daten verstanden. Der Einbezug qualitativer und partizipativer Methoden gilt inzwischen als ‚state of the art‘ in der GBE.

Methoden: Im Rahmen der Studie Sichtbar zu Lebenslagen und spezifischen Barrieren von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in München wurde erstmals in der GBE der LH München ein konsequent partizipativer Ansatz verfolgt: Expert*innen aus Erfahrung (EaE) arbeiteten gemeinsam mit der GBE und einem beauftragten Institut über den gesamten Prozess hinweg in einem Studienteam zusammen. EaA waren bei der Schwerpunktsetzung, Entwicklung der Fragebögen, Durchführung der Interviews, Interpretation der Ergebnisse, Priorisierung der Handlungsbedarfe und der Entwicklung der Handlungsempfehlungen für den Stadtrat einbezogen.

Ergebnisse: Im Vortrag werden ausgewählte Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Bausteine der Studie vorgestellt, z.B. Sekundärdatenanalysen (insbesondere ambulante Diagnosedaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns), quantitative Befragungen, Interviews und Sozialraumbefragung. Ebenso werden die gemeinsam entwickelten Handlungsempfehlungen kurz skizziert. Ein besonderer Fokus wird auf die Erfahrungen im Rahmen der partizipativen GBE gelegt. Es werden sowohl die Herausforderungen als auch die Highlights und Gelingensfaktoren berichtet.

Fazit: Als Fazit wird aufgezeigt, dass die lebensweltliche Expertise der EaA eine hohe fachliche Bereicherung darstellt und partizipative Verfahren in der GBE zum Standardrepertoire gehören sollten.

Arbeitsmedizinische Betreuung von Schulen und Lehrern/innen, eine gesetzliche Aufgabe und notwendige Prävention?

10:30 – 12:00 | Saal X.5

Arbeitsschutz an staatlichen Schulen – Angebot des Arbeitsmedizinischen Instituts für Schulen in Bayern

Autorinnen/Autoren S. Stöhr¹, S. Auernhammer¹, R. Schwieger¹, S. Böhm¹, S. Heinze¹, C. Herr¹

Institut 1 Arbeitsmedizinisches Institut für Schulen in Bayern (AMIS-Bayern), Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

DOI 10.1055/s-0044-1781803

Das Arbeitsmedizinische Institut für Schulen (AMIS-Bayern) ist am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit angesiedelt. Es wurde im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege und des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus das Arbeitsmedizinische Institut für Schulen in Bayern (AMIS-Bayern) aufgebaut. Die Arbeitsschwerpunkte liegen auf arbeitsmedizinischen, arbeitssicherheitsstechnischen sowie arbeitspsychologischen Themen. Das Unterstützungsangebot richtet sich insbesondere an Schulleitungen, da diese für die Umsetzung des Arbeitsschutzes im Rahmen des Dienststellenmodells an ihrer Schule verantwortlich sind. Ergänzend können auch Lehrkräfte und schulisches Verwaltungspersonal von dem breiten Angebot vor Ort, per Videokonferenz oder telefonisch profitieren.

Thematische Schwerpunkte von AMIS-Bayern sind aktuell die Erstellung von Materialien zur Durchführung der Gefährdungsbeurteilungen, die Durchführung sicherheitstechnischer Begehungen, umfangreiche Schulungsangebote zu diversen Themen wie auch Mutterschutz oder Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement. Darüber hinaus werden im AMIS-Bayern regelmäßig Forschungsprojekte zu schulischen Gesundheitsthemen, auch in Kooperation mit relevanten wissenschaftlichen Einrichtungen initiiert und umgesetzt. Aktuell wird in Zusammenarbeit mit der Universität Regensburg und dem Communication and Voice Center for Teachers eine Webanwendung zur Stimmhygiene und Prävention von Stimmstörungen für das bayerische Schulpersonal entwickelt. Neben der engen Verbindung zwischen Wissenschaft und Praxis ist AMIS-Bayern auch mit diversen Akteuren aus dem Schulwesen, wie beispielsweise den staatlichen Schulberatungsstellen in Bayern, vernetzt, um sich gemeinsam für die Gesundheitsförderung des staatlichen Schulpersonals einzusetzen. Ziel dieses Beitrages ist es, das Institut und dessen Arbeitsweise vorzustellen.

Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung am Arbeitsort Schule – Ein Konzept des Arbeitsmedizinischen Instituts für Schulen in Bayern

Autorinnen/Autoren D. Ossenschmidt¹, M. Sons¹, V. Heumann¹, S. Stöhr¹, S. Auernhammer¹, M. Sirrenberg¹, S. Heinze¹, S. Böhm¹, R. Schwieger¹, C. Herr¹

Institut ¹ Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Arbeitsmedizinisches Institut für Schulen (AMIS-Bayern) am Standort München

DOI 10.1055/s-0044-1781804

Die Arbeit an Schulen wird häufig als „stressig“ wahrgenommen. Die Gründe hierfür sind vielfältig und reichen von schwierigen Gesprächssituationen, unklaren Verantwortlichkeiten, ungünstigen räumlichen Gegebenheiten bis hin zu umfangreichen außerunterrichtlichen Pflichten, die zur regelmäßigen Mehrarbeit führen. Ob und in welchem Ausmaß derartig kritische Arbeitsanforderungen und -bedingungen vorliegen und wie die Arbeitssituation verbessert werden kann, sind Gegenstand der gesetzlich geforderten Gefährdungsbeurteilung zur psychischen Belastung, die Schulleitungen für ihre Schulen durchführen müssen.

Um den gesamten Prozess gerecht zu werden, hat das Arbeitsmedizinische Institut für Schulen in Bayern (AMIS-Bayern) ein ganzheitliches Konzept zur Unterstützung staatlicher bayerischer Schulen zur Durchführung der GBU psychischer Belastungen entwickelt. Im Rahmen des Konzeptes werden die Schulen in den einzelnen GBU-Phasen – bestehend aus der Prozessvorbereitung, der Gefährdungsanalyse und dem Maßnahmenmanagement – begleitend unterstützt. Hierzu werden umsetzungsorientierte Handlungshilfen, Erhebungsinstrumente zur Belastungsermittlung (z. B. Online-Fragebogen) und Informationsmaterialien bereitgestellt. Zur Maßnahmenableitung und -management unterstützt AMIS-Bayern mit Handlungsempfehlungen und stellt zudem Planungs- und Umsetzungshilfen zur Verfügung. Um die ca. 4500 staatlichen

Schulen in Bayern gleichermaßen zu unterstützen, wurde das Verfahren so konzipiert, dass Schulen die GBU psychischer Belastungen möglichst eigenständig umsetzen können und nur eine punktuelle persönliche Begleitung durch die Arbeits- und Organisationspsycholog*innen des AMIS-Bayern erforderlich ist. Das Konzept wird aktuell pilotiert, derzeit führen 27 Schulen verschiedener Schulformen eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung mithilfe des AMIS-Bayern durch. Das Konzept stellt das erste strukturell verankerte und breitflächige Unterstützungsangebot für Schulleitungen zur Durchführung der Gefährdungsbeurteilung dar, welches für staatliche Schulen in Bayern zur Verfügung steht.

Lärm als Belastungsfaktor im Schulalltag

Autorinnen/Autoren V. Heumann¹, K. Haatanen¹, S. Heinze¹, S. Böhm¹, R. Schwieger¹, C. Herr¹

Institut ¹ Arbeitsmedizinisches Institut für Schulen beim bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
DOI 10.1055/s-0044-1781805

Schlagnote: Lärm, Schule, Belastungsfaktor, Akustik, Prävention.

In der Schule existieren zahlreiche unterschiedliche Geräuschquellen und Lärm ist allgegenwärtig. Während des Unterrichts werden störende Hintergrundgeräusche durch Schülerinnen und Schüler, lärmerzeugende Einrichtungsgegenstände oder Umgebungslärm verursacht. Lärm und Nachhall werden von Schulpersonal immer wieder an vorderster Stelle genannt, wenn es um Belastungsfaktoren im Schulalltag geht.

Ziel des Projekts „Lärmbelastung und stimmliche Belastung an Schulen“ ist es, schulspezifische Lärmquellen zu identifizieren, um Schulleitungen und Lehrpersonal bei der Auswahl und Umsetzung geeigneter Maßnahmen zu unterstützen und die Selbsthilfe- und Handlungsfähigkeit vor Ort zu stärken. Anwendungsorientierte Präventionsmaßnahmen sollen die Lärmsituation an Schulen und damit auch das Wohlbefinden und die Gesundheit des Schulpersonals positiv beeinflussen.

Lärmpegelmessungen an insgesamt 56 Schulen aller Schularten zeigten, dass Tageslärmmessungswerte von über 80 dB(A), ab welchen es zu einer Gefährdung des Gehörs kommen kann, in der Regel nicht erreicht werden. Die Messungen ergaben Lautstärkepegel zwischen 60 dB(A) und 80 dB(A), welche zwar nicht das Gehör, allerdings die physische und psychische Konstitution des Schulpersonals negativ beeinflussen können. Die lärmbedingten Reaktionen sind individuell verschieden und reichen von Rückzugsverhalten, mangelnder Konzentrationsfähigkeit und Unruhe bis hin zu Müdigkeit oder Stress. Im Zuge der Schulbesuche wurden Lehrkräfte hinsichtlich ihres individuellen Lärmerlebens während der gemessenen Unterrichtsstunde und ihrer wahrgenommenen Beanspruchung in Folge der Lärmbelastung befragt.

Zur Unterstützung der Schulen hat AMIS-Bayern verschiedene Maßnahmen zur Lärmprävention entwickelt. Neben einem ausführlichen Ergebnisbericht zu den raumakustischen Messungen erhalten die Schulen außerdem eine individuelle Beratung durch Fachexpertinnen und Fachexperten des AMIS-Bayern. Darüber hinaus bietet das Institut unterschiedliche Schulungsangebote zu dem Themenkomplex „Lärmbelastung, Akustik und Stimme“ an.

Basierend auf den Ergebnissen der Befragungen des Lehrpersonals konzipiert AMIS-Bayern eine Lärmtoolbox mit verschiedenen Präventionsvorschlägen aus den Bereichen Arbeitsumgebung, Arbeitsorganisation und Unterrichtspädagogik.

Behandlung zu Hause – Behandlung in der Gemeinde

10:30 – 12:00 | Saal X.6

Langfristig aufsuchende Versorgung schwerer psychischer Erkrankungen- Assertive Community Treatment (ACT)

Autor M. Lambert

Institut Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

DOI 10.1055/s-0044-1781806

Das UKE verfügt seit Jahren über umfangreiche Erfahrungen bei der Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen im ambulanten Setting (Hometreatment, integrierte Versorgung ua.). Diese Behandlungsformen stellen auch einen Forschungsschwerpunkt der Klinik dar. Die einzelnen Behandlungsformen sowie die Forschungsergebnisse werden zusammengefasst vorgestellt.

StÄB im GPV – ein Praxisbericht

Autor S. Corda-Zitzen

Institut PHG Viersen (Sozialpsychiatrisches Zentrum), Viersen

DOI 10.1055/s-0044-1781807

Praxisbericht über Stationsäquivalente Behandlung in Kooperation der LVR-Klinik-Viersen und der PHG Viersen gGmbH. Multiprofessionelles anbieterübergreifendes Team.

Aufsuchende Beratung und Behandlung ohne ein Zuhause – erste Erfahrungen des „Mobilen Kontakt- und Beratungsteams (MKBT)“ des SpDi Leipzig

Autorinnen/Autoren J. Winkelmann¹, D. Zedlick¹, T. Seyde²

Institute 1 Klinikum St. Georg gGmbH, Verbund Gemeindefähige Psychiatrie, Leipzig; 2 Stadt Leipzig, Gesundheitsamt, Leipzig

DOI 10.1055/s-0044-1781808

Eine besondere Herausforderung stellt die psychiatrische Beratung und Behandlung von obdachlosen Personen und geflüchteten Menschen dar. Hierbei müssen andere Wege für die Versorgung dieser Personengruppen etabliert werden. In Leipzig wurde dafür das Angebot des Sozialpsychiatrischen Dienstes beim Verbund Gemeindefähige Psychiatrie (VGP) am Klinikum St. Georg gGmbH um ein ausschließlich mobil arbeitendes Kontakt- und Beratungsteam ergänzt. Dieses „Mobile Kontakt- und Beratungsteam“ (MKBT) hat vorwiegend drei Schwerpunktaufgaben: die Stärkung des Angebots an psychosozialer Beratung in unterversorgten Gebieten der Stadt Leipzig, die Integration von schwer erreichbaren Menschen mit psychischen Erkrankungen in das Regelsystem und die Umsetzung des Modellprojekts zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung von geflüchteten Menschen in den Gemeinschaftsunterkünften und im dezentralen Wohnen der Stadt Leipzig.

Im Rahmen des Vortrages sollen neben den ersten Erfahrungen des multiprofessionellen Teams auch die besondere Rolle des MKBT diskutiert werden, für die eine intensive Netzwerkarbeit in den Bereichen der Obdachlosen- und Migrantinnenbetreuung essentiell ist.

Umweltmedizin – Block 2 – Planetare Gesundheit – One Health

10:30 – 12:00 | Saal X.7

Ergebnisse Deutsche Umweltstudie GerES V (2014–2017) zur Belastung von Kindern und Jugendlichen durch Umweltkontaminanten und aktualisierte umweltmedizinische HBM-Referenzwerte

Autorinnen/Autoren C. Röhl¹, A. Murawski¹, N. Lemke¹, T. Weber¹, H. M. Koch², M. Kolossa-Gehring¹

Institute 1 Umweltbundesamt, Fachbereich gesundheitsbezogener Umweltschutz und Schutz der Ökosysteme, Dessau-Roßlau; 2 Ruhr-Universität Bochum, Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Bochum

DOI 10.1055/s-0044-1781809

Die Deutsche Umweltstudie des Umweltbundesamtes zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen 2014–2017 (GerES V) liefert bevölkerungsrepräsentative Human-Biomonitoring-Daten zu 107 Umweltkontaminanten. Die Mehrheit der HBM-Daten wurden bereits publiziert und beinhaltet neue Daten zur Exposition der jungen Bevölkerung gegenüber (1.) „klassischen“ Umweltchemikalien wie Blei, Quecksilber, PAKs, POPs; (2.) aktuell in der Diskussion stehenden Stoffgruppen wie Phthalate, PFAS und Glyphosat sowie (3.) Chemikalien, für die bis vor Kurzem noch keine analytische Methode verfügbar war. Somit liefert GerES V die weltweit ersten bevölkerungsrepräsentativen Daten zu beispielsweise den Bioziden CIT/MIT und BHT, Duftstoffen wie Lysmeral, Phthalatersatzstoffen wie DINCH und DEHTP sowie die aprotischen Lösungsmittel NMP und NEP. Für einige Substanzen, die in früheren GerES-Studien von hoher Relevanz waren, wie z.B. PAK, war eine Verringerung der Exposition zu beobachten. Die aktuelle Exposition gegenüber Phthalaten und PFAS überschreitet gesundheitsbezogene Beurteilungswerte in teils einem erheblichen Anteil der Population. Obwohl Daten aus der Umweltprobenbank des Bundes eine generelle Reduktion der Exposition gegenüber einigen regulierten Phthalaten zeigen (Zeitreihenmessungen), hatten immer noch 3% der Kinder und Jugendlichen in der GerES V-Studie Urinkonzentrationen oberhalb des gesundheitsbezogenen Beurteilungswertes von mindestens einem Phthalat. Gleichzeitig erreichen einige alternative Weichmacher bereits toxikologisch bedenkliche Konzentrationen in Kindern. Dieses Beispiel zeigt, dass die beobachtete Reduktion der Exposition nach Regulation einiger Substanzen immer auch die Aufmerksamkeit bezüglich möglicher Ersatzstoffe erfordert. Auf Basis der mittleren Belastungen konnten zudem zusammen mit der Human Biomonitoring-Kommission am Umweltbundesamt aktuelle Referenzwerte für Umweltkontaminanten im Urin von Kindern und Jugendlichen in Deutschland festgelegt werden, die in umweltmedizinischen Studien als Bezugsgrößen für die Bewertung gemessener Körperbelastungen herangezogen werden können. Der Beitrag demonstriert, wie die verschiedenen HBM-Werkzeuge des Umweltbundesamtes einander ergänzen, so ein vollständigeres Bild der Belastung der Bevölkerung durch Umweltkontaminanten liefern und dem öffentlichen Gesundheitsdienst Werkzeuge zur Bewertung umweltmedizinischer HBM-Daten zur Verfügung stellen.

Sozial-ungleiche umweltbezogene Gesundheitsrisiken und -ressourcen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Eine Querschnittsanalyse der Deutschen Umweltstudie zur Gesundheit (GerES)

Autorinnen/Autoren J. Wiehn¹, C. Bunge¹, A. Murawski², G. Friedriszik³, K. Romero Starke⁴, A. Conrad¹

Institute 1 Fachgebiet II 1.1 Übergreifende Angelegenheiten Umwelt und Gesundheit, Umweltbundesamt, Berlin; 2 Fachgebiet II 1.2 Toxikologie, gesundheitsbezogene Umweltbeobachtung, Umweltbundesamt, Berlin;

3 Fachbereich Soziale Arbeit, Gesundheit und Medien, Hochschule Magdeburg-Stendal, Stendal; 4 Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Technische Universität Dresden, Dresden
DOI 10.1055/s-0044-1781810

Hintergrund: Das Eigenforschungsprojekt des Umweltbundesamtes „Neues Europäisches Bauhaus weiterdenken“, zielt darauf ab Städte klimaresilient und umweltfreundlich zu gestalten, damit alle Menschen darin gesund und sozialgerecht leben können. Das normative Leitbild der Umweltgerechtigkeit hat das Potenzial sozial ungleiche Umweltbelastungen abzubauen und umweltbezogene Gesundheitsressourcen für alle zu stärken. Um dies zu erreichen, bedarf es einer belastbaren Evidenzbasis zum Status Quo sozial ungleicher Umweltbedingungen in Deutschland.

Forschungsinteresse: In diesem Forschungsvorhaben möchten wir die primäre Forschungsfrage untersuchen, wie sich die Exposition gegenüber umweltbedingten Gesundheitsrisiken und der Zugang zu umweltbedingten Gesundheitsressourcen auf soziale Gruppen in Deutschland verteilen. Ferner zielen wir darauf ab etwaige Stadt-Land-Differenzen offenzulegen.

Daten und Design: Unsere Datengrundlage ist die probabilistische Stichprobe der Deutschen Umweltstudie zur Gesundheit (GerES V, 2014–2017) des Umweltbundesamtes. Die Zielpopulation dieser Querschnittsstudie sind die in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 3 bis 17 Jahren. Die rund 2.300 Kinder und Jugendlichen der GerES V Stichprobe wurden mittels Zufallsverfahren aus der zweiten Welle der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ (KiGGS 2) des Robert Koch-Instituts rekrutiert. Die Sozialindikatoren für die vorliegende Untersuchung stammen aus KiGGS 2 und die Umweltindikatoren aus GerES V. Mithilfe von R (Version 4.3.1) führen wir deskriptive Visualisierungen und Modellierungen durch.

Erste Ergebnisse: Eine erste Analyse zeigt, dass der Zugang zu Grünflächen nach sozio-ökonomischem Status (SES) variiert. Während 36 % der Kinder und Jugendlichen aus Haushalten mit niedrigem SES über 10 Minuten Gehzeit zur nächsten öffentlichen Grünfläche benötigen, sind es 27 % der Kinder und Jugendlichen aus Haushalten mit mittlerem SES und 20 % der Kinder und Jugendlichen aus Haushalten mit hohem SES. Auch 10-minütige Gehzeiten zur nächsten öffentlichen Grünfläche wird bei Kindern und Jugendlichen aus Haushalten mit niedrigem (62 %), mittlerem (61 %) und höherem (48 %) SES unterschiedlich angegeben. Weitere Analysen, insbesondere mit Blick auf das städtische Wohnumfeld, bauen auf diesen ersten Erkenntnissen auf.

Diskussion: Bei der Transformation deutscher Städte nimmt der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) eine zentrale Rolle ein. Durch das Forschungsvorhaben möchten wir dem ÖGD bevölkerungsrepräsentative Erkenntnisse und etwaigen Handlungsbedarf zu sozial ungleichen Umweltbedingungen von Kindern und Jugendlichen bereitstellen. Der ÖGD kann diese Informationen nutzen, um mit Maßnahmen des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes darauf zu reagieren.

Hitze, Gesundheit und Ungleichheiten – eine Überblick über systematische Reviews und aktuelle Primärstudien aus einer intersektionellen Perspektive

Autorinnen/Autoren K. Geffert^{1,2}, K. Wabnitz^{1,2,3}, L. Leppmeier^{1,2}, E. Nowossadeck⁴, R. Kümpfel⁵

Institute 1 Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung, IBE, Medizinische Fakultät, LMU München; 2 Pettenkofer School of Public Health, München; 3 Centre for Planetary Health Policy, Berlin; 4 Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch Institut; 5 Geschäftsstelle Klimawandel & Gesundheit FG 24 Gesundheitsberichterstattung, Robert Koch Institut
DOI 10.1055/s-0044-1781811

Der Klimawandel wirkt auf unterschiedlichen Wegen auf die menschliche Gesundheit, insbesondere Hitzewellen haben negative Auswirkung. Im Jahr 2022 wurde die hitzebedingte Sterblichkeit in Europa auf 61.672 Fälle geschätzt, wobei Deutschland zu den Ländern mit der höchsten hitzebedingten Sterblichkeit

in diesem Sommer gehörte (Ballester et al., 2023). Dabei spielen soziale und gesundheitliche Ungleichheiten eine entscheidende Rolle (Paavlova, 2017). So sind beispielsweise Bevölkerungsgruppen wie ältere Menschen, Kinder, Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status und Obdachlose besonders von den gesundheitlichen Auswirkungen von Hitze und Hitzewellen betroffen (Romanello et al., 2022). Obwohl aus anderen Bereichen die Auswirkungen des Zusammentreffens von mehreren sozialen Benachteiligungen bekannt sind, gibt es dazu bisher noch wenig Evidenz im Kontext von Hitzeereignisse.

Vor dem Hintergrund hat dieses Forschungsprojekt das Ziel, Evidenz zu Hitze und sozialer Ungleichheit in Europa zu mappen und unterschiedliche Wirkmechanismen von Ungleichheit hinsichtlich ihrer potentiellen Vermeidbarkeit zu analysieren. Dafür wurde einen Überblick über systematische Übersichtsarbeiten erstellt und dieser durch eine systematische Suche nach aktuellen Primärstudien ergänzt. Bei der Kartierung der identifizierten Studien haben wir die unterschiedlichen Ursachen und Auswirkungen dieser Ungleichheiten, z. B. auf der Grundlage von Alter, Geschlecht oder ethnischer Zugehörigkeit, unter Anwendung eines intersektionellen Ansatzes bewertet. Dadurch können verschiedenen Ansatzpunkte für Interventionen zur Verringerung hitzebedingter gesundheitlicher Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten identifiziert und Handlungsoptionen für Forschung und Praxis, insbesondere Akteure im ÖGD, entwickelt werden.

Das Projekt wird Ende 2023 abgeschlossen, so dass bis zum Kongress Ergebnisse vorliegen.

Umwelt- und klimabezogener Gesundheitsschutz als Aufgaben des ÖGD: Eine qualitative Analyse der 16 Gesundheitsdienstgesetze

Autorinnen/Autoren C. Brüggemeier¹, D. Schutz¹, P. Schäfer¹, N. Oster¹
Institut 1 Stadt Mannheim – Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt
DOI 10.1055/s-0044-1781812

Hintergrund: Die Aufgaben des ÖGD sind im Wesentlichen in den Gesundheitsdienstgesetzen (GDG) der Länder festgelegt. Der umweltbezogene Gesundheitsschutz wird in den meisten der 16 GDG als Grundaufgabe des ÖGD definiert. Die genauen Formulierungen zu Zielen und Aufgaben des ÖGD im Hinblick auf den umweltbezogenen Gesundheitsschutz sind in den Bundesländern allerdings sehr unterschiedlich. Die traditionellen Aufgabenfelder des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes wie Schutz vor chemischen Gefahrstoffen und Strahlenschutz haben in den letzten Jahren im Zusammenhang mit dem Klimawandel eine Erweiterung durch den klimabezogenen Gesundheitsschutz erfahren. Auf diesem Gebiet herrscht dringender Handlungsbedarf, der nur unzureichend durch die GDG abgedeckt ist.

Ziele: Diese Studie soll die genauen, durch die Gesetzgeber in den GDG festgelegten Handlungspflichten und -möglichkeiten des ÖGD in Bezug auf umweltbezogenen und im Speziellen klimabezogenen Gesundheitsschutz analysieren und vergleichen.

Methoden: Die GDG werden mittels qualitativer Inhaltsanalyse angelehnt an Kuckartz im Hinblick auf die Ziele und Aufgaben des ÖGD im umwelt- und klimabezogenen Gesundheitsschutz analysiert und länderspezifische Unterschiede und Gemeinsamkeiten auf Ebene der Grundsatzparagrafen zu Zielen und Aufgaben sowie der speziellen Paragrafen zu diesen Aufgabenfeldern herausgearbeitet.

Erwartete Ergebnisse: Es wird erwartet, dass zusammenfassende Ergebnisse zu den Zielen und Aufgaben des ÖGD im Hinblick auf den umwelt- und klimabezogenen Gesundheitsschutz in den GDG spezifisch zu jedem Bundesland und im Vergleich zwischen den Ländern erstellt werden können, so dass sich länderspezifische Portfolios sowie länderübergreifende Cluster darstellen lassen. Diese sollen mit den sich aktuell in den Gesundheitsämtern entwickelnden Handlungsbedarfen abgeglichen werden. Gegebenenfalls werden Handlungsbedarfe hinsichtlich einer Harmonisierung und Präzisierung der GDG zum Umwelt- und klimabezogenen Gesundheitsschutz abgeleitet werden.

Krisenmanagement – Block – 2 Risiko- und Krisenkommunikation

10:30 – 12:00 | Saal X.8

Prekäre Wohn- und Arbeitsverhältnissen in der COVID-19-Pandemie. Ergebnisse eines After-Action-Review in Deutschland, 2020-2022

Autorinnen/Autoren N. Sarma^{1,2,3}, J. Seidel³, F. Hommes^{1,2,3}, J. Schäfer³, A. Wolter³, A. Heck³, R. Biallas^{1,2,3}, B. Joggerst⁵, P. Schulze⁶, A. Jurke⁷, K. Kajikhina^{3,4}

Institute 1 Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie (PAE), Robert Koch-Institut; 2 ECDC Fellowship Programme, Field Epidemiology path (EPIET), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Schweden; 3 Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin; 4 Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert-Koch-Institut, Berlin; 5 Öffentliches Gesundheitsamt, Enzkreis/Pforzheim; 6 Gesundheitsbehörde, Hamburg-Mitte; 7 Fachgruppe Infektionsepidemiologie, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bochum

DOI 10.1055/s-0044-1781813

Hintergrund: Menschen, die in prekären Verhältnissen wohnen und arbeiten, waren in der COVID-19-Pandemie nicht nur im Hinblick auf Infektionen, sondern auch durch die Infektionsschutzmaßnahmen besonders belastet. Die Umsetzung der Maßnahmen zur Bekämpfung von SARS-CoV-2-Ausbrüchen in diesem Umfeld stellten die Behörden im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) vor große Herausforderungen. Teilweise wurden die Bedürfnisse und Lebensrealitäten der Betroffenen nicht ausreichend berücksichtigt. Auf Grundlage der Konzepte der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) hat das Robert Koch-Institut einen After-Action-Review (AAR) durchgeführt. In diesem Rahmen wurden (1) Herausforderungen und gute Praxis-Beispiele im Pandemiemanagement des ÖGD in Deutschland im Jahr 2020 – 2022 ermittelt und (2) darauf basierend Handlungsempfehlungen für zukünftige Lagen entwickelt.

Methoden: Im Mai 2023 haben 29 Vertretende, überwiegend aus dem ÖGD auf lokaler, Landes- und Bundesebene an einem zweitägigen virtuellen AAR teilgenommen. Alle waren beim Maßnahmenmanagement von SARS-CoV-2-Ausbruchsgeschehen in prekären Settings beteiligt. In moderierten Diskussionen und Kleingruppen ermittelten die Teilnehmenden Herausforderungen, Lücken und Beispiele guter Praxis-Beispiele im Infektionsmanagement. Auf der Grundlage der Ergebnisse entwickelte die Gruppe Handlungsempfehlungen für den Umgang mit künftigen Ausbrüchen in diesen Settings.

Ergebnisse: Als vorrangige Themen nannten die Teilnehmenden die unzureichende Kommunikation der Behörden mit den in den Ausbruchsgeschehen betroffenen Menschen und die ungenügende Unterstützung sowie Einbindung der (betroffenen) Bevölkerungsgruppen bei den Maßnahmen, Defizite in der intersektoralen Zusammenarbeit, mangelnder Lösungs- und Evidenztransfer, limitierende strukturelle Rahmenbedingungen (Gesetze, Finanzen, Zuständigkeiten), fehlendes Wissen der Gesundheitsbehörden über standortspezifische Risiken und Maßnahmen sowie über mögliche (psycho-)soziale Folgen für die in den Ausbruchsgeschehen betroffenen Menschen.

Zu den Gute-Praxis-Beispielen und Empfehlungen für die Zukunft gehörten die Dokumentation und Konsolidierung der gewonnenen Erkenntnisse und die Erhaltung und Austausch von Wissen über zuständige Stellen und Ansprechpersonen (ÖGD, Kommune, Zivilgesellschaft etc.) als Grundlage für schnellere Reaktionen in der Krise. Weiterhin hielten die Teilnehmenden die Durchführung von Intra-Action-Reviews für kooperatives Lernen in Krisenzeiten und eine nachhaltige Aufrechterhaltung von Netzwerken und Wissen über prekäre Wohn- und Arbeitsverhältnisse auch über Krisenzeiten hinaus für notwendig.

Schlussfolgerungen: Der AAR ermöglichte einen länder- und settingübergreifenden Austausch und Transfer von Wissen und Erfahrungen. Prekäre Wohn- und Arbeitsbedingungen müssen im Rahmen der Pandemieprävention systematisch und zukünftig noch stärker berücksichtigt werden.

Kommunikation in der COVID-19 Pandemie – Herausforderungen und Grenzen der Pressearbeit

Autorinnen/Autoren H. Scharlach¹, M. Wonsikiewicz¹

Institut 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Öffentlichkeitsarbeit, Hannover

DOI 10.1055/s-0044-1781814

Kein Thema des öffentlichen Gesundheitsdienstes hat über einen so langen Zeitraum die öffentliche und mediale Aufmerksamkeit auf sich gezogen wie die COVID-19-Pandemie. Dabei waren die Anfragen an den ÖGD einerseits fachlicher Art, hatten jedoch fast immer auch einen politischen Hintergrund. Diese Gemengelage, die Vielzahl der Themen im Zusammenhang mit COVID-19 sowie die oft kurzen Antwortfristen, hat die Pressestellen und damit auch die Fachleute im ÖGD vor große Herausforderungen gestellt.

Anhand der Erfahrungen aus der Pressearbeit des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes möchten wir in diesem Vortrag zunächst aufzeigen, welche Themen die Pressearbeit während der Pandemie dominiert haben. Anhand von zwei Beispielthemen soll im Anschluss erläutert werden, was die Voraussetzungen für die funktionierende Pressearbeit waren, inwieweit sich die eigenen Kommunikationsziele erreichen ließen und wo es Grenzen gab.

1. Die größte Zahl an Presseanfragen über den gesamten Pandemiezeitraum gab es zu Infektions- und Impfdaten. Im Fokus standen Daten aus dem IfSG-Meldewesen, aber auch zu Corona-Varianten und zur Impfeffektivität. Herausfordernd war dabei insbesondere die Frage, wie dem berechtigten Interesse der Medien verantwortungsvoll begegnet werden kann, da die Daten sowohl tagesaktuell als auch fehlerfrei sein sollten.

2. Ein weiteres Thema, das besonders 2021 im Blickpunkt der Öffentlichkeit stand, war die Debatte um die Bedeutung von Lüftungsanlagen für den Infektionsschutz in Klassenräumen. Beim kritischen Blick in die Fachliteratur zeigt sich, dass die Geräte häufig nicht das halten, was sie versprechen. In den Medien war der Diskurs allerdings geprägt von der hohen Emotionalität des Themas mit Blick auf den Gesundheitsschutz von Kindern.

Abschließend soll diskutiert werden, was sich aus den Erfahrungen lernen lässt und ob es eine Blaupause für die Pressearbeit in einer Gesundheitskrise geben kann.

Risikokommunikation des Kreisgesundheitsamtes Reutlingen während der COVID-19-Pandemie – Teilprojekt des Verbundprojektes I.N.Ge (Infektionsschutz.Neu.Gestalten)

Autorinnen/Autoren J. Hailer¹, S. Minkwitz¹, S. Desiderato-Dorn¹, D. Häske², S. Litfin¹, E. Loidl¹, L. Müller¹, E. Piontkowski², H. Richter², C. Schlegel¹, K. Wolfers¹

Institute 1 Landratsamt Reutlingen, Kreisgesundheitsamt, Reutlingen;

2 Zentrum für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung (ZÖGV) am Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen

DOI 10.1055/s-0044-1781815

Einleitung: Risikokommunikation ist ein wichtiges Werkzeug des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), um gesundheitliche Risiken zu minimieren. Um aus den Erfahrungen der COVID-19-Pandemie zu lernen, erforscht das Kreisgesundheitsamt Reutlingen zusammen mit dem Zentrum für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung Tübingen (ZÖGV), wie gut die Risikokommunikation des Kreisgesundheitsamtes in der Krise funktioniert hat und welche Bedarfe bei der Bevölkerung des Landkreises und bei relevanten Interessensvertretungen bestehen.

Methoden: Als wissenschaftliche Forschungsmethode werden Reallabore angewendet. Charakteristisch für die Methodik wurden verschiedene Akteure

von Anfang an mit einbezogen, welche auch die Entwicklung der Forschungsfrage beeinflussten. Es wurden zwei unterschiedliche Partizipationsformate gewählt: eine qualitative Datenerhebung im Rahmen eines World-Cafés mit Interessensvertretungen im Landkreis und eine Bürgerbefragung mittels Online-Fragebogen. Beim World-Café wurden in Kleingruppen unterschiedliche Fragestellungen diskutiert. Es wurde gefragt, welche Informationsquellen in der COVID-19-Pandemie genutzt wurden, welche Erfahrungen hinsichtlich der Kommunikation mit dem Gesundheitsamt gemacht wurden, ob Vertrauen in die fachliche Kompetenz des Gesundheitsamtes besteht und wie sich aus Sicht der Interessensvertretungen eine gelungene Risikokommunikation darstellt. Die Auswertung des World-Cafés erfolgt mittels qualitativer Inhaltsanalyse.

Für die Online-Befragung der Bürgerinnen und Bürger des Landkreises wurde nach umfangreicher Literaturrecherche und unterstützt durch methodische Fortbildungen sowie Beratungen am ZÖGV ein eigener Fragebogen entwickelt.

Ergebnisse: Zum World-Café trafen sich im Mai 2023 Interessensvertretungen von Schulen, Kindertageseinrichtungen, Kliniken, Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete. Die Teilnehmenden gaben unter anderem an, als Informationsquellen die Homepage des Robert Koch-Instituts (RKI) und den telefonischen Kontakt mit dem Gesundheitsamt Reutlingen genutzt zu haben. Hinsichtlich der Kommunikation mit dem Gesundheitsamt wurden schwere Erreichbarkeit, wechselnde Ansprechpartner und eine merkliche Verbesserung im Laufe der Pandemie genannt. Widersprüchlich erscheinende Aussagen schwächten das Vertrauen in die fachliche Kompetenz des Gesundheitsamtes. Den im Lauf der Pandemie installierten fachspezifischen Expertenteams wurde hohe Kompetenz bestätigt. Gelungene Risikokommunikation beinhaltet laut den Teilnehmenden Beratung vor Ort, durchgängige Erreichbarkeit des Gesundheitsamtes und eine digitale Austauschmöglichkeit.

Die Einladungen zur Bürgerbefragung wurden Mitte September 2023 verschickt. Die Ergebnisse des World-Cafés und der Bürgerbefragung werden beim Kongress vorgestellt.

Diskussion: Aus den Ergebnissen der Reallabore wird ein Kommunikationskonzept für den Infektionsschutz des Kreisgesundheitsamtes Reutlingen erarbeitet. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen zukünftig Anwendung finden. Gegebenenfalls können auch andere Gesundheitsämter von der Aufarbeitung der Erfahrungen aus Reutlingen profitieren.

Digitalisierung 2

10:30 – 12:00 | Saal X.9

Aktuelle Aspekte der Digitalisierung im Gesundheits- und Veterinäramt Magdeburg – ein Ergebnisbericht

Autor A. Mühlenbruch-Kränzel

Institut Gesundheits- und Veterinäramt Landeshauptstadt Magdeburg

DOI 10.1055/s-0044-1781816

Die durch den Pakt für den ÖGD eröffneten Möglichkeiten der Digitalisierung von Gesundheitsämtern sind eine Chance für umfassende Strukturveränderungen und Möglichkeiten der digitalen gesundheitlichen Beratung und der kritischen Aufgabenanalyse der Ämter.

Im Vortrag wird der Weg zum Reifegrad des Gesundheitsamtes Magdeburg erläutert und einer kritischen Wertung unterzogen. Von Bedeutung sind auch die Voraussetzungen, die im Rahmen von landesspezifischen Verwaltungsvereinbarungen geschaffen wurden.

Gleichsam werden die Finanzierungswege erörtert.

Es wird über bereits wirksam gewordene digitalisierte Abläufe in einem Gesundheitsamt berichtet und die Hindernisse auf dem Weg dorthin beschrieben.

Von besonderer Bedeutung ist die Zusammenarbeit mit externen Firmen und Professionen der Softwareentwicklung und der Nutzung notwendiger Hardware.

Es zeigte sich, dass die Geschwindigkeit von wirksamer Digitalisierung in besonderem Maße von den begleitenden Fachleuten abhängt, ohne natürlich die Motivation der Mitarbeiter zu unterschätzen. Demzufolge wird über ein zusätzliches Projekt mit dem Studiengang „Mensch, Technik, Interaktionen“ einer Magdeburger Hochschule berichtet, welches wir parallel zu den Digitalisierungsvorhaben ins Leben gerufen haben, mit dem Ziel, Mitarbeiter zu motivieren und neben den technischen Fragestellungen auch persönlich zu begleiten.

Stärkung der digitalen Kompetenz als strukturelle Modernisierungsmaßnahme im Fachdienst Gesundheit – Projekt PUMBA in Jena

Autorinnen/Autoren M. Kappelt¹, A. Pietsch¹, K. Philler¹, C. Volynskij¹

Institut 1 Stadtverwaltung Jena, Fachdienst Gesundheit, Jena

DOI 10.1055/s-0044-1781817

Mit dem „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ sollen die Gesundheitsämter in die Lage versetzt werden, ihr breites Spektrum an bevölkerungsmedizinischen Aufgaben künftig besser wahrzunehmen. Bei der zukunftsorientierten Ausrichtung spielt die Digitalisierung eine besondere Rolle. Die Corona-Pandemie hat auch im Gesundheitsamt Jena deutliche Defizite in der technologischen Befähigung gezeigt. Deshalb wurde das Modellprojekt PUMBA entwickelt. Es zielt auf die Stärkung der Digitalkompetenz des Personals sowie auf die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung durch multimediale Gesundheitskommunikation. Das Projekt läuft vom 01.10.2022 bis 30.09.2024 in einer Zuschusshöhe von 433.100 €. Insbesondere werden die Dimensionen "Mitarbeitende" und "Bürger" innenorientiert im Reifegradmodell betrachtet.

Das Projekt besteht aus 2 Bausteinen:

- Entwicklung eines interoperablen Schulungskonzepts zum Aufbau digitaler Kompetenzen des Personals
- Identifikation der Potenziale digitaler Medientechnologien in der Gesundheitskommunikation mit der Bevölkerung und Etablierung geeigneter technologischer Strukturen als neues Handlungsfeld im ÖGD

Der erste Meilenstein bestand darin, geeignetes Personal für die Projektdurchführung zu finden und damit auch Multiprofessionalität im Amt neu zu denken. Für die Entwicklung des interoperablen Schulungskonzeptes wurden verschiedene Beteiligungsformate u.a. digitale Befragungen und interaktive Workshops initiiert, um den Schulungsbedarf zu ermitteln und zur Projektmitarbeit zu motivieren. Zusätzlich wurde ein programmspezifisches Reifegradmodell entwickelt. Das Reifegradmodell ist durch ein Baukastensystem auf verschiedene Stellengruppen und Arbeitsbereiche flexibel anpassbar und somit dem interoperablen Ansatz gerecht. Durch wiederkehrende Evaluationsschleifen werden Schulungen individuell und bedarfsgerecht zusammengestellt und durchgeführt. An den Befragungen zu Microsoft-Office-Programmen nahmen 78 % der Mitarbeitenden teil. Die Workshops dienen der Reflexion des Projektfortschrittes und zur Vorstellung der Umfrageergebnisse. Darüber hinaus werden konkrete bedarfsgerechte Schulungsinhalte für die verschiedenen Teams erarbeitet. Die Partizipation des Personals ist dafür wesentlich.

Aktuell wird ein Multimediastudio bis Ende 2023 eingerichtet, um zukünftig Inhalte für gängige digitale Kanäle zu konzipieren und selbstständig umzusetzen. Im Planungsprozess werden die technische Ausstattung sowie geeignete Räumlichkeiten geprüft, unterstützt durch ein Beratungsunternehmen. Dieser multimediale Arbeitsraum ermöglicht es uns, flexible Schulungseinheiten zu erzeugen z.B. in Form von Learning Nuggets sowie Weiterbildungsmaßnahmen live und interaktiv durchzuführen. Gleichzeitig wird der Arbeitsbereich der Gesundheitskommunikation neu und digital aufgestellt.

Im Rahmen des Vortrages werden die aktuell erreichten Meilensteine und der Projektverlauf bei PUMBA vorgestellt. Gleichzeitig wird das Modellprojekt in das gesamte Fördermittelprogramm "Pakt ÖGD" in Jena eingeordnet.

Eltern digital erreichen – Frühe Hilfen auf Instagram

Autor A. Königstein

Institut Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in 50825 Köln

DOI 10.1055/s-0044-1781819

Mit seinem Instagram-Kanal @elternsein_info spricht das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) gezielt Eltern ab der Schwangerschaft und mit Kindern bis drei Jahre an, um sie über die Angebote der Frühen Hilfen zu informieren. Auch Akteure aus den lokalen Netzwerken der Frühen Hilfen – zu denen der ÖGD gehört – können den Kanal für ihre Öffentlichkeitsarbeit nutzen. Wie das aussehen kann, soll im Vortrag vorgestellt und anschließend diskutiert werden. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) adressiert mit in seiner Kommunikation neben einem Fachpublikum auch direkt die Zielgruppe der Frühen Hilfen. Diese Zielgruppe bilden werdende Eltern und Familien mit Kindern bis drei Jahre. Eine besondere Herausforderung ist dabei die Erreichbarkeit von Familien in belasteten Lebenssituationen. Denn gerade Familien, die aufgrund vorhandener Belastung(en) besonders von den Unterstützungsangeboten der Frühen Hilfen profitieren würden, nehmen diese häufig nicht in Anspruch. Um diese Kernzielgruppe sensibel und wertschätzend anzusprechen, kommuniziert das NZFH unter anderem über einen eigenen Instagram-Account.

Instagram ist eine wachsende Social-Media-Plattform, die den Lebensalltag sehr vieler Menschen begleitet. Seit November 2021 ist das NZFH mit dem Kanal @elternsein_info auf dieser Plattform vertreten. Ziel ist es, werdende Mütter und Väter sowie Familien mit Kindern bis drei Jahre über die Angebote der Frühen Hilfen zu informieren und insbesondere Schwangere und Familien in belasteten Lebenslagen zur Annahme der Angebote zu motivieren. Der Instagram-Kanal ermöglicht dem NZFH außerdem, mit (werdenden) Eltern in einen Dialog zu treten. So kann das NZFH die Bedarfe und Wünsche der Familien besser erfassen und die wertschätzende Grundhaltung der Frühen Hilfen gegenüber Familien vermitteln.

Der Instagram-Kanal des NZFH dient auch dazu, die Marke „Frühe Hilfen“ bei werdenden und jungen Eltern bekannter zu machen. Damit werden auch die Akteure der lokalen Netzwerke der Frühen Hilfen – zu denen der ÖGD gehört – in ihrer Öffentlichkeitsarbeit gestärkt. Denn durch gezielte Vernetzung und Kooperation mit dem Kanal @elternsein_info können diese

- in den Sozialen Medien sichtbar und nahbar sein (auch ohne eigenen Account),
- das eigene Netzwerk, seine Angebote und Mitarbeitenden bekannt machen und ihnen ein Gesicht geben,
- das Vertrauen in die Frühen Hilfen fördern,
- zur Nutzung der (über-)regionalen Angebote motivieren,
- neue Nutzende für ein (über-)regionales Angebot gewinnen,
- die Reichweite des eigenen Instagram-Accounts und der eigenen Website erhöhen,
- die Vernetzung mit anderen Netzwerken, Trägern und Fachkräften fördern.

Wie eine solche Vernetzung und Kooperation für den ÖGD in der Praxis aussehen kann – beispielsweise durch die Vorstellung lokaler Angebote auf dem NZFH-Instagram-Kanal – soll im Vortrag vorgestellt und im Anschluss diskutiert werden.

Gesundheit in Niedersachsen – Mit dem HuGO-Online-Panel auf dem Weg zu mehr Erkenntnis

Autorinnen/Autoren N. Jahn¹, E. Mertens¹, A. Oey¹, M. Wollenweber^{1,2,3}, J. Woltert¹, K. Hesse-Jungesblut¹, J. Dreesman¹, A. Dörre^{2,3,4}, C. Zühlke¹

Institute 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Hannover; 2 Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin; 3 ECDC Fellowship Programme, Field Epidemiology path (EPIET), European Centre for Disease

Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Sweden; 4 Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin

DOI 10.1055/s-0044-1781820

In Niedersachsen berät das NLGA (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt) das Gesundheitsministerium u.a. zu Fragen des Gesundheitszustands und der Lebensbedingungen der niedersächsischen Bevölkerung (Gesundheitsberichterstattung) sowie zu Infektionsrisiken und infektiologischen Fragestellungen (Infektionsschutzgesetz, Melde- und Surveillance-Systeme). Diese Beratungen und Empfehlungen zu gesundheitspolitischen Themen werden auf der Grundlage wissenschaftlicher Ergebnisse durchgeführt und ausgesprochen. Die Aussagekraft und Belastbarkeit wissenschaftlicher Erkenntnisse hängen maßgeblich davon ab, ob zuverlässige Daten zu den jeweiligen Fragestellungen vorliegen.

Spätestens in der COVID-19-Pandemie wurde der Bedarf der Gesundheitsbehörden deutlich, schnell aktuelle Informationen zu erhalten und zu erheben. Der Informationsbedarf bezog sich einerseits auf Gesamtzahlen von Infektionsfällen, Todesfällen, belegten Krankenhausbetten oder Impfungen, der durch unterschiedliche Surveillance-Systeme gedeckt wurde. Andererseits bestand jedoch auch ein Informationsbedarf in Bezug auf Wahrnehmungen und Einschätzungen der Bevölkerung hinsichtlich bestimmter Maßnahmen, wie der Umsetzung nichtpharmazeutischer Interventionen, z.B. Abstandsgebote oder die Anwendung von Alltagsmasken, etwa um eine adäquate Risikokommunikation zu ermöglichen. Durch bestehende Systeme konnten solche Informationsbedarfe nicht bzw. nicht zeitnah genug oder nicht ausreichend spezifisch abgedeckt werden.

Das NLGA plant den Aufbau eines interdisziplinär nutzbaren Online-Panels. Mit dem Panel sollen schnell und gezielt Erhebungen zu unterschiedlichen Fragestellungen zum Thema Gesundheit und Gesundheitsverhalten durchgeführt werden, um diese für die gesundheitspolitische Beratung, Gesundheitsberichterstattung, weitere Analysen und Handlungsempfehlungen zu nutzen. Die PanelistInnen werden zwei- bis viermal im Jahr befragt. Themen sind beispielsweise die gesundheitliche Versorgung in Niedersachsen, Lebensumstände und Lebensführung, aber auch Fragen, die die Bearbeitung von Ausbruchsgeschehen unterstützen.

Auf dem BVÖGD-Kongress soll der Prozess des Aufbaus des Panels HuGO (*Health Understanding from Experiences*), für welches mindestens 1.000 Personen aus Niedersachsen gewonnen werden sollen, vorgestellt werden. Herausforderungen, die im Rahmen des Panel-Aufbaus auftraten, werden als „Lessons learned“ vorgestellt und diskutiert.

Mit dem Beitrag geben wir ein Praxisbeispiel fachbereichsübergreifender Zusammenarbeit beim Aufbau eines Gesundheitspanels und präsentieren, wie wir mit dem HuGO-Panel zukünftig arbeiten werden, um bessere Daten für die Gesundheitsberichterstattung, den Infektionsschutz und die Politikberatung zu gewinnen.

Innovative Ansätze für Lehrbuchgestaltungen im ÖGD

10:30 – 12:00 | Saal X.10

Lehrbuch Öffentliche Gesundheit (Grundlagen, Praxis, Perspektiven)

Autorinnen/Autoren G. Roller¹, D. Starke², M. Wildner³

Institute 1 Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, Landesgesundheitsamt, Stuttgart; 2 Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf; 3 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim
DOI 10.1055/s-0044-1781821

Bislang ist unser Wissen über Effektivität und Effizienz in Bezug auf die Aufgabenerfüllung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) begrenzt. Ursächlich hierfür ist u.a. auch eine fehlende flächendeckende Präsenz von Lehrstühlen für Öffentliches Gesundheitswesen. Um den Herausforderungen im Gesundheitsbereich zu begegnen, ist eine wissenschaftlich gut begründete, evidenz- und wertebasierte, in ihren fachlichen Grundlagen transparente und qualitätsgesicherte Arbeit im Dienst Öffentlicher Gesundheit wichtig. Mit dem Lehrbuch Öffentliche Gesundheit (Grundlagen, Praxis, Perspektiven) wird erstmals in Deutschland ein komprimiertes Lehrbuch für den ÖGD vorgelegt, welches fachliche Grundlagen und damit auch einen Beitrag zur Qualitätssicherung im ÖGD leistet.

Das Lehrbuch richtet sich an alle an der Öffentlichen Gesundheit Interessierten. Besonders geeignet ist es für Ärztinnen und Ärzte und die verschiedenen anderen gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Professionen im ÖGD. Es richtet sich darüber hinaus auch an Studierende in Medizin, Gesundheits- und vergleichbaren Wissenschaften und alle sonstigen am Aufgabenspektrum des ÖGD Interessierten. Die bzw. der Lesende soll durch die gewählte thematische Zusammenstellung einen Überblick über dieses weite Themenfeld gewinnen, eigene Schwerpunkte in den einzelnen Kapiteln bearbeitet finden und darüber hinaus einen orientierenden Blick auf einen anderen Schwerpunkt werfen können.

Der Aufbau des Lehrbuchs Öffentliche Gesundheit (Grundlagen, Praxis, Perspektiven) ist zweigeteilt: Der erste, allgemeine Teil behandelt grundlegende Prinzipien Öffentlicher Gesundheit, will das zugehörige Orientierungswissen und auch schon erstes querschnittliches Handlungswissen vermitteln. Der zweite, spezielle Teil legt seinen Schwerpunkt auf die spezifischen instrumentellen Kenntnisse in den vielfältigen Arbeitsbereichen im Dienst der öffentlichen Gesundheit, welche für ein verantwortliches und qualitätsorientiertes Handeln erforderlich sind. Der Ansatz dieses Lehrbuches ist in beiden Teilen: „teach principles, not details“. Die Themen werden anhand konkreter Fallbeispiele aus der Praxis und deren Auflösung dargestellt. Ein weiteres Merkmal im Aufbau ist eine punktuelle Wiederholung von Schlüsselkonzepten, welche in verschiedenen Kapiteln angesprochen werden und so im Sinne einer Lernspirale vertieft werden. Zudem können sie durch diese Vernetzung leichter in aktives, erinnerbares Wissen überführt werden. Der vorliegende Text kann damit einerseits in seinen Einzelkapiteln, die aus sich heraus verständlich sind, gelesen werden und andererseits als Ganzes mit vernetzten Bezügen der einzelnen Kapitel untereinander.

Aufgrund des föderalen Aufbaus in Deutschland besteht auch im Öffentlichen Gesundheitsdienst eine heterogene Aufgabenwahrnehmung. Auf der Basis des Leitbildes für den ÖGD unter Berücksichtigung der Bundes- und Landesgesetzgebungen wurden insbesondere die länderübergreifenden Themenschwerpunkte des ÖGD dargestellt. Gleichzeitig wird auch ein Blick in die deutschsprachigen Nachbarländer Österreich und Schweiz geworfen.

Das Lehrbuch wird in einer Session während des ÖGD-Kongresses vorgestellt.

Ein Open Access Lehrbuch zur Gesundheitsberichterstattung. Entstehungsgeschichte und der Weg zur Version 2.0

Autorinnen/Autoren L. Arnold¹, A. Galante-Gottschalk², J. Kuhn³, N. Rosenkötter¹, G. Tempel⁴, T. Ziese⁵, D. Starke¹, B. Szagun⁶, B. Wollenberg⁷
 Institute 1 Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf; 2 Landeshauptstadt Stuttgart, Gesundheitsamt, Abteilung Gesundheitsförderung und Planung (53-5), Stuttgart; 3 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim; 4 Freie Hansestadt Bremen, Gesundheitsamt, Referat Kommunale Gesundheitsberichterstattung, Bremen; 5 Robert Koch Institut, Abteilung 2 Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin; 6 Hochschule Ravensburg-Weingarten, Fakultät für Soziale Arbeit Gesundheit und Pflege, Weingarten; 7 Landkreis Marburg-Biedenkopf, Fachbereich Gesundheitsamt, Marburg
 DOI 10.1055/s-0044-1781822

Hintergrund: Die Landschaft der Lehrbücher über Aufgabenbereiche des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) ist äußerst überschaubar. Zwar gibt es Lehrbücher in den Teilwissenschaften wie Medizin, Psychologie, Soziale Arbeit oder Public Health, die Aspekte öffentlicher Gesundheit behandeln, doch der in der Verwaltung angesiedelte ÖGD arbeitet v.a. kommunal unter ganz speziellen, oft auch individuellen Rahmenbedingungen und ist mit eigenen Herausforderungen konfrontiert. Diese finden in klassischen Lehrbüchern bislang zu wenig Berücksichtigung.

Methode: Vor diesem Hintergrund wurde in einem sogenannten Book Sprint innerhalb von drei Tagen die Basis für ein frei zugängliches Lehrbuch für den ÖGD zur Gesundheitsberichterstattung zusammengestellt. In einem strukturierten Prozess wurden zunächst gemeinsam Ideen gesammelt, gegliedert und Schwerpunkte festgelegt. In einem zweiten Schritt wurden erste Textbausteine verfasst, kommentiert, ergänzt und entsprechend des ersten Feedbacks überarbeitet. Die Autor:innen verständigten sich zu Beginn darauf, dass in einem ÖGD-Lehrbuch zur GBE neben Indikatoren und Daten insbesondere auch administrative Rahmenbedingungen und soziale Determinanten, Netzwerk- und Gremienarbeit sowie relevante Planungsaspekte berücksichtigt werden müssen.

Ergebnis: Nach umfangreichen redaktionellen und gestalterischen Abstimmungsprozessen konnte im September 2023 die erste Version des GBE-Lehrbuchs open access veröffentlicht werden. Das Lehrbuch bietet vor allem Einsteiger:innen einen umfangreichen Überblick über die Aufgaben der GBE, die Arbeit als Netzwerker:in und das Zusammenspiel mit der Planung. Das Open Access-Lehrbuch wird auf dem Server des Onlinedienstes GitHub gehostet und ist über <https://aogew.de/gbe> kostenfrei aufrufbar. Das Besondere an dem Buch und dem Hosten auf einem öffentlichen Server, ist, dass die Fortschreibung bereits eingeplant ist und die aktuelle Version 1.0 somit nur den Beginn darstellt. Es handelt sich bei dem Band um ein lebendiges Werk, das zukünftig durch Mitwirkung in Form von kritischen Rückmeldungen und Ergänzungsvorschlägen aus der Fachcommunity weiterentwickelt und kontinuierlich verbessert werden möchte.

Schlussfolgerung: Die Version 1.0 stellt eine moderne Form der „Loseblatt-Sammlung“ dar. Basierend auf einem Book Sprint und konzipiert als Open Access-Lehrbuch ist es ein Produkt zweier innovativer Ansätze, die sich perspektivisch auch für die Berichterstattung selbst eignen: Kooperation und Entwicklungsoffenheit. Entstanden als Kooperationsprojekt öffnet es sich nun der weiteren Fachcommunity. Auch, um dem Facetten- und Wandlungsreichtum des ÖGDs gerecht zu werden und die Kompetenz der Praktiker:innen zu integrieren.

Workshop "Sexuelle Gesundheit"

12:15 – 13:45 | Saal X.3

Neisseria gonorrhoeae in medizinischen Angeboten großer deutscher Gesundheitsämter – Entwicklung ÖGD-spezifischer Qualitätsstandards und gemeinsamer Handlungsstrategien

Autorinnen/Autoren K. Baumhauer¹, J. Claas¹, T. Winkel¹, H. Stelberg¹, A. Wolff¹, K. Einbrodt¹, A. Herbst¹

Institut 1 Großstadtgesundheitsämter, Eingereicht durch Gesundheitsamt Köln, Abteilung Gesundheitshilfen, Fachdienst STI und sexuelle Gesundheit, Köln

DOI 10.1055/s-0044-1781823

Einleitung: Die Gonorrhö ist eine weltweit verbreitete, ausschließlich beim Menschen vorkommende Infektionskrankheit, die nach Schätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ca. 87 Millionen Erkrankungsfällen pro Jahr die dritthäufigste sexuell übertragbare Infektion (STI) darstellt.

Da in Deutschland keine generelle Meldepflicht für Gonokokken-Infektionen gemäß Infektionsschutzgesetz besteht, stehen keine bundesweiten aktuellen epidemiologischen Daten zur Verfügung. Eine Grundlage, auf der der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) spezifische, evidenzbasierte und ressourcenschonende Qualitätsstandards im Umgang mit Gonokokkeninfektionen entwickeln könnte, fehlt.

Ausschließlich im Bundesland Sachsen besteht eine Labormeldepflicht. Diese Meldedaten zeigen eine Verzehnfachung der gemeldeten Gonokokken-Infektionen von 1,8 Infektionen/100.000 Einwohner im Jahr 2001 auf 19,9/100.000 im Jahr 2019.

Die Antibiotikaresistenz bei *Neisseria gonorrhoeae* stellt ein globales Problem für die Behandlung und Kontrolle der Gonorrhö dar. Die WHO hat *Neisseria gonorrhoeae* als einen Erreger mit hoher Priorität mit besorgniserregenden Resistenzsituation eingestuft. Gegenüber allen Antibiotika, die bisher zur Behandlung empfohlen wurden, wurden Resistenzen nachgewiesen. Derzeit ist Ceftriaxon als lediglich injizierbares Cephalosporin der 3. Generation die einzige verbliebene empirische Monotherapie der Gonorrhö. Zunehmend werden auch Multiresistenzen beobachtet.

Gesundheitsämter in Deutschland mit medizinischen STI- und HIV-Testangeboten erreichen Menschen mit hohen Risikoprofilen für eine Gonokokkeninfektion. Möglichst niederschwellige, gleichzeitig aber leitlinienbasierte Diagnostik und Therapie ist aufgrund der Antibiotikaresistenzlage bei *Neisseria gonorrhoeae* unerlässlich. Wie das in ÖGD-Sprechstundenangeboten umgesetzt und ggfs. verbessert werden kann, soll auf der Grundlage von gemeinsam erhobenen Daten diskutiert und verschriftlicht werden.

Methode: Die Vernetzung der Großstadtgesundheitsämter mit medizinischen STI-Angeboten in Deutschland hat in einer selbst entworfenen Abfrage Daten zu den Gonorrhoe-Testungen, den Ergebnissen und der Resistenzlage unter den positiven Fällen aus den teilnehmenden Gesundheitsämtern aus den Jahren 2018-2022 zusammengetragen.

Die Abfrage und Auswertung erfolgt durch eine Arbeitsgruppe aus 3 großen Gesundheitsämtern.

Die Ergebnisse sollen der kürzlich gegründeten Vernetzungsebene „STI-Qualitätszirkel im ÖGD“ zur Verfügung gestellt werden, um einen Überblick über die Angebotsstrukturen zur Gonorrhoe-Diagnostik und Therapieumsetzung im ÖGD zu erhalten sowie zur Positivrate und der Resistenzlage in der sich im ÖGD vorstellenden Zielgruppe

Hiermit soll eine Diskussionsgrundlage geschaffen werden, um Gonokokken-spezifische Qualitätsstandards und gemeinsame Handlungsstrategien für medizinische ÖGD-Angebote zu entwickeln [1].

Ziel ist es, die Public Health-Strategie bei der Eindämmung eines sexuell übertragbaren Erregers mit global kritischer Resistenzlage in Deutschland zu verbessern.

Literatur

[1] https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Gonorrhoe.html#doc3763050bodyText2

Gonorrhodiagnostik in den Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit der städtischen Gesundheitsämter Dresden, Leipzig, Chemnitz im Zeitraum 2018-2022

Autorinnen/Autoren M. Stiehler¹, A. Manos¹, K. Schreiter¹

Institut 1 Amt für Gesundheit und Prävention Dresden, Gesundheitsamt

Leipzig, Amt für Gesundheit und Prävention Chemnitz

DOI 10.1055/s-0044-1781824

In den Gesundheitsämtern der größeren Städte Sachsens bieten die Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit auf Grundlage des IfSG § 19 auf freiwilliger Basis Vorsorgeuntersuchungen auf HIV, Syphilis, Hepatitis, Chlamydia trachomatis und *Neisseria gonorrhoeae*. Dies insbesondere für Personen, deren Lebensumstände mit einer erhöhten Gefahr für das Auftreten von sexuell übertragbaren Infektionen verbunden sind. Dabei besteht in Hinblick auf *Neisseria*

gonorrhoeae die Möglichkeit zur Diagnostik von Abstrichmaterial von verschiedenen Körperregionen und Urin mittels PCR, sowie *Neisseria gonorrhoeae*-Kultur einschließlich Resistenztestung. Zuständiges Labor für alle Gesundheitsämter in Sachsen ist die Landesuntersuchungsanstalt Dresden.

Die Zahlen von 2018 bis 2022 zeigen eine deutliche Abhängigkeit der Inanspruchnahme der Untersuchungen von der Covid19 Pandemie, zum Teil auch von Stadt zu Stadt unterschiedlich in Anhängigkeit der vorwiegend personellen Ressourcen.

In der Sächsischen Meldeverordnung zum Infektionsschutzgesetz (SächsIfS-GMeldeVO) von 2002 wurde in Erweiterung von § 7 IfSG u.a. eine nichtnamentliche Meldung von *Neisseria gonorrhoeae* (NG) festgelegt, die im IfSG erst 2023 aufgenommen wurde. Ein Vergleich der nach SächsIfSGMeldeVO gemeldeten *Neisseria gonorrhoeae*-Nachweise der drei großen Städte mit den positiven Testungen in den drei entsprechenden Gesundheitsämtern zeigt einen hohen Anteil der NG-Diagnosen in den Gesundheitsämtern.

Die Bedeutung der dortigen Testangebote liegt im Screeningangebot, während bei niedergelassenen Ärzten zumeist eine Diagnostik aufgrund von Symptomen erfolgt. Das heißt, es werden in den Gesundheitsämtern vor allem symptomfreie Infektionen aufgedeckt. Vor dem Hintergrund steigender Erkrankungszahlen und Resistenzentwicklung bei Gonorrhoe zeigt sich die Wichtigkeit des Angebots der Gesundheitsämter.

Untersuchung auf *C. trachomatis* und *N. gonorrhoeae* in NRW mit Schwerpunkt auf Personen mit dem Infektionsrisiko Sexarbeit und MSM

Autorinnen/Autoren P. Grotegut¹, L. Rosenberg¹, A. Jurke¹

Institut 1 Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bochum

DOI 10.1055/s-0044-1781825

Einführung: § 19 Abs.1 IfSG verpflichtet die Gesundheitsämter, für sexuell übertragbare Krankheiten Beratung und Untersuchung anzubieten. Die Labor-Analytik wird seit mehreren Jahren für die Beratungsstellen der unteren Gesundheitsbehörden in Nordrhein-Westfalen über das Ministerium für Gesundheit und Arbeit des Landes NRW vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) koordiniert und finanziert. Seit Anfang 2021 wurde das Testangebot auf die Erreger *C. trachomatis* und *N. gonorrhoeae* erweitert. Für Personen mit den Infektionsrisiken „Sexarbeit“ und „MSM“ können Abstriche von verschiedenen Körperregionen und Urinproben analysiert werden, was nicht nur die Frage nach einer Infektion beantwortet, sondern ebenfalls Aufschluss darüber gibt wo die Infektion lokalisiert ist. Die Daten sollen Auskunft darüber geben, inwieweit das Testangebot in Anspruch genommen wird und wo die Infektion, bei den Klienten und Klientinnen der STI-Beratungsstellen mit den Infektionsrisiken „Sexarbeit“ und „MSM“, lokalisiert ist.

Methode: Die Diagnostik auf *C. trachomatis* und *N. gonorrhoeae* konnte, bei Personen mit den Infektionsrisiken „Sexarbeit“ und „MSM“, durch Abstriche des Genitaltrakts, des Rektums, des Pharynx oder durch Urinproben (Erststrahlurin) erfolgen. Analytik und Laboranalysen erfolgten mittels eines kombinierten Nukleinsäure-Amplifikation- (NAT)-Nachweises. Die Diagnose wurde der STI-Beratungsstelle mitgeteilt und eine Sammlung der Ergebnisse werden dem LZG.NRW übermittelt. Die Daten über das Infektionsrisiko der untersuchten Personen, so wie die Ergebnisse der Analysen wurden im LZG.NRW einander zugeordnet, sodass berechnet werden konnte, wie viele Untersuchungen für Personen mit dem Infektionsrisiko „Sexarbeit“ und „MSM“ durchgeführt wurden, wo die Infektion lokalisiert war und wie hoch die Positivrate bei den einzelnen Lokalisationen ausfiel.

Ergebnisse: Im gesamten Jahr 2022 wurden 13.179 Personen auf *C. trachomatis* und *N. gonorrhoeae* untersucht. Davon waren 5.428 (41,2%) weiblich, 7.659 (58,1%) männlich, 67 (0,5%) divers und bei 25 (0,2%) Personen konnte kein Geschlecht definiert werden. Im selben Jahr haben 3.522 der untersuchten Personen das Infektionsrisiko MSM angegeben. Für diese Personen wurden insgesamt 5.503 Testungen mit Probenmaterial aus unterschiedlichen Körperregionen durchgeführt. Die Positivrate für *C. trachomatis* lag bei den rektalen

Untersuchungen am höchsten (8 %) während der Nachweis von *N. gonorrhoeae* im Pharynx am häufigsten detektiert (6 %) wurde. Das Infektionsrisiko „Sexarbeit“ wurde insgesamt von 904 Personen benannt. Insgesamt wurden für diese Personen 1.320 Testungen auf *C. trachomatis* und *N. gonorrhoeae* durchgeführt. Dabei wurde eine Infektion mit *C. trachomatis* am häufigsten bei rektalen Untersuchungen detektiert (9 %). Die Positivrate von *N. gonorrhoeae* wurde am häufigsten im Pharynx detektiert (10 %).

Diskussion: Aus der Literatur ist bekannt, dass im Gegensatz zur urethralen Gonorrhoe bei Männern, die rektale und pharyngeale Infektionen sowie zervikale Infektionen bei Frauen überwiegend asymptomatisch verlaufen und daher bei einer Symptom-basierten Untersuchung übersehen werden. Die hier gewonnenen Daten unterstreichen die Wichtigkeit bei Testungen auf *N. gonorrhoeae* die verschiedenen Lokalisationsorte der Infektion zu beachten. Dies gilt ebenso für eine Infektion mit *C. trachomatis*, da die oropharyngeale-urogenitale Übertragung von *C. trachomatis* durch ungeschützten oralen Sexpraktiken nachgewiesen ist und daher ebenfalls ein Infektions-Reservoir darstellt. Wichtig ist somit ein Wandel von einer symptom-orientierten Diagnostik zu einer Diagnostik nach Risikokontakten und Risikogruppen, die während einer Anamnese identifiziert werden müssen.

„Hep Check im Stadtteil“, ein kultursensibles Beratungs- und Untersuchungsangebot, Abstract für die Session „Sexuelle Gesundheit und Sexarbeit“

Autor L. Boldorini

Institut Gesundheitsamt Stadt Essen, HIV- und STI-Beratungsstelle

DOI 10.1055/s-0044-1781826

Projektbeschreibung: „Hep Check im Stadtteil“ ist ein mehrsprachiges und kultursensibles Projekt des Gesundheitsamts der Stadt Essen in Kooperation mit der Aidshilfe Essen e.V. Einmal im Monat findet an unterschiedlichen Essener Standorten, wie zum Beispiel Stadtteilbüros, Begegnungszentren und Gesundheitskiosken, ein anonymes und kostenloses Beratungs- und Testangebot zu Hepatitis und anderen sexuell übertragenen Infektionen (STI) statt. Gesundheitsbotschafter*innen (Sprach- und Kulturmittler*innen) aus unterschiedlichen Herkunftsländern mit Hepatitis-Hochprävalenz, die mehrere Sprachen sprechen, begleiten die Termine vor Ort und werben für das Angebot in ihren Communities und Netzwerken.

Zielgruppen:

- Menschen im Stadtteil/unterschiedliche Communities
- insbesondere aus Subsahara-Afrika und LSBTIQ*-Geflüchtete
- andere vulnerable Gruppen von Migrantinnen und Migranten

Ziele: Die Zielgruppen sollen die Möglichkeit haben, sich mehrsprachig, kultursensibel, niederschwellig und wohnortnah über Hepatitis, HIV und andere STI zu informieren, beraten und bei Bedarf vor Ort untersuchen zu lassen.

Merkmale

- partizipativ: Einbeziehung von Akteuren aus den Communities
- kultursensibel: Einsatz von Sprach- u. Kulturmittler*innen, die regelmäßig zu den Themen Hepatitis und anderen STI geschult werden
- community- und stadtteilorientiert, wohnortnah

Angebot

- Beratung zu Hepatitis, HIV und anderen STI
- Untersuchungen auf Hepatitis B und C
- HIV-Labortest
- Syphilis-Diagnostik
- Überleitung und Begleitung in ärztliche Behandlung
- im Einzelfall Impfungen für Menschen ohne Krankenversicherung

Eckdaten und Zwischenergebnisse

- Beginn im Mai 2022
- Bewilligung bis Ende 2024
- abwechselnd an sechs Standorten
- bisher 15 Termine

- 172 Menschen vor Ort erreicht
- davon 108 untersucht

Fazit: Viele Migrantinnen und Migranten aus Hepatitis-Hochprävalenzländern konnten bisher mit diesem Angebot erreicht und über Hepatitis und andere STI beraten werden. Mehrere Infektionen wurden aufgedeckt und die Menschen konnten mit der Unterstützung von Gesundheitsbotschafter*innen in ärztliche Behandlung übergeleitet werden.

„Hep Check“ als stadtteilbezogenes Beratungs- und Untersuchungsangebot mit Sprachmittlung ermöglicht neue Zugänge zu den Zielgruppen und zeichnet sich durch eine zunehmende Akzeptanz und Bekanntheit in den Communities aus.

STI-Testung im Stadtteil

Autorinnen/Autoren A. Horstmann¹, H. Cohn¹, A. Bender¹, F. Vogel-Reisch¹, I. Vogt-Rößler¹

Institut 1 Landeshauptstadt München, Gesundheitsreferat (GSR)

Gesundheitsschutz Hygiene und Umweltmedizin GSR-GS-HU-BS

DOI 10.1055/s-0044-1781827

Ziel: Durch die Etablierung von Außenberatungsstellen in zentrumsfernen Stadtteilen sollen Bürger*innen vor Ort für Beratungen und Testungen zu sexuell übertragbaren Infektionen erreicht werden.

Hintergrund: Gemäß §19 Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist es im Rahmen der Prävention Aufgabe der Gesundheitsämter, für sexuell übertragbaren Infektionen (STI) Beratung und Untersuchung auf freiwilliger Basis anzubieten. Es sollen dadurch bestehende Infektionsketten durchbrochen werden.

Sexuell übertragbare Infektionen, die Risiken der Ansteckung und Schutzmöglichkeiten sind grundsätzliche Themen der Gesellschaft. Jeder Mensch kann mit einer sexuell übertragbaren Infektion in Kontakt kommen.

Der aktive Schritt, sich beraten, testen und untersuchen zu lassen, ist jedoch oftmals mit individuellen Schwierigkeiten und Hürden verbunden. Um möglichst viele Bürger*innen erreichen zu können, ist es notwendig, Angebote in deren unmittelbarer Lebenswelt zu etablieren, um den Zugang zum Gesundheitssystem zu erleichtern. Es wird dadurch die Möglichkeit geschaffen, Bürger*innen vor Ort niedrigschwellig Informationen und Testmöglichkeiten zu sexuell übertragbaren Infektionen anzubieten. Dabei soll eine Sensibilisierung zu Risiken gefördert und Handlungskompetenzen erweitert werden (z. B. Schutzmöglichkeiten, richtige Kondomanwendung, etc.).

Das Projekt: Als niedrigschwellige Maßnahme wurde deshalb im Gesundheitsreferat Hasenberg, im gleichnamigen Stadtteil Münchens, im April 2023 zunächst eine Außenberatungsstelle eingerichtet.

Das Beratungs- und Testangebot findet 2x im Monat von 14:00 -17:00 Uhr in den Räumlichkeiten des Gesundheitstreffs im Stadtteil Hasenberg statt.

Das Beratungs- und Testangebot ist kostenlos, anonym und ohne Termin möglich. Ein telefonischer Dolmetschendienst steht zur Verfügung.

Das Beratungsteam besteht jeweils aus medizinischem Fachpersonal (eine Ärzt*in, eine medizinischen Fachangestellte) und einer sozialpädagogischen Fachkraft.

Die Bürger*innen haben die Möglichkeit sich auf folgende Infektionen testen zu lassen: HIV, Hepatitis A, B, C, Lues, Chlamydien und Gonorrhö. Die Testergebnisse werden telefonisch oder in einem persönlichen Gespräch mitgeteilt. Bei Bedarf besteht eine Weitervermittlung an Beratungsstellen und Facharztpraxen, um eine nachhaltige Anbindung in bestehende Strukturen zu gewährleisten.

Das Angebot wurde in den ersten Monaten jedoch nur von wenigen Bürger*innen des Stadtteils in Anspruch genommen.

Ausblick: Um das Angebot im Stadtteil noch intensiver bekannt zu machen, erfolgen derzeit weitere Werbemaßnahmen: Inserate in Stadtteilpublikationen, Informationsveranstaltungen für ehrenamtliche Mitarbeiter*innen, Fachkräfte, in Jugendgruppen, sowie Kontaktaufnahme mit Arztpraxen.

Das Projekts soll zunächst bis Ende 2024 laufen. Eine Evaluation ist vorgesehen. Gesundheitsreferat der LH München (GSR-GS-HU-BS)

Modellprojekt HIV Therapie im ÖGD

Autorinnen/Autoren J. Claass¹, K. Graefe¹

Institut 1 Sozialbehörde, HIV-Therapie für Menschen ohne Krankenversicherung – Ergebnisse eines Modellprojektes aus Hamburg

DOI 10.1055/s-0044-1781828

Hintergrund: Die Vereinten Nationen (VN) haben für 2030 das 95-95-95-Ziel gesetzt: 95 % der mit HIV lebenden Menschen wissen von ihrer Infektion, 95 % dieser befinden sich in antiretroviraler Therapie (ART) und bei mindestens 95 % aus dieser Gruppe soll die Viruslast unter die Nachweisgrenze gesenkt werden. Doch auch wenn die VN bestrebt ist allen HIV-positiven Menschen Zugang zu ART zu ermöglichen, haben HIV-infizierte Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland kaum Zugangsmöglichkeiten zu dieser.

Das Hamburger Modellprojekt bietet dieser Zielgruppe eine ambulante medikamentöse HIV-Therapie im ÖGD an, mit dem Ziel die Lebenserwartung bei besserer Lebensqualität zu verlängern, verbessertem Infektionsschutz und einer Eingliederung in das Sozialversicherungssystem. Das Angebot ist basiert auf dem Infektionsschutzgesetz.

Projektbeschreibung: Das im Januar 2020 initiierte Modellprojekt wird durch das Centrum für AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten (CASAblanca) in Hamburg-Altona durchgeführt. Einschlusskriterien sind HIV-Infizierte ohne Krankenversicherung, die ihren Lebensmittelpunkt in Hamburg haben und für die keine andere Möglichkeit zur ART besteht. Nach einer ausführlichen sozialpädagogischen Überprüfung der Einschlusskriterien (sog. Clearing), wird die Kostenübernahme für die ART und die begleitenden Laboruntersuchungen übernommen und eine weitere sozialpädagogische und ärztliche Betreuung gewährleistet. Da das Modellprojekt die bestehenden medizinischen Strukturen ergänzt, findet eine enge Abstimmung mit den Hamburger HIV-Schwerpunktpraxen und dem HIV-Hilfesystem der freien Träger statt.

Erfahrungen: Dargestellt werden die Erfahrungen nach vier Jahren Laufzeit des Angebots (2020–2023). Eingegangen wird auf die Anzahl der aufgenommenen Personen, Anteil der Personen, die ins Regelsystem überführt werden konnten und Anteil derer, bei denen dies nicht möglich war. Beschrieben werden sollen Merkmale, Beobachtungen und Herausforderungen im Projekt, sowie wichtige Erfahrungen, die bei einer Etablierung ähnlicher Angebote hilfreich sein können.

Sexuelle Gesundheit: PrEP-Komplett – die niedrigschwellige Verfügbarkeit der HIV-PrEP im ÖGD in Hamburg

Autorinnen/Autoren K. Wirtz¹, J. Claass¹

Institut 1 CASAblanca, Sozialbehörde Hamburg, Hamburg

DOI 10.1055/s-0044-1781829

Hintergrund: Im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes (§ 19 IfSG) bietet die Beratungsstelle CASAblanca (Centrum für HIV und sexuell übertragbare Infektionen – STI) Zugang zur HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) für Menschen mit hohem HIV-Risiko an. Dieser Zugang über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) ist in Deutschland noch nicht breit etabliert. Hier wird dargestellt, wie ein solches Angebot aussehen kann und wer erreicht wird.

Methoden: Das Angebot richtet sich an Menschen ohne Krankenversicherung mit einem besonders hohen Risiko für eine HIV-Infektion. Für diese bietet CASAblanca eine niedrigschwellige und strukturierte Begleitung der PrEP an. Aktiv angesprochen auf die Präventionsmöglichkeit im ÖGD werden vor allem Sexarbeitende (insbesondere trans* und männliche Sexarbeitende) und weitere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), jedoch auch andere Menschen mit hohem individuellen HIV-Risiko (z.B. Menschen aus HIV-Hochprävalenzländern, Menschen, die Drogen injizieren und Partner:innen von HIV-Infizierten ohne HIV-Therapie).

Krankenversicherte Nutzer:innen der Beratungsstelle erhalten ausführliche Informationen bezüglich der PrEP und werden anschließend zur weiteren Betreuung an Behandler:innen im Versicherungssystem verwiesen.

Zu allen Sprechzeiten des CASAblanca kann eine PrEP-Beratung durch geschulte Berater:innen ohne Termin erfolgen, ggf. unterstützen Sprachmittler:innen. Die Nutzer:innen können alle notwendigen Tests durchführen lassen (HIV, Hepatitis B/C, STI, Nierenfunktion). Bei Vorliegen der Ergebnisse erfolgt die ärztliche Aufklärung (u.a. Indikation, Notwendigkeit HBV-Schutz, Risiken, Nebenwirkung) und Verordnung der PrEP. Die Kosten für die Medikamente werden von den Nutzer:innen getragen (ca. 50€ pro Monat). Im Verlauf werden entsprechend der deutschen Leitlinie regelmäßige Untersuchungen und Folgeberatungen durchgeführt, sowie Nebenwirkungen und korrekte Einnahme besprochen.

Ergebnisse: Dargestellt werden die zahlenmäßigen Ergebnisse der Nutzung im gesamten Jahr 2023 (Anzahl der Nutzer:innen, Art des Risikos, ggf. weitere Faktoren).

Die medikamentöse PrEP erfordert eine kompetente medizinische Begleitung, regelmäßige Testungen und Beratungen. Für eine hohe Schutzwirkung ist die Einbettung in ein spezialisiertes Setting nötig, dieses kann in Gesundheitsämtern angeboten werden. Insbesondere die Überwindung von Sprachbarrieren und die Berücksichtigung der zum Teil prekären Lebensverhältnisse, stellt eine besondere Herausforderung dar. Die niedrigschwellige Verfügbarkeit des Angebots, die Thematisierung von Sexarbeit, die Anwesenheit von Sprachmittlung werden als wichtige Faktoren identifiziert, die ein vertrauensvolles Verhältnis erlauben und den ÖGD zu einem geeigneten Setting machen. Diese Anbindung der Klientel ermöglicht die kontinuierliche Thematisierung der Compliance und der schnellen Erkennung und Behandlung von STIs, wie einer Lues-, Chlamydien- oder Gonokokkeninfektionen.

Schlussfolgerungen: Ein PrEP-Angebot im ÖGD kann eine Klientel erreichen, welches multiple Vulnerabilitätsfaktoren (Sprachbarriere, fehlende soziale Absicherung) hat, ein hohes HIV-Ansteckungsrisiko und anderweitig keinen Zugang zu dieser Präventionsmethode hat. Die hohe Inanspruchnahme des niedrigschwelligen PrEP-Angebotes bestätigt die Sinnhaftigkeit des Angebots im ÖGD. Ein wichtiger Präventionsauftrag im Rahmen des IfSG wird erfüllt.

Ausbau des Angebots der HIV-PrEP im ÖGD

Autorinnen/Autoren E. Bluemchen¹, C. Schulte¹, K. Baumhauer¹, H. Stelberg¹

Institut 1 Gesundheitsamt Köln, Fachdienst STI und sexuelle Gesundheit, Köln

DOI 10.1055/s-0044-1781830

Die HIV-Prä-Expositions-Prophylaxe (HIV-PrEP) ist – ebenso wie die TasP (Treatment as Prevention, Schutz durch Therapie) – ein wirksames Instrument zur Vermeidung einer sexuell übertragenen HIV-Infektion. Die PrEP wird empfohlen für Menschen mit häufig wechselnden Sexualpartner*innen und inkonsequentem Kondomgebrauch und/oder für Menschen in serodiskordanter Partnerschaft. Seit dem 01.09.2019 ist die PrEP Teil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung und im Rahmen der Regelversorgung frei zugänglich.

Dieser Zugang zur Regelversorgung und damit zur HIV-PrEP besteht nicht für alle Menschen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass gerade Menschen mit hohen individuellen Risikoprofilen oft sehr mobil unterwegs sind, häufig keinen geregelten Zugang zum medizinischen Versorgungssystem haben, jedoch in den subsidiären Sprechstunden der Gesundheitsämter andocken. HIV-Prävention ist Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), deshalb sollte der ÖGD seinen Zugang zu Menschen mit hohen Risikoprofilen nutzen, um im Sinne der BIS 2030 Strategie vermeidbare HIV-Infektionen abzuwenden.

In der medizinischen Begleitung der HIV-PrEP sind quartalsweise Arztvisiten mit Laborkontrollen sowie Screenings auf sexuell übertragbare Infektionen (STI) inklusive HIV-Test obligat. Die erforderliche, engmaschige medizinische Begleitung ist durch das bislang nur vereinzelt bestehende Angebot in wenigen Gesundheitsämtern für die oftmals hochmobile Zielgruppe erschwert.

Im Sinne eines ÖGD-PrEP-Versorgungsnetzwerkes wäre es wünschenswert, dass weitere Gesundheitsämter, die eine entsprechende medizinische Struktur

und Expertise vorhalten, die HIV-PrEP-Verordnung in ihr Angebot aufnehmen, um damit für oft hochmobile Personen sowohl eine regelmäßige Rezeptierung als auch das Einhalten der erforderlichen Laborkontrollen sowie STI-Testungen niederschwellig zu ermöglichen.

Nach dem Vorbild anderer großer Gesundheitsämter, die die HIV-PrEP bereits seit mehreren Jahren Menschen ohne Zugang zur Regelversorgung verordnen, Berlin sowie Hamburg, implementiert nun auch das Gesundheitsamt Köln die Verordnung der HIV-PrEP im Rahmen der fachärztlichen Sprechstunde im Fachdienst STI und sexuelle Gesundheit.

Das Gesundheitsamt Köln möchte seine Erfahrungen bei der Implementierung der HIV-PrEP hier darlegen und teilen, um weitere Ämter zu motivieren, diese Struktur ebenfalls aufzubauen, das Versorgungsnetz für die HIV-PrEP im ÖGD zu verdichten und einen fachlich-inhaltlichen ÖGD-spezifischen Austausch zu fördern.

HIV-PrEP für Sexarbeitende in Gesundheitsämtern – Bedarfe und Umsetzbarkeit im Rahmen des IfSG

Autorinnen/Autoren E. Willems¹, J. Claass²

Institute 1 Deutsche Aidshilfe; 2 Sozialbehörde Hamburg

DOI 10.1055/s-0044-1781831

Hintergrund: Die HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) ist eine hocheffektive Präventionsmethode, bei der HIV-negative Menschen vorbeugend HIV-Medikamente einnehmen, um sich vor einer HIV-Infektion zu schützen. In Deutschland wird die PrEP bisher fast ausschließlich von MSM genutzt [1]. Bei Sexarbeitenden (SW) ist kein allgemein erhöhtes HIV-Risiko nachgewiesen, jedoch kann das individuelle Risiko durch andere Merkmale wie prekäre Lebenslagen, intravenösen Drogenkonsum oder männliche bzw. transweibliche geschlechtliche Identität deutlich abweichen. Hier wird dargestellt, warum es in Gesundheitsämtern für SW Angebote zur Beratung und ggf. Verschreibung von PrEP geben sollte und wie der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) diese wichtige Funktion erfüllen kann.

Methoden: Erkenntnisse zu den Bedarfen von SW bezüglich PrEP und bezüglich ÖGD liefert die jüngste qualitative Studie der Deutschen Aidshilfe. Von 10/2022 bis 04/2023 haben Peer-Forschende 80 Sexarbeitende mit unterschiedlichen Lebens- und Arbeitshintergründen im Rahmen von 11 Fokusgruppen (FG) in 5 unterschiedlichen Sprachen befragt. Zudem wird das Infektionsschutzgesetz (IfSG) mit Blick auf die PrEP betrachtet und die Umsetzbarkeit beleuchtet.

Ergebnisse: Die Analyse von Bedarfen der SW ergab, dass den meisten an der Studie teilnehmenden SW die PrEP bisher unbekannt war, das Interesse hierzu jedoch hoch. Gesundheitsämter sind für SW eine sehr wichtige Informationsquelle zu gesundheitlichen Themen. Für einige SW ist das Gesundheitsamt der einzige Ort, an dem sie Gesundheitsleistungen erhalten, vor allem SW ohne Zugang in eine deutsche Krankenversicherung. In 5 FG (cis- und transweibliche SW aus Bulgarien, Thailand und Lateinamerika sowie mit illegalem Substanzkonsum und schwarze SW) erklärten SW es für selbstverständlich bzw. wünschenswert, dass Information und Beratung zur PrEP sowie PrEP-Vergabe in Gesundheitsämtern stattfindet. Dies sollte im Kontext der Untersuchungen auf HIV und sexuell übertragbaren Infektionen (STI) sowie bei der gesundheitlichen Beratung nach §10 ProstSchG erfolgen. Ein Teil der SW gab an, nicht in der Lage zu sein, die Kosten für die PrEP bei einer Verordnung auf Privat Rezept selbst zu tragen.

Ein Ziel des IfSG ist es, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen. Laut IfSG haben die nach Landesrecht zuständigen Stellen über Möglichkeiten des allgemeinen und individuellen Infektionsschutzes zu informieren. Bezüglich HIV und STI sind in der Regel die Gesundheitsämter zuständig. Auch dem Ziel des §10 ProstSchG entspricht diese Informationsnotwendigkeit (Bringschuld) durch den ÖGD. In vielen großen Gesundheitsämtern sind Rahmenbedingungen vorhanden, die als wichtige Erfolgsfaktoren für die PrEP-Vergabe identifiziert werden: die niedrigschwellige Verfügbarkeit des Angebots, die Thematisierung von Sexarbeit, die Anwesenheit von Sprachmittlung sowie die Unabhängigkeit des Angebots von einer Krankenversicherung. Die Erfahrungen

aus den Gesundheitsämtern, in denen die PrEP bereits explizit SW über den ÖGD zugänglich gemacht wird (z.B. Berlin und Hamburg), zeigen: Die PrEP-Beratung, die ärztliche Beratung sowie Verordnung können erlernt werden. Zusätzlich zu den HIV/STI Tests, die in vielen Gesundheitsämtern kostenlos angeboten werden können, muss entsprechend den deutschen Leitlinien zum PrEP-Einsatz eine Serum-Kreatinin Bestimmung erfolgen sowie regelmäßige Untersuchungen und Folgeberatungen durchgeführt werden. Die Kosten für die Medikamente werden in der Regel von den Nutzer:innen selbst getragen (ca. 50€ im Monat).

Schlussfolgerungen: Information über die PrEP als Möglichkeit zur Vermeidung einer HIV-Infektion sollte SW systematisch in Gesundheitsämtern (in den Beratungen nach §19 IfSG und nach §10 ProstSchG) angeboten werden. Die PrEP sollte für SW mit erhöhten Risiken über den ÖGD erhältlich sein, dies scheint vor allem sinnvoll für Menschen mit erschwertem Zugang in eine Krankenversicherung. Weiterer Handlungsbedarf besteht bei der Kostenübernahme der Medikamente für Menschen in prekären Lebenslagen.

References

[1] Schmidt D., Kollan C., Schewe K. et al. Evaluation der Einführung der HIV-Präexpositionsprophylaxe als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (EvE-PrEP). Bundesgesundheitsbl 2023; 66: 1008–1018. doi:10.1007/s00103-023-03733-0

Bedarfe von Sexarbeitenden im Kontext der Angebote des ÖGD – Ergebnisse einer bundesweiten qualitativen Studie

Autorinnen/Autoren E. Willems¹, T. Hallermann², J. Claass³

Institute 1 Deutsche Aidshilfe; 2 Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung Berlin Mitte; 3 Sozialbehörde Hamburg

DOI 10.1055/s-0044-1781832

Hintergrund: Aufgrund von unzureichendem Zugang zu Gesundheitsversorgung, Gewalterfahrungen, Stigmatisierung und Kriminalisierung kann die Gesundheit von Sexarbeitenden (SW) stark beeinträchtigt sein. Im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes (§19 IfSG) haben sie den Anspruch auf Beratungs- und Untersuchungsangebote bezüglich sexuell übertragbarer Infektionen. Mit einer qualitativen Studie verfolgte die Deutsche Aidshilfe das Ziel, zu einem besseren, wissenschaftlich fundierten Verständnis der bisher wenig erforschten gesundheitlichen Bedarfe von SW beizutragen.

Methode: Zwischen 10/2022 und 04/2023 führten 10 Peer-Forschende deutschlandweit 11 Fokusgruppen (FG) in 5 Sprachen mit insgesamt 80 SW durch. Im Fokus standen Gesundheitsstrategien und -bedarfe der teilnehmenden SW (TN), die Auswirkungen des Prostituiertenschutzgesetzes (ProstSchG) sowie Hürden und förderliche Faktoren für Präventions- und Versorgungsangebote sowie bei der HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP). Die FG wurden mit Peer-Forschenden und dem Projektbeirat partizipativ ausgewertet.

Ergebnisse: An den FG haben weibliche, trans* und männliche SW in diversen Formen der Sexarbeit (Straße, Escort, Prostitutionsstätten) aus insgesamt 23 Herkunftsländern teilgenommen, darunter Schwarze SW, SW mit illegalem Substanzkonsum sowie SW mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen. In allen FG wurde deutlich, dass SW sich sehr für ihre sexuelle Gesundheit interessieren. Die Angebote nach §19-IfSG bieten für sie verschiedene Vorteile: sie sind kostenlos, unabhängig vom Krankenversicherungsstatus sowie anonym nutzbar und SW können ihre Tätigkeit thematisieren. Dementsprechend spielen Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) eine zentrale Rolle für den Gesundheitserhalt von SW. Jedoch ist der Auftrag laut IfSG für SW nicht gänzlich erfüllt. Einige TN kannten die Angebote des ÖGD nicht. Einige nicht angemeldete SW meiden Gesundheitsämter aus Angst vor Strafe aufgrund des ProstSchG. In 10 von 11 FG wurden inhaltliche Merkmale von Angeboten der Gesundheitsämter als förderlich beschrieben bzw. gewünscht: Erweiterung des Angebots um Schutzimpfungen und fachärztliche Sprechstunden, Sprechstunden in verschiedenen Sprachen, mobile Testangebote auf dem Arbeitsplatz oder auf Community-Veranstaltungen und Kundenaufklärung. Mehr als die Hälfte der TN hatte noch nie von der PrEP gehört, das

Interesse war jedoch hoch. In 5 von 10 FG wurde von den TN thematisiert, dass das Gesundheitsamt der richtige Ort für Information und Beratung zur PrEP sowie für die PrEP-Vergabe wäre.

Schlussfolgerungen: Um ihre wichtige Funktion bei der Prävention und Versorgung von SW zu optimieren, wurden folgende Empfehlungen für den ÖGD identifiziert:

- a) Zur verbesserten Anbindung von SW mit Vulnerabilitätsfaktoren (d.h. illegalisierten, finanziell prekär lebenden, migrantischen und drogengebrauchenden SW) an die Gesundheitsämter sind folgende Maßnahmen zu empfehlen: aufsuchende Arbeit inkl. mobiler Testangebote und offene Sprechstunden ohne Termin – beides zu flexiblen, an den Zielgruppen orientierten Zeiten – sowie Kooperation mit Fachberatungsstellen (in den Bereichen Sexarbeit, Drogenhilfe und Migration) und Bekanntmachung der Angebote bei ihren Klient*innen. Hierbei sollte die Anonymität der Angebote nach §19 IfSG hervorgehoben werden.
- b) Information über die PrEP sollte systematisch in Gesundheitsämtern (in den Beratungen nach §19 IfSG und nach §10 ProstSchG) angeboten werden. Die PrEP sollte für SW ohne Krankenversicherung über den ÖGD (ggf. auf Privatrezept) erhältlich sein, wie es bspw. in Berlin und Hamburg bereits der Fall ist.
- c) Zur flächendeckenden inhaltlichen Optimierung der gesundheitlichen Beratung und der HIV/STI-Sprechstunde für SW sowie zur Implementierung von PrEP in Gesundheitsämtern besteht der Bedarf nach einer stärkeren länderübergreifenden Koordination des Themenfelds Sexarbeit in Gesundheitsämtern. Hierzu wäre die Errichtung einer Koordinierungsstelle auf Bundesebene wünschenswert, die u.a. für die Erarbeitung von Leitfäden verantwortlich ist und zur Qualitätssicherung der Angebote (nach §10 ProstSchG sowie nach §19 IfSG) beiträgt.

Pilotprojekt des Gesundheitsreferats München zur Steigerung der STI-Testquote bei in der Prostitution Tätigen durch Ausgabe von Schutzpaketen

Autorinnen/Autoren C. Interthal¹, M. Elschenbroich¹, H. Cohn¹, A. Bender¹
Institut 1 Gesundheitsreferat München, Sachgebiet Beratungsstellen,
GS-HU-BS, München

DOI 10.1055/s-0044-1781833

Ziel des Pilotprojekts ist es, bei Menschen, die in München in der Prostitution arbeiten, einen nachhaltigen Anreiz für die freiwillige Testung auf STI (sexuell übertragbaren Infektionen) zu schaffen und gleichzeitig die Kondomanwendungsrate zu steigern, um damit einen Beitrag zur Senkung der Infektionsrate in dieser Bevölkerungsgruppe zu leisten. In diesem Zusammenhang soll dadurch auch der Bekanntheitsgrad der freiwilligen und kostenlosen Angebote des Gesundheitsreferats (STI-Beratungsstelle und gynäkologische Sprechstunde MAGGY) gesteigert und das Vertrauen in den Öffentlichen Gesundheitsdienst gestärkt werden.

Hintergrund: Das Sachgebiet Beratungsstellen STI/ProstSchG des Gesundheitsreferats München bietet mit demselben Personal folgende Beratungen an zwei unterschiedlichen Standorten an:

- 1) die gesundheitliche Pflichtberatung nach §10 Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG)
- 2) Testung und Beratung auf STI (freiwilliges, anonymes und kostenloses Angebot)
- 3) gynäkologische Sprechstunde für Frauen mit erschwertem Zugang zur medizinischen Versorgung (MAGGY)

In der gesundheitlichen Beratung nach §10 Prostituiertenschutzgesetz werden unter anderem der gesetzlich vorgeschriebene Kondomgebrauch sowie STI thematisiert und auf Symptome, Übertragungswege und Therapiemöglichkeiten eingegangen. Zudem wird eine regelmäßige Testung empfohlen (mind. 2x/Jahr). Auf das Angebot der STI-Beratungsstelle und MAGGY (Münchner Ambulanz im Gesundheitsreferat für Gynäkologie für Menschen mit erschwertem

Zugang zum Gesundheitswesen) wird hingewiesen und Flyer ausgehändigt. Dennoch wird dieses Angebot nur sehr eingeschränkt von Prostituierten angenommen und nur eine kleine Minderheit (ca. < 10% Prozent aller beratenen Personen) stellt sich tatsächlich in der STI-Beratungsstelle oder MAGGY vor. Das Projekt: In der gesundheitlichen Pflichtberatung nach §10 des ProstSchG werden die Prostituierten über das Angebot der Testung und Beratung auf STI informiert. Es wird jeweils ein Kondom mit Aufkleber der STI-Beratungsstelle ausgehändigt und erklärt, dass sie bei Vorstellung in der STI-Beratungsstelle und/oder MAGGY ein Schutzpaket mit 20 Kondomen, 100ml Gleitgel, Give Aways und Informationsmaterial zu sexueller Gesundheit erhalten. Es wird ein Schutzpaket pro Person pro Besuch ausgegeben. Insgesamt sind im Rahmen des Pilotprojektes 100 Schutzpakete im Gesamtwert von 1500€ für 6 Monate vorgesehen. Laufzeit des Projektes: 1. Juli 2023 bis voraussichtlich Ende 2023/Anfang 2024.

Ausblick: Das Projekt wird evaluiert durch die Rücklaufquote (Annahme des Schutzpaketangebots durch die in der gesundheitlichen Beratung nach ProstSchG informierten Klient*innen) unter Berücksichtigung des Zeitraums der Ausgabe von 100 Schutz-Paketen. Im ersten Projektmonat wurden bereits 14 Schutzpakete ausgegeben. Die Verlängerung des Projekts für 1 Jahr wurde bereits beantragt. Die Evaluation des Projektes steht derzeit noch aus, die Ergebnisse werden voraussichtlich Ende 2023 ausgewertet und können auf dem BVÖGD Kongress 2024 präsentiert werden.

Einsteiger: innen in die Sexarbeit

Autorinnen/Autoren R. Brinkmann¹, M. Siwek¹, A. Gaußmann¹

Institut 1 Untersuchungs- und Beratungsstelle für sexuelle und reproduktive Gesundheit, Gesundheitsamt Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0044-1781834

Einleitung: Die Thematik der Einsteiger: innen in die Sexarbeit hat eine große soziale Relevanz. Die strukturellen und gesellschaftlichen Bedingungen der letzten Jahre haben sich auch in der Arbeit der Sexarbeiter: innen widerspiegelt. Faktoren wie die Corona-Pandemie, Konflikte und Krieg in Europa und die angespannte wirtschaftliche Lage wirken sich auch auf den Bereich der Sexarbeit aus.

Das Gesundheitsamt Frankfurt am Main berät seit 01.07.2017 Sexarbeiter: innen im Rahmen der regelmäßigen verpflichtenden Beratung nach §10 Prostituiertenschutzgesetz. Anhand der hohen Zahl der bislang durchgeführten Beratungen konnte näher betrachtet werden, ob und inwieweit sich bei den Vorstellungen ein verändertes Bild zeigt. Dies bezieht sich auf den Einstieg in die Sexarbeit, betreffend das Alter beim Einstieg und die Anzahl der Einsteiger: innen, sowie auf die Thesen zu den Gründen für den Einstieg in die Sexarbeit. Ziel der vorliegenden Analyse ist es, anonym und freiwillig erhobene Daten hinsichtlich des Einstiegs in die Sexarbeit auszuwerten und zu analysieren.

Material und Methoden: Die erhobenen Daten aus dem Zeitraum vom 01.07.2017 bis 30.06.2023 werden retrospektiv ausgewertet. Die Datenerfassung i.R. des ProstSchG ist auf Grund der besonderen Schutzbedürfnisse der Betroffenen streng limitiert. Ersatzweise werden deshalb Daten aus einer gesonderten anonymen Erhebung herangezogen.

Hierbei handelt es sich um Daten außerhalb des gesetzlichen festgelegten Rahmens. Sie umfassen Angaben zur Berufserfahrung in der Sexarbeit, Arbeitsort und Krankenversicherungsschutz. Die zusätzlichen Angaben durch die zu Beratenen waren freiwillig und wurden anonym erfasst. Die Erfassung zusätzlicher Angaben dienen dem Zweck, eine bedarfsorientierte Beratung sicherzustellen und der Qualitätssicherung.

Ergebnisse: In der oben genannten Erhebungszeit wurden insgesamt 4.543 Erstberatungen nach §10 ProstSchG durchgeführt. Davon gaben 821 Personen an, noch nie in der Sexarbeit tätig gewesen seien.

Signifikant ist die Zahl der Einsteiger: innen, welche über 40 Jahre alt sind. Von 2017 bis 2022 sind es zwischen 6% und 14% aller Erstberatenen gewesen. In 2023 stieg die Zahl der Erstberatungen im Vergleich zu 2022 sogar um 25%.

Entsprechend der Datenlage hat demzufolge jeder: r vierte/r Einsteiger: in das 40. Lebensjahr überschritten.

Für die Altersgruppe der 18 bis 21-jährigen Einsteiger: innen zeigt sich seit 2017 bis 2022 ein stetiger Anstieg. In der ersten Hälfte des laufenden Jahres ist ein Rückgang von 20% zu verzeichnen (aktuell 18,6%).

Diskussion: Die Motivation, in die Sexarbeit zu gehen, ist ebenso wie das Spektrum der Lebensumstände und Arbeitsverhältnisse vielfältig. Es gibt Diejenigen, die diese Form der unabhängigen Arbeit und des Geldverdienens sowohl als Hauptberuf als auch als gelegentlicher Nebenverdienst bevorzugen und die hohe Flexibilität dieser Tätigkeit schätzen. Einige sind aus einer Notsituation und aus Mangel an ausreichenden Erwerbsalternativen in die Sexarbeit gegangen, da man hier weder eine spezielle Ausbildung benötigt, noch Startkapital braucht. Insbesondere für Frauen und Männer aus dem Ausland, meistens aus Osteuropa, die Geld für sich selbst und die Familie in der Heimat benötigen, ist Sexarbeit oftmals eine Möglichkeit einer schnellen Verdienstmöglichkeit.

Die Verschlechterung der Einkommensmöglichkeiten und die anhaltenden instabilen aktuellen (inter)nationalen wirtschaftlichen Machtverhältnissen greifen ineinander, verstärken sich gegenseitig und erzeugen umfassende soziale, rechtliche, materielle und berufliche Unsicherheiten. Der Anstieg der Mehrheit der Personen mittleren Alters kann damit erklärt werden. Eine Möglichkeit, wieso die Zahl der 18 bis 21-jährigen Einsteiger: innen abgenommen hat, könnte die zunehmende Digitalisierung sein, da die Einsteiger: innen die Angebote der verschiedenen Internetplattformen nutzen könnten und damit einer Registrierung entgegen.

Eine Anpassung der Beratungsinhalte erwies sich hier als notwendig, sodass bestimmte Themen weiterhin im Mittelpunkt stehen und sogar verstärkt werden, wie zum Beispiel der Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen, Übertragungswege, sowie auf das anonyme und freiwillige Angebot des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main aufmerksam zu machen. Hier werden wichtige Informationen bezüglich des Untersuchungs- und Therapieangebotes vermittelt, insbesondere wenn keine Krankenversicherung und/oder ein erschwerter Zugang zum Gesundheitssystem besteht.

26.04.2024

Infektionsschutz – Postersitzung

08:00 – 10:00 | Saal X.3

Welchen Beitrag kann Abwassermonitoring von SARS-CoV-2 zur Einschätzung des Infektionsgeschehens leisten?

Autorinnen/Autoren M. Richter¹, M. Keitel¹, S. Rot², C. Helmeke¹
Institute 1 Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Fachbereich Hygiene, Dezernat 21 Gesundheits- und Hygienemanagement, Halle (Saale); 2 Landesamt für Umweltschutz Sachsen-Anhalt, Abteilung 5, Dezernat 51 Spezialanalytik Gentechnik-Sicherheit Biotechnologie, Halle (Saale)

DOI 10.1055/s-0044-1781835

Seit Frühjahr 2021 wird durch das Landesamt für Umweltschutz in Sachsen-Anhalt (LAU) ein SARS-CoV-2-Abwassermonitoring durchgeführt. Wir überprüfen in den Herbst-Winter-Saisons 2022/23 und 2023/24 den Verlauf der SARS-CoV-2-Viruslast im Abwasser auf Korrelationen mit anderen epidemiologischen Indikatoren, um die Aussagekraft der Abwasserdaten in Bezug auf die Einschätzung der aktuellen Infektionslage zu evaluieren.

Im Untersuchungszeitraum wird zweimal wöchentlich zulaufendes Abwasser von 12 Kläranlagen in Sachsen-Anhalt mittels quantitativer Real-Time-PCR auf SARS-CoV-2 untersucht. Für die Saison 2022/23 führten wir Korrelationsana-

lysen mit standortspezifischen normierten Abwasserdaten und den entsprechenden regionalen COVID-19-7-Tage-Inzidenzen (Melde Daten gemäß IfSG) durch und leiteten daraus multiple lineare Regressionsmodelle ab. Zur Beantwortung der Frage, ob die im Abwasser detektierte Menge von SARS-CoV-2 die Infektionsdynamik von COVID-19 unabhängig von Einflussfaktoren, wie dem Test- oder Meldeverhalten bzw. klimatischen Einflüssen, abbilden kann, führen wir weitere Korrelationsanalysen mit der COVID-19-Hospitalisierungsinzidenz, den Daten der virologischen Surveillance sowie Umweltdaten (Niederschlag, Temperatur) in den Herbst-Winter-Saisons 2022/23 und 2023/24 durch. Vorläufige Ergebnisse zeigen sehr unterschiedliche Korrelationen für die beprobten Standorte.

Bisher indizieren unsere Ergebnisse, dass die im Abwasser gemessene Viruslast Veränderungen der COVID-19-Infektionslage anzeigt. Die Ergebnisse verschiedener Standorte sind jedoch nur eingeschränkt vergleichbar und unabhängige Prognosen, die z. B. Voraussagen zur Zahl der schwer erkrankten Personen erlauben, werden über die Saisons 2022/23 und 2023/24 geprüft. Die Ergebnisse werden auf der Konferenz vorgestellt.

Abwasserüberwachung von SARS-CoV-2-Varianten: Ein Vergleich von klinisch- und abwasserbasierten Proben in Hessen, Sep 2021-Dez 2022

Autorinnen/Autoren S. Saeed^{1,2,3}, S. Lackner⁴, K. Alpers², I. Foppa¹
Institute 1 Infektionsepidemiologie, Gesundheit und Infektionsschutz, Hessisches Landesamt für Gesundheit und Pflege, Dillenburg; 2 Postgraduiertenausbildung für Angewandte Epidemiologie (PAE), Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin; 3 ECDC-Stipendienprogramm, Pfad der Feldepidemiologie (EPIET), Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), Stockholm, Schweden; 4 Wasser- und Umweltbiotechnologie, Bau- und Umweltingenieurwesen, Technische Universität Darmstadt, Darmstadt
 DOI 10.1055/s-0044-1781836

Hintergrund: Das Abwassermonitoring ist möglicherweise effektiver bei der Erkennung neu auftretender SARS-CoV-2-Varianten als die passive Überwachung auf der Grundlage von SARS-CoV-2-Abstrichtests bei symptomatischen Personen. Wir wollten retrospektiv ermitteln, ob die verfügbaren Daten des SARS-CoV-2-Abwassermonitorings in Hessen neue Varianten und deren Prädominanz früher erkennen als die meldepflichtige Krankheitsüberwachung.

Methoden: Wir verwendeten Abwasser-SARS-CoV-2-Sequenzdaten aus 10 hessischen Kläranlagen vom 13.09.2021-19.12.2022 und Sequenzinformationen von gemeldeten Fällen in Hessen. Wir aggregierten die Daten aus jeder Datenquelle nach Woche und SARS-CoV-2-Variante, berechneten die relative Häufigkeit (RH) ausgewählter VOCs und verglichen diese nach Datenquelle im Zeitverlauf.

Ergebnisse: Bis Woche 37/2021 wurde die SARS-CoV-2-Delta-Variante in 100% der Abwasserproben nachgewiesen, während die RH der Delta-Variante in den Fallmeldungen nur 64% erreichte. Die Omikron-Variante trat erstmals in Woche 48/2021 mit einer RH von 19% im Abwasser auf, während die RH in klinischen Probensequenzen nur 0,3% betrug. In Woche 7/2022 betrug die RH der Omikron-Subvariante BA.2 in Abwasserproben 22%, während die RH von BA.2 in gemeldeten Fällen erst in Woche 15/2022 bei 13% lag. In der Woche 19/2022 war BA.5 die vorherrschende Variante in Abwässern, aber ihre RH betrug in klinischen Proben nur 1%. In ähnlicher Weise konnten die Omikron-Subvarianten BF.7 und BQ.1 in Abwasserproben nachgewiesen werden, bevor ein deutliches Signal in den gemeldeten Fällen zu erkennen war.

Schlussfolgerung: Diese Studie legt nahe, dass die Abwasserüberwachung von SARS-CoV-2-Varianten der Routineüberwachung meldepflichtiger Krankheiten um Wochen vorausgehen kann. Das Bundesministerium für Gesundheit erwägt die Einführung der Abwasserüberwachung als ergänzendes Instrument zur routinemäßigen Krankheitsüberwachung.

WBEready – Wastewater-based epidemiology and preparedness: research needs for an adaptive monitoring in the Public Health Service

Autorinnen/Autoren F.-A. Weber¹, J. Schoth², P. Jagemann², T. Schmidt², M. Widera³, A. Wilhelm³, F. Meyer⁴, R. M. Schmithausen⁴, I. Kraiselburd⁴, S. Moebus⁵, D. Schmiege⁵, T. Wintgens⁶, V. Linnemann⁶, J.-L. Wolber⁶

Institute 1 Research Institute for water management and climate future (FiW), RWTH Aachen University; 2 Emscher-Lippe Association (EGLV); 3 Institute for Medical Virology, University Hospital Frankfurt (KGU); 4 Institute for Artificial Intelligence in Medicine (IKIM), University Hospital Essen (UME); 5 Institute for Urban Public Health (InUPH), University Hospital Essen (UME); 6 Institute for Water Resource and Wastewater Management (ISA), RWTH Aachen University
DOI 10.1055/s-0044-1781837

Wastewater-based epidemiology (WBE) was able to provide early indicators of an infectious event during the COVID-19 pandemic in Germany, complementing individual testing for outbreak detection. WBE also enables regional surveillance and can assist public health systems (PHS) in evaluating the effectiveness of infectious disease control measures. The German Federal Ministry of Health (BMG) sees great benefit for the PHS in further development of WBE, even beyond COVID-19. However, in order to bring the full potential of WBE into broad application, new analytical, technical, epidemiological, and institutional research questions need to be addressed.

The overall objective of the project WBEready applied for herewith is the scientific extension of a roadmap for the development of a future-oriented WBE with adaptive monitoring capacities in the PHS. To this end, the current screening in the AMELAG (Wastewater monitoring for epidemiological situation surveillance) project is to be expanded to include numerous other pathogens in addition to SARS-CoV-2, including circulating and emerging human pathogenic viruses as well as antimicrobial resistances, and the foundations are to be laid by answering open research questions in order to prepare for new requirements in the PHS in a targeted and cost-efficient manner (preparedness).

Central questions are if new target parameters are suitable for the WBE set-up, which requirements are epidemiologically necessary and how WBE can support the institutional work of the PHS. In order to address the relevant research questions, the association area of Emschergenossenschaft and Lippeverband with focus on the Ruhr area will be investigated as a real laboratory with regard to the usable wastewater infrastructure (agglomerations, sewer networks, hospitals, wastewater treatment plants of different size classes) under consideration of socio-economic parameters.

The interdisciplinary WBEready consortium has the expertise, experience and networking to answer these research questions. Already in the first pandemic wave in April 2020, sampling for SARS-CoV-2 wastewater monitoring was carried out, the first publication in the Coronapandemic in Germany was published, own laboratory capacities were built up, and with the BMBF research project COVIDready and further projects in the Emscher-Lippe region, a close cooperation with the actors at the municipal, state and federal level essential for a deployment of WBE was established.

Long/Post Covid-Befragung von Covid-19-Infizierten der Jahre 2020-2022

Autor R. Brey

Institut Landratsamt/Gesundheitsamt Amberg-Weizbach
DOI 10.1055/s-0044-1781838

Hintergrund/Zielsetzung: Trotz intensiver Forschung mit tausenden Publikationen und hoher öffentlicher Aufmerksamkeit stellte sich das Thema Long-/Post Covid im Jahr 2023 in vielfacher Hinsicht noch immer als eine „Blackbox“ dar. Definition, Diagnostik und Therapie waren unklar, die Datenlage defizitär, gerade auch auf lokaler Ebene. Das Gesundheitsamt Amberg/Bayern wollte daher erste Erkenntnisse für seinen eigenen Zuständigkeitsbereich gewinnen, um damit ggf. den Aufbau einer Versorgungsstruktur vor Ort anstoßen zu können.

Ein weiteres Ziel war die Erprobung digitaler Möglichkeiten, die auch für künftige Befragungen und Ausbruchsuntersuchungen genutzt werden könnten.

Methode: PCR-positiv getestete und dem Gesundheitsamt gemeldete Personen in den Jahren 2020-2022 wurden im Frühjahr 2023 per Mail kontaktiert und gebeten, sich an einer Befragung zu Folgebeschwerden im Sinne von Long/Post Covid zu beteiligen. Diese wurde mittels eines Online-Fragebogens mit insgesamt 20 Fragen durchgeführt, wobei eine Beschränkung auf Erwachsene im Alter zwischen 18 und 65 Jahren erfolgte. Datenschutz und Sicherheitsaspekte waren dabei zu beachten. Durch die Vergabe einer Identifikationsnummer (ID) war eine Verknüpfung mit den Meldedaten (Alter, Geschlecht) möglich.

Ergebnisse: Insgesamt wurden rund 24000 Mails versandt, die zu 4931 auswertbaren Rückmeldungen (response rate ca. 21 %) führten. 48 % bejahten Folgebeschwerden nach ihrer Covid-Infektion, 52 % verneinten diese. Die fünf meistgenannten Symptome waren Erschöpfung/Fatigue, Probleme bei körperlichen Anstrengungen, Antriebslosigkeit, Atemnot bei Belastung und Gelenk- bzw. Muskelschmerzen. Unterschiede fanden sich beim Vergleich der Infektionsjahre und zwischen den Personen, die das Vorliegen von Long Covid bejaht hatten, und denjenigen, die sich diesbezüglich unsicher waren. In Freitextmitteilungen wurden nicht nur Zweifel an der Wirksamkeit der Impfungen geäußert, sondern auch deren Nebenwirkungen beklagt und ein Zusammenhang mit den Beschwerden angenommen. Darin könnten sich Informationsdefizite und mangelndes Vertrauen in die Effektivität und Sicherheit von Impfungen widerspiegeln.

Schlussfolgerungen: Das Thema erwies sich als sehr komplex und die Befragung warf in Verbindung mit einem sorgfältigen Literaturstudium mehr Fragen auf, als sie beantworten konnte. In einem ausführlichen Bericht wurden die Ergebnisse vorgestellt und mit denjenigen aus nationalen und internationalen Studien verglichen. Dabei wurden die diversen Probleme bei der Erforschung von Long/Post Covid sowie die Limitationen der eigenen Umfrage erläutert. Damit sollte auch der Hintergrund für die kontrovers geführten Diskussionen über die Häufigkeit von Long Covid verdeutlicht werden. Im Vortrag kann evtl. auf die weitere, sehr dynamische Entwicklung eingegangen werden.

Erfassung und zentrale Auswertung von Kennzahlen zu multiresistenten Erregern in der Ems-Dollart-Region (Nord-West Niedersachsen)

Autorinnen/Autoren M. Scharlach¹, D. Rocker¹

Institut 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Hannover
DOI 10.1055/s-0044-1781839

Im Rahmen der INTERREG-Projekte EurSafety Health-net und EurHealth-1Health wurde in der Ems-Dollart-Region (EDR) ein großes Metanetzwerk aus Landkreisen/kreisfreien Städten, Gesundheitseinrichtungen und weiteren Akteuren gegründet. Etabliert wurden Verbundveranstaltungen wie Fortbildungen und auch Qualitätssiegel (QS) für verschiedene medizinische Einrichtungen. Zur Erlangung der QS für Krankenhäuser verpflichteten sich die teilnehmenden Krankenhäuser, fortlaufend festgelegte Kennzahlen zu multiresistenten Erregern standardisiert für das eigene Haus als sog. ÖGD-Report zu dokumentieren. Ziel ist es, durch eine zentrale Auswertung der Reporte aller Teilnehmenden, die Situation zum Vorkommen multiresistenter Erreger in der Region besser einzuschätzen.

Die Reporte werden dem zuständigen kommunalen Gesundheitsamt (GA) sowie dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt (NLGA) zugeleitet. Das NLGA ermittelt die jährlichen Durchschnittswerte (Median) über alle teilnehmenden Krankenhäuser und erstellt für jedes einzelne Krankenhaus eine vergleichende Übersicht (individuelle Kennzahl – Durchschnittswert). Die Übersichten werden den Krankenhäusern zurückgespiegelt, ergänzt um einen Gesamtreport über die EDR. Erfolgte die Zuleitung der Reporte an GA und NLGA zunächst über Excel-Tabellen, steht inzwischen eine Online-Plattform für die Eingabe zur Verfügung.

Für den MRSA-Report liegen für 33 Einrichtungen von 2012 bis 2022 jährliche Kennzahlen zur Gesamt- und Aufnahmeprävalenz vor. Beide Kennzahlen zeigen seit 2017 bis 2020 einen rückläufigen Trend und stagnieren seitdem. Die Screeningrate war im Jahr 2019 mit einem Median von 64% am höchsten (Spannweite 5 – 92%) und ist seitdem rückläufig. Mit zunehmender Screeningrate werden MRSA-Fälle, die sonst erst im Verlauf des stationären Aufenthaltes entdeckt und dann als nosokomial deklariert wurden, bereits bei Aufnahme entdeckt. Entsprechend sank die nosokomiale Inzidenzdichte bis 2020 und steigt seitdem wieder leicht an.

Beginnend 2012 mit MRSA wurden die ÖGD-Reporte 2015 um Kennzahlen zu multiresistenten gramnegativen Erregern (MRGN) und 2018 zu Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) erweitert. Die stete und fortlaufende Erfassung kann dazu beitragen Interventionen zielgerichteter durchzuführen oder anzupassen. Da die meisten Interaktionen zwischen Akteuren des Gesundheitswesens wie z. B. Patientenverlegungen regional erfolgen, ermöglicht die zentrale Erfassung aller ÖGD-Reporte einen einrichtungsübergreifenden Vergleich innerhalb der EDR. Durch Veränderungen in der Kliniklandschaft mit daraus folgender Schließung, Zusammenlegung oder Neugründungen von Kliniken und Klinikverbänden variiert die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen über die Jahre. Außerdem können nicht alle Einrichtungen Angaben zu allen Kennzahlen machen. Dennoch wird auch nach Beendigung der Projektlaufzeit eine Fortführung des Konzeptes ÖGD-Report und eine Übernahme für andere Regionen angestrebt.

Projekt "Geeignete Surveillance nach IfSG aus Sicht der Krankenhäuser in Sachsen". Vorstellung der Online-Befragung und erste Ergebnisse.

Autorinnen/Autoren S. Kolbe-Busch¹, W. Sydow², M. Arvand³, I. F. Chaberny¹

Institute 1 Universitätsklinikum Leipzig, Institut für Hygiene, Krankenhaushygiene und Umweltmedizin, Leipzig; 2 Sächsische Staatsministerum für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, Referat 23, Dresden; 3 Robert Koch-Institut, Abteilung 1 Infektionskrankheiten, FG 14 Angewandte Infektions- und Krankenhaushygiene, Berlin
DOI 10.1055/s-0044-1781840

Hintergrund: In Deutschland besteht die gesetzliche Verpflichtung zur systematischen Erfassung und Bewertung von nosokomialen Infektionen (NI) und von Erregern mit besonderen Resistenzen und Multiresistenzen (MRE). Diese Verpflichtung leitet sich u.a. aus Studienergebnissen ab, die zeigen, dass Infektionssurveillance in Verbindung mit Maßnahmen der Infektionskontrolle die Raten nosokomialer Infektionen senkt.

Fragestellung: Waren die im Jahr 2023 in den sächsischen Krankenhäusern durchgeführten hausinternen Prozesse zur Surveillance mit Bezug auf die Methodik sowie den Einsatz personeller und technischer Ressourcen grundsätzlich geeignet, einen Einfluss auf nosokomiale Infektionsraten und die Verbreitung von MRE zu haben?

Methoden: Mithilfe eines strukturierten Online-Fragebogens werden die Krankenhäuser im Freistaat Sachsen anonym befragt, welche Surveillance-Komponenten etabliert sind, welche Ressourcen dafür aufgewendet werden, in welchem Umfang eine elektronische Unterstützung eine Rolle spielt, ob auffällige Infektionsraten ermittelt und welche Maßnahmen daraus abgeleitet wurden. Der zuvor an einer Stichprobe getestete Fragebogen wird den Gesundheitsämtern im Freistaat Sachsen über das Sächsische Staatsministerum für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt durch Übermittlung eines Online-Links zur Verfügung gestellt. Die Gesundheitsämter verschicken zu Beginn des Jahres 2024 den Link an die Krankenhäuser in ihrem Zuständigkeitsbereich. Die Auswertung erfolgt durch das Institut für Hygiene, Krankenhaushygiene und Umweltmedizin des Universitätsklinikums Leipzig.

Ergebnisse: Der Pretest mit Beteiligung von sechs Krankenhäusern aus drei sächsischen Kommunen im April 2023 ergab, dass das Thema als wichtig eingeschätzt wurde. Der Fragebogen wurde als umfangreich, aber auch inhaltlich

verständlich und nachvollziehbar bewertet, so dass die Befragung mit leichter Modifikation voraussichtlich im Januar 2024 gestartet wird. Die Ergebnisse sollen im Rahmen der Studie für die gesamte Stichprobe ausgewertet werden, getrennt nach Maßnahmen der Surveillance von NI und von MRE. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass der Fragebogen von den Gesundheitsämtern als zuständige Behörde für die infektionshygienische Überwachung für die individuelle Einschätzung der Durchführung der Surveillance in den einzelnen Krankenhäusern verwendet wird.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse können dazu beitragen, den Impact der Maßnahmen zur systematischen Erfassung und Bewertung von NI und MRE besser einzuschätzen und Optimierungspotential zu identifizieren.

Krankenhaushygiene: Begehungen mit dem Fokus auf Flächen – Erfahrungen und kritische Diskussion zur Umsetzung durch die einzelnen Berufsgruppen

Autorinnen/Autoren M. Berres¹, K. Schuster¹, J. Domic¹, H. Notz¹, P. Franke¹, B. Böddinghaus¹

Institut 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Abteilung Hygiene und Umwelt, Frankfurt am Main
DOI 10.1055/s-0044-1781841

Hintergrund: 2022 veröffentlichte die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) eine Aktualisierung ihrer Empfehlung zu den „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“. Vor diesem Hintergrund wurden 2023 in Frankfurt am Main die jährlichen Begehungen der Krankenhäuser mit dem Schwerpunkt Flächenhygiene durchgeführt. Beleuchtet werden soll (1) die Qualität bei der praktischen Umsetzung von Vorgaben aus Reinigungs- und Desinfektionsplänen im Arbeitsalltag und (2) etwaige Unterschiede bei den drei Anwendergruppen: pflegerisches und ärztliches sowie Reinigungspersonal.

Methodik: Alle Kliniken im Frankfurter Raum (n = 14) wurden innerhalb eines Jahres begangen. Vorab erfolgte eine Erhebung der Strukturqualität in Bezug auf Flächenhygiene mittels Fragebogen, welcher durch das Gesundheitsamt Frankfurt am Main eigens für diesen Modus der Begehungen erstellt und durch Mitarbeitende der Hygienefachabteilungen teilweise in Zusammenarbeit mit den Reinigungsdienstleistern ausgefüllt wurde. Durch die Kliniken vorzuhaltende Unterlagen (darunter Reinigungs- und Desinfektionspläne sowie Leistungsverzeichnisse, Verfahrensweisungen, Schulungsnachweise etc.) wurden im Vorfeld der Begehungen überprüft.

Im Rahmen der Begehungen fanden Befragungen der o. g. Berufsgruppen in Bezug auf anzuwendende Verfahren und Konzentration-Zeit-Relationen sowie Beobachtungen zur Beurteilung der Prozessqualität in den Häusern statt. Weiterhin konnte die Ergebnisqualität der Flächenhygienemaßnahmen durch Sichtprüfung von aufbereiteten Oberflächen und Medizinprodukten (Perfusoren, Toilettenstühle, Ultraschallgeräte, Arbeitsflächen für aseptische Tätigkeiten etc.) beurteilt werden.

Ergebnisse: Insgesamt zeugte die Prozessqualität der Unterhaltsreinigungen von Patient:innenzimmern incl. –bädern durch den Reinigungsdienst von guter Fachkompetenz. Die Befragungen des Personals hinsichtlich der Auswahl einzusetzender Wirkstoffe und deren Konzentration-Zeit-Relationen ließen – trotz Sprachbarriere – auf einen ausreichend guten Wissensstand schließen.

In die Zuständigkeit des pflegerischen Personals fallende Medizinprodukte (hier beispielhaft aufgeführt: Toilettenstühle), welche als bereits aufbereitet gelagert wurden, fielen bei Sichtprüfungen mehrheitlich mit mäßigen bis starken Restschmutzungen auf. Befragungen in Bezug auf die Anwendung des zweistufigen Verfahrens zur Entfernung sichtbarer Kontaminationen mit organischem Material wurden überwiegend falsch wiedergegeben.

Ärztliches Personal schien hinsichtlich des Vorgangs der gezielten Flächendesinfektion vor aseptischen Tätigkeiten zwar in der Theorie gut informiert zu sein; welche Einwirkzeit eingehalten werden muss, war jedoch in nur wenigen Fällen bekannt. Prozessbeobachtungen der Aufbereitung von Ultraschallgeräten zeigten wiederholt, dass die Schallkopfhalterungen der Geräte meist nicht in die

Aufbereitung einbezogen werden. Auch hier konnte bei Sichtprüfungen eine im Median eher mäßige Ergebnisqualität festgestellt werden.

Diskussion: Die Ergebnisse aus den Begehungen des Gesundheitsamts Frankfurt am Main zeigen, dass als Fehlerquellen insbesondere Zeitmangel und ungenügende Personalschulung kritisch diskutiert werden können.

Das Reinigungspersonal hat in der Regel ausschließlich die Aufgabe der desinfizierenden Flächenreinigung der Räumlichkeiten einer Station zu erfüllen und hierzu nach Schilderungen mehrheitlich ausreichend Zeit. Hier scheint jedoch die häufig bestehende Sprachbarriere die Schulung und Fortbildung des Personals zu erschweren. In der Berufsgruppe Pflege und Ärzt:innen ist die Flächenhygiene nur eine von sehr vielen Aufgaben der stationären Patient:innenversorgung. Zeitknappheit – insbesondere vor dem Hintergrund des Personalmangels – muss kritisch diskutiert werden. Eine Entlastung könnte durch hauswirtschaftlich ausgebildete „Stationsassistenten“ erreicht werden.

Fortlaufende, praktische Schulungen – bestenfalls in der Muttersprache – durch Vorarbeiter:innen oder Objektleitungen der Reinigungsdienstleister in Zusammenarbeit mit den Hygienefachkräften der Krankenhäuser sind unerlässlich. Hierzu müssen Hygienefachabteilungen personell angemessen aufgestellt sein; auch um die Aus- und regelmäßige Fortbildung mehrerer Multiplikatoren (Hygienebeauftragte) pro Station gewährleisten zu können, damit diese als Vorbilder agieren und in Alltagssituationen praxisnah anleiten können.

Gesunde Häfen – gemeinsam stark (GESA): Ist-Analyse von Strukturen und Prozessen in deutschen IGV-Häfen bei gesundheitlichen Gefahrenlagen

Autorinnen/Autoren M. Frese¹, J. Bäßler¹, M. Boldt², L. Ehlers², S. Gueye¹, M. Dirksen-Fischer², V. Harth¹, J. Heidrich¹

Institute 1 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin (ZfAM), Hamburg; 2 Institut für Hygiene und Umwelt (HU), Hamburg Port Health Center (HPHC), Hamburg
DOI 10.1055/s-0044-1781842

Hintergrund: Aufgrund seiner strukturellen Merkmale ist der maritime Sektor dezidierten Risiken im Bereich der übertragbaren Krankheiten ausgesetzt. In Deutschland sind fünf Häfen (Bremen/Bremerhaven, Hamburg, Kiel, Rostock, Wilhelmshaven) zur Durchsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) benannt und müssen über bestimmte Kernkapazitäten verfügen, um auf grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren sofort reagieren zu können. Im Zuge einer gemeinsamen externen Evaluierung unter Leitung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde hierbei die Notwendigkeit einer Stärkung zentraler Strukturen in Deutschland festgestellt. Übergeordnetes Ziel der Studie "Gesunde Häfen – gemeinsam stark (GESA)" ist es daher, erforderliche Kapazitäten für die maritime Gesundheitssicherheit zu harmonisieren, stärken und zu verstetigen.

Methoden: Im Rahmen der Erhebung des Ist-Zustands von Strukturen und Prozessen (Arbeitspaket 1) wurden qualitative Interviews mit den Hafenzentralen Diensten sowie mit relevanten Akteursgruppen, darunter Hafenbehörden, Terminalbetreiber, Lotsen, Agenten, Seemannsmissionen, die Bundes- und Wasserschutzpolizei, das Havariekommando und Feuerwehren, durchgeführt. Die zu untersuchenden Parameter beinhalten unter anderem die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteursgruppen, spezifische Tätigkeiten und Einsatzabläufe, Erfahrungen mit vergangenen Infektionsgeschehen, Übungspraxis sowie Handlungsbedarfe. Zudem erfolgte eine Dokumentenanalyse mit Sichtung vorhandener Notfallpläne und Standardarbeitsanweisungen.

Ergebnisse: Im Wesentlichen hat die COVID-19-Pandemie nach anfänglichen Herausforderungen zu eingespielten Arbeitsabläufen und Schnittstellen zwischen den beteiligten Akteursgruppen und den Hafenzentralen Diensten geführt. Es besteht der Bedarf an einem gesteigerten persönlichen Austausch der beteiligten Akteursgruppen, nachhaltiger Übungspraxis, sowie einer größeren Sensibilisierung für relevante Infektionserkrankungen und ihren Spezifika. Zu-

dem werden mehr Transparenz und die Vereinheitlichung von Regularien bei gesundheitlichen Notlagen internationaler Tragweite gewünscht.

Diskussion: Aufgrund des verhältnismäßig seltenen Auftretens von grenzüberschreitenden Infektionsereignissen an Bord von Schiffen, hat die gezielte Vorbereitung innerhalb der Akteursgruppen in der Regel eine geringe Priorität gegenüber anderen Arbeitsschwerpunkten. Hierdurch sind zeitliche und finanzielle Kapazitäten oft begrenzt. Hinzu kommen unterschiedliche Gegebenheiten an den Häfen, die zu weiteren Abweichungen bei der Umsetzung der Kernkapazitäten führen. Das partizipative Studiendesign zielt hier auf eine praxisorientierte und realitätsnahe Erarbeitung von Best Practices ab, um auf Grundlage des Ist-Zustands im späteren Studienverlauf gemeinsam mit den IGV-Häfen übergreifende Konzepte zu entwickeln und diese in Plangesprächen zu erproben. Durch die Etablierung von Schulungsformaten soll die Weiterführung der entwickelten Konzepte sichergestellt werden.

Die Nationale Impfkongferenz als Plattform für wissenschaftliche Innovationen, gemeinsamen Austausch und Entwicklung neuer Konzepte!

Autorinnen/Autoren M. S. Ludwig¹, E. Gottwald¹, J. Milbradt¹, S. Speiser¹, L. Lechler¹, D. Stöckl¹, B. Kouros, A. Henze¹, M. Stengl¹

Institut 1 Nationale Impfkongferenz

DOI 10.1055/s-0044-1781843

Hintergrund: Angesichts der komplexen föderalen und nationalen Struktur des Impfwesens in Deutschland wurde im Jahr 2009 die 1. Nationale Impfkongferenz (NIK) von Rheinland-Pfalz initiiert, um eine nationale Plattform zum Austausch von Entscheidungsträgern, Impfexperten und verschiedenen Impfakteuren zu ermöglichen. Dank des großen Erfolgs der Kongferenz und zur Fortsetzung des gemeinsamen politischen Bekenntnisses zur Impfprävention entschied die Gesundheitsministerkongferenz (GMK), die Impfkongferenzen im Abstand von 2 Jahren zu verstetigen. Jede Nationale Impfkongferenz (NIK) bietet einen breiten Austausch zu aktuellen Impftemen und regionalen Best Practice-Beispielen, dabei werden neue Konzepte angestoßen. Seit dem Jahr 2011 werden die Kongferenzen in alphabetischer Reihenfolge der Bundesländer ausgerichtet.

Ergebnis: Einer der ersten Ergebnisse der NIK war die Veröffentlichung des von Bund und Ländern gemeinsam entwickelten „Nationalen Impfplans (NIP)“ im Jahr 2012. Ergänzt wurde dieser im Jahr 2015 bei der 4. NIK durch die Veröffentlichung des „Nationalen Aktionsplans Masern/ Röteln 2020 (NAP)“. Viele in diesen Impfplänen enthaltenen Anregungen für Maßnahmen (z. B. die grundsätzliche Impfberechtigung jedes Arztes, die Förderung von Impfangeboten durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und der Abbau von Abrechnungshürden) wurden in nachfolgenden Gesetzen (u. a. dem Präventionsgesetz) berücksichtigt. Ein Kernelement des NIP war die von der GMK im Jahr 2016 eingesetzte „Nationale Lenkungsgruppe Impfen (NaLI)“.

Seitdem sind NIK und NaLI fest miteinander verzahnt: Das Bundesland, das für die Ausrichtung der nächsten NIK verantwortlich ist, übernimmt zeitgleich auch den Vorsitz der NaLI. Um eine stets aktuelle Übersicht zu neuen Impfdaten und Aktionen der Länder, den Impfpfehlungen sowie zu Verantwortlichkeiten im komplexen Impfwesen im Sinne einer Lotsenfunktion zu ermöglichen, hat die NaLI eine eigene Webseite etabliert: www.nali-impfen.de.

Bei der Ausrichtung der NIKs werden vom NaLI-Vorsitz Expertinnen und Experten aus ÖGD, Ärzteschaft, Gesundheitspolitik, Wissenschaft, Ständiger Impfkongmission (STIKO), Forschung, Kostenträger und weitere Impfakteure beteiligt, um stets aktuelle Impftemen und Diskussionen aufgreifen zu können.

Ein wichtiger Bestandteil der NIK sind die Poster-Sessions. Sie gewährleisten einen direkten Austausch zu praxisnahen guten Ideen zur Impfkommunikation und Impfkationen des ÖGD sowie der Ärzte- und Apothekerschaft. Sie informieren aber auch niedrigschwellig über wissenschaftliche Neuerungen und aktuelle Daten von Surveillance- und Impfdaten. Auch können sich Hersteller

mit Forschungsdaten und weitere Akteure für einen konstruktiven Dialog bei den Postern einbringen.

Bei den letzten NIKs wurden Vertreter des ÖGD aufgrund ihrer inspirierenden Posterbeiträge mit dem Posterpreis ausgezeichnet, der von der Stiftung „Kinder.Gesundheit.Mainz“ für die NIK bereitgestellt wurde.

Die vielfältigen Ergebnisse der NIK werden in einem Berichtsband mit den Vorträgen, Postern und festgehaltenen Diskussionsinhalten veröffentlicht und sind auch Basis für die weitere Arbeit der NaLI (abrufbar unter www.nali-impfen.de/nali/nationale-impfkonzferenzen-nik/). Auch auf Basis dieser Ergebnisse und Anregungen aus der NIK hat die NaLI zusammen mit der GMK aktuell einen besonderen Schwerpunkt bei der Förderung der Aufklärung und der Impfangebote der HPV-Impfung gesetzt. Ein NaLI-HPV-Impfkonzept ist derzeit in Erarbeitung.

Ausblick: Die NIK als Impulsgeber und Plattform für einen konstruktiven Impfdialog in Deutschland wird turnusgemäß im Jahr 2024 fortgesetzt: Mecklenburg-Vorpommern richtet zusammen mit Sachsen-Anhalt die 8. NIK am 13. und 14. Juni 2024 im Kurhaus Warnemünde in Rostock aus. Unter dem Motto „Impfen mit Blick in die Zukunft – Neue Segel setzen!“ werden Forschungsergebnisse zu moderner Impfkommunikation, innovativen Impftechnologien und Impfstoffen, neuen Impfempfehlungen und Impfzielen in Deutschland und Europa auch im Kontext des Klimawandels sowie das neue NaLI-Konzept zur Förderung der HPV-Impfung präsentiert. Am 2. Tag ist insbesondere auch für den ÖGD ein praxisorientierter Austausch von Ärzterevertoren, ÖGD, STIKO-Mitgliedern und Entscheidungsträgern vorgesehen. Nähere Informationen mit Einladung zur NIK finden sich unter <https://nationale-impfkonzferenz.de/>.

Botulismus Fall im Bezirk Hamburg-Harburg

Autorinnen/Autoren L. Chennaoui¹, S. Bühler², K. Choudhury², M. Lotze-Rupp¹

Institute 1 Gesundheitsamt Hamburg-Harburg, Abteilung Gesundheitsschutz/Infektionsschutz, Hamburg; 2 Infektionsepidemiologisches Landeszentrum, Institut für Hygiene und Umwelt, Hamburg
DOI 10.1055/s-0044-1781844

Als häufigste Form des Botulismus tritt in Deutschland bei insgesamt wenigen Fällen pro Jahr, der Lebensmittelbotulismus auf. Verursacht wird die Erkrankung durch Botulinum Neurotoxine (BoNT). Diese Toxine werden von sporenbildenden Stäbchenbakterien der Gattung *Clostridium* (in den meisten Fällen durch *Clostridium botulinum*) gebildet. Weite Verbreitung finden die Dauerformen des Erregers (Sporen) z. B. im Erdboden, in Gemüse-, Obst und Fleischerzeugnissen. Bei nicht ausreichender Erhitzung von Lebensmitteln (unter 80 °C), bleiben die Sporen überlebensfähig und können unter anaeroben Bedingungen auskeimen und Toxine ausbilden. Durch den Verzehr von Toxin-kontaminierten Lebensmitteln kommt es zur Ausbildung der Botulismus-Erkrankung, gekennzeichnet durch akut entstehende Hirnnervenstörungen, Atemstörungen und eine sich rasch entwickelnde herabsteigende schlaffe Lähmung.

Am 11.07.2023 erfolgte durch ein Klinikum die §6-Meldung über den Verdacht auf Lebensmittelbotulismus bei einer 32-jährigen Patientin an die Abteilung für Infektionsschutz des Gesundheitsamtes Hamburg-Harburg. Stationär aufgenommen wurde die Patientin über die Notaufnahme, in der sie sich selbständig vorstellte, aufgrund von in der Nacht zuvor akut aufgetretener Schluck- und Atemstörung sowie Lähmungserscheinungen der oberen Extremitäten. Es erfolgte unter der genannten Verdachtsdiagnose die rasche Gabe eines Antitoxins sowie die Übernahme auf Intensivstation; hier wurde die Patientin akut beatmungspflichtig. Neben der laborchemischen Routinediagnostik wurden von der Patientin mitgebrachte Speisereste der letzten Mahlzeit bestehend aus Hackfleisch und Rosenkohl sowie Erbrochenes zur weiteren Diagnostik eingesandt. Am 19.07.2023 wurde mittels PCR-Diagnostik das Botulinum Neurotoxin Typ B im Erbrochenem und in der Mahlzeit am Konsiliarlabor für Neurotoxinproduzierende Clostridien des Robert Koch-Instituts (RKI) nachgewiesen. Darüber hinaus erfolgte mittels Maus-Bioassay der Toxinachweis im Serum der Patientin.

Die Abteilung für Infektionsschutz begann unmittelbar nach Eingang der §6-Meldung mit den Ermittlungen zur Kausalitätsüberprüfung des Infektionsgeschehens. Zeitgleich wurden der Verbraucherschutz, die Landesstelle sowie die Sozialbehörde hinzugezogen. Darüber hinaus bestand ein regelmäßiger Austausch mit dem RKI zu den erhobenen Befunden. Nach telefonischer Rücksprache mit dem Ehemann der Patientin wurden unter Einbeziehung des Verbraucherschutzes diverse Hackfleischprodukte aus dem zuletzt von der Patientin aufgesuchten Supermarkt beprobt. In keinem der Fleischprodukte konnte *C. botulinum* nachgewiesen werden. Daraufhin erfolgte eine Begehung des Haushaltes der Patientin durch Mitarbeiter des Gesundheitsamtes und Verbraucherschutzes. Dort fanden sich diverse abgelaufene Lebensmittel sowie eine Vielzahl an selbst eingelegtem Gemüse und eingefrorenem Fleisch. Es wurden 7 Lebensmittelproben aus dem Haushalt der Familie mitgenommen und zur Diagnostik eingesandt. Hierbei konnte in einer Probe aus eingefrorenem Fisch/Fleisch das Botulinum Neurotoxin nachgewiesen werden. Der Ehemann wurde daraufhin angewiesen, sämtliche eingelagerten Lebensmittel zu verwerfen. In der Zusammenschau der erhobenen Befunde wird von einem auf die Häuslichkeit begrenzten Infektionsherd ausgegangen. Die Patientin konnte nach rückläufigen Lähmungserscheinungen, jedoch weiterhin beatmungspflichtig, am 24.07.2023 in ein Rehabilitationszentrum zur Beatmungsentwöhnung verlegt werden. Am 04.09.2023 konnte die Patientin im stabilisierten Allgemeinzustand zurück in die Häuslichkeit entlassen werden.

Die Fallstudie ist ein gutes Beispiel für die überamtliche Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsämtern, Verbraucherschutz, Laboren, Kliniken und den Landes- und Bundesstellen.

RSV im Wandel – saisonale Auswertungen in Leipzig von 2018/19 bis 2022/23

Autorinnen/Autoren C. Püschmann¹, A. Sommer¹, K. Nerkelun¹, A. Kühn¹, I. Möller¹, C. Anders¹, B. Pantenburg¹

Institut 1 Gesundheitsamt Leipzig, Leipzig
DOI 10.1055/s-0044-1781845

Einleitung: Das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV) gilt als weltweit verbreiteter Atemwegserreger, welcher insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern schwere Krankheitsverläufe verursachen kann. Die epidemiologische Datenlage bezüglich RSV-Infektionen in Deutschland weist Lücken auf, da bis zum Sommer 2023 lediglich in Sachsen der Nachweis mit RSV, wenn dieser auf akute Krankheit hinweist, an das zuständige Gesundheitsamt meldepflichtig war.

Fragestellung: Gibt es für die betrachteten Zeiträume Verschiebungen hinsichtlich Saisonbeginn, -ausprägung und -ende? Zeigen sich während und nach den Corona-Schutzmaßnahmen Veränderungen in den RSV-Fallzahlen und der Altersstruktur der Betroffenen im Vergleich zur präpandemischen Phase?

Methodik: Datenbasis bilden alle im Zeitraum von 24. KW 2018 bis 23. KW 2023 an das Gesundheitsamt Leipzig gemeldeten RSV-Fälle. Diese wurden aus OctoWare®TN in MS Excel 2016 exportiert, anonymisiert und deskriptiv ausgewertet. Untersucht wurden saisonale Verläufe der gemeldeten RSV-Fallzahlen sowie die saisonweise Altersverteilung zum Erkrankungszeitpunkt.

Ergebnisse: Bei der Auswertung der Daten konnte ein vollständiges Ausbleiben einer „RSV-Welle“ in der Saison 2020/21 festgestellt werden. Zudem fiel 2021/22 eine deutlich vorverlagerte Erkrankungssaison auf. In der Saison 2022/23 zeigte sich eine deutliche Zunahme der Fallzahlen (N = 1403) im Vergleich zu den Erhebungszeiträumen der Vorjahre.

Signifikante Unterschiede ließen sich in der Altersstruktur der gemeldeten Fälle eruieren, wobei 2022/23 ein höheres Durchschnittsalter (26,2 Jahre) und ein deutlicher Zuwachs in der Altersgruppe über 60 Jahren auffielen (ca. 20% ≥ 60 Jahre).

Schlussfolgerung und Ausblick: Ein Zusammenhang zwischen den Kontaktbeschränkungen im Rahmen der Corona-Schutzmaßnahmen im Jahr 2020 und dem vollständigen Ausfall der RSV-Saison 2020/21 ist anzunehmen. Die zeitli-

che Verlagerung 2021/22 interpretieren wir als daraus resultierendes „Nachholphänomen“.

Um die Meldedaten besser im Kontext interpretieren zu können und Ableitungen für z.B. Impfempfehlungen oder weitere präventive Maßnahmen zu gestalten, wäre das Zusammenführen der Ergebnisse mit klinischen Daten anzustreben.

Die neue Meldepflicht für Respiratory Syncytial Virus (RSV) in Deutschland

Autorinnen/Autoren U. Heudorf¹, A. Marcic², K. Steul³

Institute 1 Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Justus Liebig Universität Giessen; 2 Abteilung Infektionsschutz, Amt für Gesundheit, Landeshauptstadt Kiel; 3 Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Universitätsmedizin Mainz
DOI 10.1055/s-0044-1781846

Hintergrund: Im Sommer 2023 wurde in Deutschland eine namentliche Meldepflicht für Respiratory Syncytial Virus (RSV) eingeführt. Als Ziele wurden angegeben: 1) Verbesserung der Datengrundlage (zur Verhütung der Überlastung des Gesundheitssystems), 2) Durchführung zielgerichteter und frühzeitiger Ermittlung und Maßnahmen der Gesundheitsämter vor Ort zur Verhinderung der Weiterverbreitung und 3) Beurteilung der Impfstoffe nach der zu erwartenden Zulassung einer RSV-Impfung [1].

Methoden: Diese Ziele sollen vor dem Hintergrund der Daten der seit mehr als 20 Jahren bestehenden RSV-Meldepflicht in Sachsen sowie der Daten aus dem ARE-Survey betrachtet werden unter Berücksichtigung a) der grundsätzlichen rechtlichen und fachlichen Anforderungen und Möglichkeiten des Infektionsschutzgesetzes [2], b) der Anforderungen der EU-Kommission zur Erfassung von Infektionserkrankungen, sowie der Experten der Europäischen Gesundheitsbehörde [3, 4], c) der Möglichkeiten für individuelle oder allgemeine Präventionsmaßnahmen durch die Gesundheitsämter und d) der bisherigen Erfahrungen zu den Bewertungsmöglichkeiten der Meldedaten (insbesondere im Hinblick auf die Effektivität von Impfungen)

Ergebnisse und Diskussion: Eine Hochrechnung der bisherigen Meldedaten aus Sachsen auf ganz Deutschland zeigt, dass mit über 100.000 Meldungen pro Jahr gerechnet werden muss (mehr als die Meldungen an Rota- und Noroviren zusammen). Weder in den Anforderungen der EU-Kommission [3] noch nach den Betrachtungen der EU-Experten ist eine RSV-Meldepflicht empfohlen. Eine namentliche Meldepflicht ist auch aus rechtlichen Betrachtungen nicht angezeigt [2]. Hier wäre – um die Gesundheitsämter nicht unnötig zu überlasten – ein Sentinel, das auch zur Beurteilung von Impfungen besser geeignet ist, grundsätzlich sinnvoller [2]. Darüber hinaus haben erste Erfahrungen mit Abwassersentinelns bzgl. RSV gezeigt, dass hiermit lokale und regionale RSV-Infektionsgeschehen erfasst werden können – allerdings ohne Angaben zur Erkrankungsschwere und damit zur Belastung des Gesundheitssystems [5]. Vor diesem Hintergrund erscheint die Meldepflicht für RSV nicht sachgerecht. Stattdessen sollten die vorhandenen Sentinels weiter aufgestockt und fortgeführt werden, ggf. ergänzt durch RSV-Abwassermonitoring

References

- [1] Deutscher Bundestag Drucksache 20/7235 <https://dserver.bundestag.de/btd/20/072/2007235.pdf>
- [2] Bales S, Baumann HG, Schnitzler N (2003) Infektionsschutzgesetz. Kommentar und Vorschriftensammlung. 2. Überarbeitete Auflage. Kohlhammer Verlag Stuttgart; 2003
- [3] EU Kommission (2018):. Amtsblatt der Europäischen Union 6.7.2018; L 170/1 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/de/TXT/?uri=CELEX:32018D0945>
- [4] Bijkerk P et al. Euro Surveill 2015; 20 (34): 30003. doi:10.2807/1560-7917.ES.2015.20.34.30003.PMID: 26530302
- [5] Boehm AB et al. Environ Sci Technol Lett 2023; 10 (8): 622–627. doi:10.1021/acs.estlett.3c00385

Lessons learned – Vorstudie (HepMig) zur Versorgungssituation von Hepatitis B und C bei Menschen mit Migration aus ausgewählten Ländern

Autorinnen/Autoren J. Haller^{1,2,3}, I. Sperle⁴, G. Steffen⁴, S. Navina^{2,3,4}, S. Dudareva⁴, D. Schmidt¹, U. Götsch¹, P. Tinnemann¹, R. Zimmermann⁴
Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Abteilung Infektiologie; 2 Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut (RKI), Berlin; 3 ECDC Fellowship Programme, Field Epidemiology path (EPIET), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Sweden; 4 Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institute, Berlin
DOI 10.1055/s-0044-1781847

Hintergrund und Ziel: Deutschland hat sich verpflichtet, die WHO-Ziele für die Eliminierung von Hepatitis B (HBV) und C (HCV) als Bedrohung der öffentlichen Gesundheit bis 2030 zu erreichen. Deutschland ist insgesamt ein Land mit niedriger Prävalenz für beide Infektionen, allerdings fehlen valide Daten zur Prävalenz und zum Zugang der Versorgung von Menschen, die aus Ländern mit höherer HBV- oder HCV-Prävalenz zugewandert sind. Ziel der HepMig-Vorstudie war die Entwicklung und Pilotierung eines machbaren und akzeptierten Studiendesigns für eine Erhebung zur Einschätzung der Versorgungssituation von Hepatitis B, (D) und C (HBV, HCV, HDV) in Deutschland bei Menschen mit Migration aus ausgewählten Ländern. Hier beschreiben wir das Studiendesign und die „lessons learned“.

Methoden: Ziel der Pilotierung in Frankfurt am Main war es, jeweils 200 Personen, die in Rumänien oder in der Türkei geboren wurden, zu rekrutieren. Es wurden zwei unterschiedliche Wege der Gewinnung von Teilnehmenden pilotiert. Der Hauptstudienort war das Frankfurter Gesundheitsamt, wo die Studienteilnahme an 5 Tagen/Woche zu bestimmten Zeiten möglich war. Darüber hinaus wurden eine Arztpraxis, eine Kirchengemeinde und der Cargo Bereich des Frankfurter Flughafens als Standorte für die Outreach-Rekrutierung von Teilnehmenden gewonnen. Vor Studienbeginn wurden an verschiedenen Orten in Frankfurt, welche von einem hohen Anteil an Menschen aus der Zielpopulation aufgesucht werden, Informationsflyer zur Studie in mehreren Sprachen ausgelegt und Poster aufgehängt. Ein entsprechender, mehrsprachiger Beitrag wurde zudem in den sozialen Medien gepostet. Alle Teilnehmenden wurden mittels Fragebogen (online oder Papier) zu soziodemografischen Faktoren, zum Risiko- und Präventionsverhalten sowie ihrem Zugang zur Versorgung befragt. Zusätzlich erfolgte eine Blutabnahme aus Kapillarblut, die Proben wurden vor Ort auf Filterpapier getropft in einem zentralen Labor auf Hepatitis B, (D) und C getestet. Die Testergebnisse konnten durch die Studienteilnehmenden im Rahmen einer ärztlichen Beratung abgeholt werden. Zusätzlich konnten die Teilnehmenden auf freiwilliger Basis einen kurzen Fragebogen zur Akzeptanz der Studie ausfüllen. Alle Studienmaterialien waren in mehreren Sprachen verfügbar, zusätzlich gab es die Möglichkeit einer Sprachmittlung durch einzelne Personen aus dem mehrsprachigen Studienteam. Alle Teilnehmenden erhielten eine Aufwandsentschädigung.

Ergebnisse: Zwischen dem 04.05.2023 und dem 16.06.2023 wurden insgesamt 78 Teilnehmende rekrutiert, darunter 37 Personen in der Kirche, 28 in der Arztpraxis und fünf am Flughafen. Acht Studienteilnehmende nahmen im Gesundheitsamt Frankfurt an der Studie teil. Insgesamt 61 Teilnehmende haben den Fragebogen ausgefüllt, davon kamen 37 Teilnehmende aus der Türkei und 24 aus Rumänien, 36 waren männlich und 31 weiblich. Der Altersmedian betrug 42 Jahre, mit einer Spanne von 18-82 Jahre. Studiendesign, Fragebogen und Blutentnahme wurden von allen Teilnehmenden, die den Fragebogen zur Akzeptanz der Studie ausfüllten, mit gut oder sehr gut bewertet (N = 60).

Fazit: Das Zusammenspiel von guter Akzeptanz des Studiendesigns durch die Teilnehmenden und trotzdem geringer Anzahl an Teilnehmenden legt nahe, dass das Gesundheitsamt als Hauptstudienort und die Rekrutierungsstrategie nicht geeignet waren. Erfolgreicher war der Weg der Outreach-Rekrutierung in Kombination mit einem multilingualen Studienteam.

Weiterbildungsbefugnis 2.0 – Behördenübergreifende Weiterbildungsbefugnis zum*r Fachärzt*in für Hygiene und Umweltmedizin

Autorinnen/Autoren A. Kossow^{1,2}, D. Zahn³, K. Ademi¹, S. Scharkus¹

Institute 1 Gesundheitsamt der Stadt Köln, Infektions- u. Umwelthygiene, Köln; 2 Institut für Hygiene, Universität Muenster, Münster; 3 Bezirksregierung Köln, Dezernat 24, Köln

DOI 10.1055/s-0044-1781848

Zu den vom Fachkräftemangel in Deutschland besonders betroffenen Bereichen zählt in den akademischen Berufsgruppen unter anderem der Bereich Medizin (<https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Dossier/fachkraeftesicherung.html>). Da sich nicht nur der Fachkräftemangel in den nächsten Jahren zuspitzen wird, zudem gerade das Fachgebiete Hygiene und Umweltmedizin besonders betroffen sein wird, sondern das Angebot an Weiterbildungsstellen im genannten Fachbereich im Vergleich zur Nachfrage sehr gering ist, bedarf es neuer Wege, um den Mangel an Fachärzt*innen für Hygiene und Umweltmedizin wirksam entgegenzutreten zu können.

Diesen neuen Weg gehen das Gesundheitsamt Köln und die Bezirksregierung Köln nun gemeinsam. Da eine Weiterbildung grundsätzlich nur in Vollzeitbeschäftigung möglich ist, die Vereinbarkeit mit Familie sich oft aber nur in Teilzeit umsetzen lässt, konnte nun die Erteilung einer gemeinsamen Weiterbildungsermächtigung durch die Kooperation zweier Fachärztinnen mit einem Stellenumfang von je 70 und 60 % realisiert werden. Die Inhalte, die an den jeweiligen Weiterbildungsstätten erlernt werden können wurden im Rahmen des der Ärztekammer Nordrhein vorgelegten Konzepts abgestimmt. Zudem besteht eine Kooperation mit dem Universitätsklinikum Köln, so dass die Assistent*innen mindestens 6 Monate ihrer Weiterbildungszeit an das dortige Institut für Hygiene rotieren und u.a. den Laboralltag erleben zu können. Derzeit werden 3 Ärzt*innen in unterschiedlichen Arbeitszeitmodellen weitergebildet.

Das Konzept zeigt ein gelungenes Beispiel für die Vereinbarkeit von Karriere und Familie sowohl für die Weiterbildungsbefugten als auch die Assistent*innen. Zudem kann so Kolleg*innen, die während der Corona Pandemie befristet eingestellt wurden und sich bewährten im ÖGD eine Perspektive gegeben und ein Beitrag zur Fachärzt*innenausbildung geleistet werden.

ÖGD und ambulante Versorgungsstrukturen bei Tuberkulose. Absicherung der ambulanten Therapie bei komplexen Fällen – Beobachtungen für die Stadt Leipzig

Autorinnen/Autoren Y. N. Wachsmuth¹, C. Püschmann²,

E. Schweickert de Palma³

Institute 1 Gesundheitsamt Stadt Leipzig, Abteilung Hygiene – SG Infektion und Prävention – Facharzt Innere Medizin, Bereichsleitung Infektionsschutz Tuberkulose und Fürsorge; 2 Gesundheitsamt Stadt Leipzig, Abteilung Hygiene – SG Infektionsschutz – MPH, Hygieneinspektorin; 3 Gesundheitsamt Stadt Leipzig, Abteilung Hygiene – SG Infektion und Prävention – Ärztin Asyl

DOI 10.1055/s-0044-1781849

Inhalt: Wie können der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) und ambulante Versorgungsstrukturen zum Gelingen der Tuberkulosetherapie beitragen? Vor welchen Herausforderungen stehen die Akteure?

Komplex 1: Besteht ein Unterschied zwischen der regulären ambulanten fachärztlichen Anbindung und ASV Ambulanzen (Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V)? Beleuchtung der rechtlichen und strukturellen Grundlagen und Unterschiede zwischen den beiden Versorgungsarten.

Erhebung: Vergleich zwischen ASV-Ambulanz und regulärer ambulanter fachärztlicher Versorgung: Auswertung der Therapieabbrüche und deren Gründe, sowie der durchgeführten Interventionen seitens des ÖGD (Maßnahmen gem. §§ 29 und 30 IfSG) im Stadtkreis Leipzig im Zeitraum von 2016 bis 2023.

Komplex 2: Warum ist das ggf. von Relevanz? Beleuchtung der Entwicklung seit 2009. Gefühlt komplexer werdende TB-Patientinnen und -Patienten (Therapiedauer, WW, NW, Sprachbarriere, Resistenzen; Compliance-Schwierigkeiten).

Erhebung: Entwicklung der Merkmale von TB-Patientinnen und -Patienten in Leipzig von 2009-2013 und 2019-2023: Auswertung Sprachbarriere, Kostenträger bei Erstdiagnose, Koinfektionen, Abususproblematik und Resistenzmuster des Erregers und ähnlicher Hemmnisse der Therapieadhärenz in zwei verschiedenen Zeiträumen. Zudem Auswertung der Durchführung von Maßnahmen gem. §§ 29 und 30 IfSG in den genannten Zeiträumen. Vergleich der beiden Zeiträume.

Resümee: Notwendigkeit der Entwicklung enger, robuster und tendenziell auch personenunabhängiger Kooperationsstrukturen in der Absicherung der Therapie der Betroffenen. Zuständigkeiten und vernetztes Agieren.

TBC unter Asylbewerbern und Geflüchteten aus der Ukraine – Daten und Fallbeispiele aus 10929 Erstaufnahmeuntersuchungen.

Autorinnen/Autoren B. Tegtmeier¹, M. Alabdlah², L. Jung³, S. Haag-Milz⁴

Institute 1 Gesundheitsamt, Infektionsschutz und LEA, Sigmaringen;

2 Gesundheitsamt, Außenstelle LEA, Sigmaringen; 3 Gesundheitsamt,

Außenstelle LEA, Sigmaringen; 4 Gesundheitsamt, Leitung Fachbereich

Gesundheit, Sigmaringen

DOI 10.1055/s-0044-1781850

Hintergrund: In Baden-Württemberg werden die Erstaufnahmeuntersuchungen durch die Gesundheitsämter in den Landeserstaufnahmeeinrichtungen (LEAs) durchgeführt. Die LEA Sigmaringen ist seit Sommer 2015 in Betrieb. Damals mussten im Zuge der Migrationsbewegung rasch Kapazitäten geschaffen werden, um bei einer großen Zahl von ankommenden Asylbewerbern die gesetzlich vorgesehene Erstaufnahmeuntersuchung durchzuführen. Nach vorübergehend niedrigen Untersuchungszahlen wird seit November 2020 in der Außenstelle des Gesundheitsamtes in der LEA Sigmaringen wieder regelmäßig untersucht. Ab März 2022 wurden auch Geflüchtete aus der Ukraine, die in der LEA Sigmaringen oder in Gemeinschaftsunterkünften des Landkreises aufgenommen wurden, einem Tuberkulose-Screening unterzogen.

Anhand der retrospektiven Analyse der Untersuchungsergebnisse in einem Landkreis mit Landeserstaufnahme in Baden-Württemberg mit Blick auf die Herkunftsländer sollen Faktoren identifiziert werden, die mit einem höheren Tuberkuloserisiko einhergehen.

Methode: Insgesamt wurden 10 929 Untersuchungen von Asylbewerbern (gemäß § 62 Asylgesetz) und Geflüchteten aus der Ukraine (gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz) zwischen November 2022 und Ende Juni 2023 durchgeführt. Die Untersuchung umfasste bei Personen ab 15 Jahren eine Inaugenscheinnahme, Röntgen-Thorax und bei auffälligem Befund eine Interferon-Gamma-Release-Assay (IGRA)-Testung. Schwangere wurden nicht geröntgt, es wurde jedoch stets eine IGRA-Testung durchgeführt. Bei Geflüchteten aus der Ukraine wurde aufgrund der anderen gesetzlichen Grundlage zum Teil auf die Inaugenscheinnahme zugunsten von Fragebögen verzichtet. Die Dokumentation und Auswertung der Untersuchungsergebnisse erfolgte mittels standardisierter Erhebungsbögen und einer eigenen Datenbank.

Ergebnisse: Im Untersuchungszeitraum wurden 9236 Asylbewerber – häufigste Herkunftsländer Syrien (3454), Türkei (1992) und Afghanistan (973) – und 1693 Geflüchtete aus der Ukraine untersucht. Es traten 11 Fälle einer aktiven Tuberkuloseerkrankung auf. Darunter waren sechs Fälle von ansteckender Lungentuberkulose (zwei mikroskopisch offen, vier kulturell offen). Drei dieser offenen TBC-Fälle kamen aus der Ukraine. Bei einem 61jährigen Ukrainer lag eine multiresistente (prä-XDR-) TBC vor. Bei extrem schlechter Compliance war eine mehrronotig geschlossene Unterbringung im Bezirksklinikum Obermain notwendig. Bei drei Fällen aus Syrien bzw. Afghanistan wurde ein spezifischer Pleuraerguss ohne Ansteckungsfähigkeit diagnostiziert, bei je einem weiteren Fall eine Lymphknotentuberkulose und ein tuberkulöser Abszess im M. Psoas.

Aus Georgien stammten nur knapp 5 % aller Untersuchten, aber zwei der 11 TBC-Fälle, beide waren ansteckend. Aus Syrien und der Türkei kamen über die Hälfte aller Untersuchten, aber nur zwei der 11 aktiven Tuberkulosefälle. Bei 194 Schwangeren wurden IGRA-Testungen durchgeführt, 24 davon waren positiv. Die höchste Rate an positiven IGRA-Testungen bei Schwangeren zeigt sich bei Frauen aus Kamerun (7/13) und Nigeria (3/10). 8086 Personen wurden geröntgt. Der Anteil an Röntgenbefunden mit Hinweisen auf eine abgelaufene oder frische Tuberkuloseinfektion war bei den Untersuchten aus Georgien (3,14 %), der Ukraine (2,9 %) gegenüber 1,31 % bei allen Untersuchungen am höchsten.

Schlussfolgerung: Die vorliegende Analyse bestätigt den hohen Wert der aktiven Fallfindung mittels Röntgenuntersuchung auf Tuberkulose bei geflüchteten Menschen für den Infektionsschutz.

Bei 10 929 Erstaufnahmeuntersuchungen fielen insgesamt 11 aktive Tuberkuloseerkrankungen auf. Darunter waren sechs Fälle mit ansteckender Lungentuberkulose ohne klinische Auffälligkeiten, ebenso drei weitere nichtansteckende Fälle mit spezifischem Pleuraerguss. Mittels aktiver Fallfindung können Tuberkuloseerkrankungen in früheren, weniger infektiösen Stadien detektiert und die Ansteckungsgefahr für Kontaktpersonen verringert werden. Als besonders gefährdet für Tuberkuloseerkrankungen wurden Migranten aus der Ukraine, Georgien und Subsaharaafrika identifiziert.

Extrapulmonary tuberculosis in Cologne 2012-2022: a retrospective analysis validating national patterns

Autorinnen/Autoren D. Rauschnig^{1,2}, J. Reusch³, N. Funke⁴, M. Hellmich³, F. Neuhann⁵, I. Suárez^{1,6}

Institute 1 University of Cologne, Department I of Internal Medicine, Division of Infectious Diseases, Cologne; 2 Bundeswehr Central Hospital Koblenz, Department IB of Internal Medicine, Koblenz; 3 Institute of Medical Statistics and Computational Biology, Faculty of Medicine and University Hospital Cologne, University of Cologne, Cologne; 4 Health department of Cologne, Cologne; 5 Faculty of Medicine and University Hospital, Heidelberg Institute of Global Health (HIGH), Heidelberg University, Heidelberg; 6 German Center for Infection Research (DZIF), Partner Site Bonn-Cologne, Cologne

DOI 10.1055/s-0044-1781851

Introduction: Tuberculosis (TB) remains a widespread and life-threatening global infectious disease. Extrapulmonary tuberculosis poses unique challenges in both diagnosis and treatment. This study's goal was to investigate cases of extrapulmonary TB, with a particular focus on epidemiology, diagnostic methods, and treatment practices, within a major German city over a ten-year period. The study aimed to ascertain the incidence rate and identify patient groups at higher risk, comparing them to cases of pulmonary TB.

Methods: We performed a retrospective analysis of case data reported to the public health department of the city of Cologne for both extrapulmonary and pulmonary TB cases during the period from 2012 to 2022. For extrapulmonary TB cases, in addition to analyzing the reported data, we conducted a review of patient files to gather information about prior medical conditions, diagnostic procedures, and treatments.

Results: We analyzed a total of 1003 reported TB cases from 2012 to 2022. Among these, 32 % (254/803) were identified as extrapulmonary TB. Lymph nodes were most frequently affected followed by pleural manifestation. Mycobacterium tuberculosis was the predominant pathogen type, accounting for 223 (88 %) cases. The majority of the detected species were pan-susceptible (166/254, 65 %), with 189 cases having susceptibility data available. The average length of hospital stay for patients with extrapulmonary TB was 14.5 days, and the mean total therapy duration was 257 days. Approximately 40 % (99/252) of patients with extrapulmonary TB had some form of immunosuppression.

There was a significant difference in gender distribution, with pulmonary TB being more common in male patients and extrapulmonary TB occurring more frequently in women.

The majority of infected individuals originated from Europe (622/1003, 62 %) or countries with a low TB incidence (< 10/100,000) (397/1003, 40 %). Pulmonary TB was more prevalent in individuals from these regions (302/647, 45 %). In contrast, extrapulmonary TB was significantly more common in people from high-incidence countries (> 100/100,000) (133/315, 42 %, $p < 0.0001$). Approximately 16 % of all TB cases were asylum seekers.

The overall mean TB incidence rate was 8.1/100,000, with the highest rates observed in 2016 and 2017 (10.4 and 9.5, respectively). Pulmonary TB incidence decreased, but extrapulmonary TB remained relatively stable. Particularly among asylum seekers, there was an increasing trend in extrapulmonary TB incidence over the years.

Conclusion: Extrapulmonary TB exhibits distinct epidemiological patterns compared to pulmonary TB. Migration appears to be a significant factor in this regard. Therefore, in regions with a high incidence of TB, especially when pulmonary TB has been ruled out, healthcare providers should maintain a high index of suspicion for TB when treating patients with relevant symptoms. In a broader context, our study aligns with the nationwide trend related to TB.

Tuberkulose und Kunst

Autorinnen/Autoren O. Bock-Hensley¹, R. Schulz¹, C. Denking¹

Institut 1 Tuberkulose-Museum Heidelberg, Heidelberg

DOI 10.1055/s-0044-1781852

Einleitung: Medizinhistorisch betrachtet ist die Tuberkulose die einzige Erkrankung, die tiefgreifende Spuren in der Kunst hinterlassen hat. In jeder Epoche wurde die Erkrankung unterschiedlich eingeschätzt und künstlerisch verarbeitet. Jahrhunderte lang war die Ursache der Tuberkulose nicht bekannt, bis 1882 Robert Koch den Tuberkulose-Erreger entdeckte. Die Tuberkulose galt als chronische Erkrankung mit hoher Sterberate und wurde erst ab ca. 1950 durch die Entwicklung von Antibiotika heilbar. Um die Wende zum 20. Jahrhundert war die Tuberkulose eine Volksseuche. Das unermessliche Leid der Erkrankten fand Ausdruck in der Kunst – mit großer Trauer und wenig Hoffnung.

Material und Methode: Kunsthistorische Bedeutung hat das Thema Tuberkulose vor allem in der Darstellenden Kunst, in der Literatur und in der Bildenden Kunst. Viele berühmten Künstler erkrankten selbst an Tuberkulose. Es zeigt sich eine eindrucksvolle Wechselbeziehung zwischen Krankheit und Kunst, die sich über einen langen Zeitraum auf unterschiedliche Weise äußerte.

Ergebnisse: Besonders bekannte Beispiele der Verbindung von Tuberkulose und Musiktheater sind die Opern „La Traviata“ und „La Bohème“.

In der Literatur hat der Roman „Der Zauberberg“ von Thomas Mann einen hohen Stellenwert. Neu ist „Empusion“, ein 2023 erschienener Roman von Olga Tokarczuk über ein Sanatorium in Görbersdorf, dem Ort der ersten Lungenheilstätte.

Beispiele aus der Malerei: Sandro Botticelli, dessen Lieblingsmodell Simonetta Vespucci mit 23 Jahren an Tuberkulose starb und Edvard Munch, der sich in Bildern mit dem Tuberkulose-Tod seiner Schwester auseinandersetzte. Von Heinrich Zille stammen zahlreiche drastische Grafiken zum Thema Tuberkulose.

Beispiele aus dem Kunsthandwerk: Moulagen, dreidimensionale Darstellungen verschiedener Formen der Tuberkulose (ca. 1850-1950) sowie der Taschenspucknapf „Blauer Heinrich“, entwickelt 1889 von dem Lungenfacharzt Peter Dettweiler.

Fazit: Die Geschichte der Tuberkulose ist noch nicht zu Ende.

Da sie Jahrhunderte lang unheilbar war, haben Künstler aus eigener Anschauung das Leiden, die Hoffnungslosigkeit und den qualvollen Tod dargestellt. Mit Einführung der Antibiotika um 1950 ist die Tuberkulose heilbar geworden. Deutschland ist heute ein Niedriginzidenzland. Weltweit sterben jedoch jährlich ca. 1,5 Mill. Menschen in Hochendemieländern an Tuberkulose, weil sie keinen Zugang zu Diagnostik und Therapie haben. Die Geschichte der Tuberkulose wird erst dann beendet sein, wenn die Krankheit mit effektiven Mitteln (Diagnostika, Therapeutika und Impfung) ausgerottet werden kann.

Vektorsurveillance im Hamburger Hafen (and beyond)

Autorinnen/Autoren S. Bühler¹, K. Choudhury¹, S. Sawarsa¹, A. von Rechwitz¹, R. Lühken¹, S. Jansen¹, F. Sauer¹

Institut 1 Institut für Hygiene und Umwelt der Freien und Hansestadt Hamburg, Infektionsepidemiologisches Landeszentrum; Sozialbehörde, Amt für Gesundheit; Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin; Universität Hamburg

DOI 10.1055/s-0044-1781853

Begünstigt durch den internationalen Handel und die Klimaerwärmung wurden in der jüngeren Vergangenheit verstärkt exotische Stechmücken-Arten in Deutschland eingeschleppt, die sich dauerhaft ansiedeln konnten. Dazu gehört u.a. die Asiatische Tigermücke (*Aedes albopictus*). In Deutschland sind etablierte Stechmückenpopulationen in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz, Thüringen und Berlin anzutreffen. In Hamburg wurde die Tigermücke bisher nicht gemeldet. Aufgrund ihrer Eigenschaft als potenzieller Überträger gefährlicher Krankheitserreger ist ein präventiver Ansatz geboten. Daher ist es wichtig, dass die Mücke frühzeitig erkannt und bekämpft wird, damit ihre Ausbreitung vermieden werden kann.

Der Hamburger Hafen ist als eine potentielle Eintrittspforte für exotische Stechmücken prädestiniert. Das Infektionsepidemiologische Landeszentrum des Instituts für Hygiene und Umwelt hat in Zusammenarbeit mit dem Hafenzentralen Dienst ein Vektormonitoring am Hamburger Hafen gestartet. Dazu wurden an 4 Standorten Stechmückenfallen aufgestellt und in einem wöchentlichen Rhythmus zwischen dem 1. August und dem 31. Oktober 2023 auf heimische und nicht-heimische Stechmücken untersucht. Die Untersuchung der Stechmücken sowie eine Testung auf eine potentielle Erregerbelastung erfolgt am Bernhard-Nocht Institut für Tropenmedizin.

Parallel zu dem aktiven Stechmückenmonitoring erfolgt eine Aufklärung der Bürger, insbesondere der Kleingärtner zur Prävention und Brutstättenbeseitigung sowie der Aufruf sich an den Citizen-Science-Projekten "Der Mückenatlas" und "Neobiota Nord" zur Einsendung von Stechmücken zur Spezies-Bestimmung bei auffälligen Funden zu beteiligen.

Derzeit werden stufenweise Bekämpfungsmaßnahmen für die Freie und Hansestadt Hamburg erarbeitet.

Tick borne encephalitis and West Nile Virus prevalence in Hamburg – TiboWeNi

Autorinnen/Autoren S. Bühler¹, T. Nießen¹, G. Dobler¹

Institut 1 Institut für Hygiene und Umwelt, ZIT-Zentralinstitut für Transfusionsmedizin GmbH in Hamburg, Nationales Konsiliarlabor für FSME – Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr

DOI 10.1055/s-0044-1781854

Background: Part i: Over the past 20 years, the risk areas for tick borne encephalitis (TBE) have extended from Southern Germany to Northern areas. Hamburg is one of the only German states without a reported local infection. However, infections have been detected in the surrounding areas. A majority of infections (around 70–95%) have an asymptomatic course. These remain undiscovered and unnotified. Thus, also in Hamburg, TBE-infections may have remained undiagnosed and thus unnotified in the past years. In addition, disease awareness may be low among physicians and thus TBE cases may have been missed. In this study, we aim to conduct a TBE-seroprevalence study in healthy blood donors in Hamburg. Our objectives are to investigate TBE-antibody prevalence and potential protection rates through vaccination in Hamburg.

Part ii: *West Nile Virus (WNV)* is a flavivirus which has classically circulated in the Tropics. The virus is mainly transmitted by mosquitoes between wild birds. Mosquitoes infected with birds can also transmit the virus to humans and other mammals (especially horses). Vectors are various mosquitoes. With migratory birds, WNV has travelled to areas in Europe around the Mediterranean Sea. In Southern Europe, it has been transmitted seasonally in summer for a long time

and it can also hibernate locally. In 2018, a circulation of WNV in birds and horses was registered in Germany for the first time, and autochthonous human infections have also been notified in Germany since 2019. Mainly the Eastern Federal States and Berlin have been affected. The *Culex* mosquitoes, which are widespread throughout Germany, are considered the main vectors. Also in Hamburg, WNV has been detected in several birds since 2018, and in 2022, a first WNV infection was diagnosed in a horse. For WNV, a majority of infections are asymptomatic in humans. Around 20% of infected persons, develop a febrile, flu-like illness. Around 1% develop a neuroinvasive form of the disease, in the form of a meningitis, or rarely an encephalitis. Approximately 5–10% of patients with a neuroinvasive West Nile disease die, especially the elderly and patients with a pre-existing cardiovascular condition or immunosuppression can develop a severe course. In this study, we aim to conduct a WNV-seroprevalence study in healthy blood donors in Hamburg. Our objectives are to investigate WNV-antibody prevalence in Hamburg.

Methods: This is a cross-sectional study. TBE infection-induced seroprevalence, WNV infection induced seroprevalence and TBE vaccination induced seroprevalence are determined in around 1,000 persons aged ≥ 18 years living in the Metropolitan region of Hamburg and donating blood at the Zentralinstitut für Transfusionsmedizin (ZIT) in Hamburg in May 2023. At the Bundeswehr Institute for Microbiology/ National TBEV Consultant Laboratory, Munich, Enzyme-linked immunosorbent assays (ELISAs), Microneutralisation assays (mNAs) and Indirect immunofluorescence tests are performed and results are expected in November 2023.

Conclusion: With knowledge gained from this project, we aim to initiate awareness campaigns among physicians, especially primary care physicians, vaccinologists, and neurologists. Furthermore, information campaigns among the population can be performed about prevention measures (e.g. TBE-vaccination, tick prevention, mosquito bite prevention, mosquito control).

Enzephalitis bei West-Nil-Virus (WNV) Infektion – Fallbeschreibung und komplexer Meldvorgang bei einer Infektion außerhalb des bekannten Endemiegebiets

Autorinnen/Autoren K. Steul¹, A. Martin¹, C. Schwärzel¹, J. Krahn¹

Institut 1 Verwaltungsverband für das Gesundheitsamt für die Stadt Darmstadt und den Landkreis Darmstadt Dieburg, Darmstadt

DOI 10.1055/s-0044-1781855

Das West-Nil-Virus (WNV) ist ein weltweit verbreitetes Flavivirus. In Deutschland wird es seit 2018 bei Stechmücken und Vögeln nachgewiesen. Nachweise kennt man in Deutschland auch von Menschen und Pferden, die jedoch in der Infektionskette keine Rolle spielen, da sich Stechmücken an ihnen nicht infizieren können. Man bezeichnet sie daher als Fehlwirte. Eine Infektion beim Menschen spielt in der Ausbreitung des weiteren Infektionsgeschehens keine Rolle. Das Auftreten von WNV Infektionen beim Menschen orientiert sich jedoch stark an der WNV-Zirkulation bei den Tieren. Infektionen beim Menschen treten in der Regel in Gebieten auf, in denen zuvor bereits Nachweise bei Stechmücken, Vögeln und Pferden erfolgt sind. In Deutschland zählen zu diesen Gebieten Berlin, Teile von Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. In Deutschland besteht eine Meldepflicht nach §7 IfSG seit 2016. Insgesamt wurden dem Robert-Koch Institut (RKI) bis Juni 2023 insgesamt 48 Fälle eines West-Nil Virus Nachweis beim Menschen gemeldet.

Am 30.08.2023 erreichte das Gesundheitsamt der Stadt Darmstadt und des Landkreises Darmstadt-Dieburg (Hessen) die Meldung des Nachweises von Antikörpern gegen das WNV vom Typ IgM bei einer 58-jährigen Frau. Der Meldvorgang und die Recherche wurden durch mehrere Faktoren erschwert: Es handelt sich bei der Meldeperson um eine Touristin ohne Meldeadresse in Deutschland.

Der (gewöhnliche) Aufenthaltsort in Deutschland ist nicht in der selben Kommune wie die versorgende Klinik.

Die Labordiagnostik wurde nicht durch die versorgende Klinik durchgeführt, sondern privat durch die Angehörigen.

Durch die ausführliche Recherche und zuletzt Anamnese der Frau konnte der Infektionszeitraum soweit eingegrenzt werden, dass sich die Frau im Herkunftsland (USA; Florence, Colorado) infiziert haben musste. Infektionen mit WNV sind in den USA seit den frühen 2000er Jahren bekannt. Auch im Herkunftsgebiet der Meldeperson kann WNV als endemisch betrachtet werden. Klinisch zeigte sich die Patientin in deutlich reduziertem AZ, mit hochfieberhaften Temperaturen über wenigstens vier Tage und mit Symptomen einer akuten Encephalitis (kognitive Einschränkungen, Gedächtnisverlust). Die Patientin musste intensivmedizinisch behandelt werden. Zudem wurde der 10-tägige stationäre Aufenthalt durch die Entgleisung des bestehenden Diab. Mell. Typ 1 kompliziert.

Der hier vorgestellte Fall zusammen mit dem speziellen Meldevorgang verdeutlicht die Komplexität von Zoonosen außerhalb des eigentlichen Endemiegebiets.

West-Nil-Virus in Leipzig von 2019 bis 2023

Autorinnen/Autoren A. Sommer¹, A. Kühn¹, C. Püschmann¹, I. Möller¹, C. Anders¹, B. Pantenburg¹

Institut 1 Gesundheitsamt Leipzig, Leipzig

DOI 10.1055/s-0044-1781856

Einleitung: Das West-Nil-Virus zählt zu den Erregern „Emerging Infectious Diseases“ und verursacht seit 2019 auch autochthone Erkrankungsfälle bei Einwohnerinnen und Einwohnern in der Stadt Leipzig. Die gemeldeten Fälle unterschieden sich erheblich bezüglich der Erkrankungsschwere, von Asymptomatik bis hin zu schweren Verläufen mit letalem Ausgang. Zur demo- und geografischen Einordnung der Infektionsfälle, Detektion von Risikofaktoren und Ableitung möglicher Maßnahmen erfolgte eine retrospektive Auswertung.

Methodik: Mittels Recherche in der Meldedatenbank OctoWare®TN wurden für den Zeitraum 2018–2023 14 bestätigte WNV-Fälle im Zuständigkeitsbereich des GA Leipzig identifiziert.

Diese wurden in MS Excel 2016 exportiert, pseudonymisiert und deskriptiv ausgewertet. Untersucht wurden dabei soziodemografische Merkmal, Reiseanamnese sowie potentielle Risikofaktoren, klinische Verläufe und geografische Verteilung der Fälle im Stadtgebiet.

Ergebnisse: Dem Gesundheitsamt Leipzig wurden seit 2019 14 (Erkrankungs-) Fälle von West-Nil-Virus gemeldet. Die Mehrzahl der Fälle (n = 10) traten dabei 2020 auf, während im Jahr 2023 nur eine Fallmeldung erfolgte (Stand: 27.10.2023). Ein Großteil der betroffenen Personen hatte seinen Wohnsitz im Osten (n = 8) bzw. Südosten (n = 2) von Leipzig, teilweise mit geografischer Nähe zu kleineren Gewässern oder mit eigenem Kleingarten. Schwere Krankheitsverläufe mit Aufenthalt auf Intensivstation betrafen ältere Personen (Alter > 65 Jahre) bzw. Personen mit schweren Grunderkrankungen.

Schlussfolgerung/Fazit/Diskussion: Vor dem Hintergrund des Klimawandels ist zukünftig mit einer Zunahme von WNV-Fällen zu rechnen. Eine – entsprechend der identifizierten Risiken – zielgruppenspezifische Aufklärungskampagne ist zu erwägen. Im Sinne des One Health Ansatzes sollten diese sowie weitere Forschungsaktivitäten in Zusammenarbeit mit anderen Behörden und universitären Einrichtungen erfolgen.

Die Asiatische Tigermücke als Herausforderung für den ÖGD im Kontext des Klimawandels – Erfahrungen aus Bayern

Autorinnen/Autoren S. Böhm^{1,2}, J. Metz¹, J. Neusser³, K. Katz¹, M. Hoch⁴, S. Heinze⁵, F. Just⁶

Institute 1 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Daten- und Modellierungseinheit und Surveillance, Infektionsepidemiologie (GI-TF12), München; 2 Medizinische Fakultät Ludwig-Maximilians-Universität, München; 3 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Stabs- und Steuerungsstelle (GI-TF11), München;

4 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Task Force Infektiologie (TFI), München; 5 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Arbeits- und Umweltbezogener Gesundheitsschutz (AP3), München; 6 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Pathologie, Parasitologie und Bienenkrankheiten (TG6), Oberschleißheim

DOI 10.1055/s-0044-1781857

Hintergrund: Die ursprünglich aus Südostasien stammende Asiatische Tigermücke (*Aedes albopictus*) findet in Europa zunehmend geeignete klimatische Bedingungen sich anzusiedeln. In Deutschland wurde sie 2007 erstmals registriert. Sie ist in der Lage Erreger wie das Dengue-, Chikungunya oder Zika-Virus zu übertragen. In Nachbarstaaten wie Frankreich und Italien kommt es aufgrund höherer Temperaturen bereits zur Übertragung autochthoner Dengue-Virus-Infektionen. Um dieser potenziellen Gesundheitsgefahr frühzeitig zu begegnen, ist schnelles Handeln durch Monitoring, Aufklärung, Kompetenzaufbau und Bekämpfung notwendig. Die Umsetzung von Maßnahmen liegt in der Verantwortung lokaler Behörden, dies stellt häufig eine Herausforderung dar. Eine Machbarkeitsstudie des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) in 2022/2023 zielte darauf ab, die Ausgangslage in Bayern zu dokumentieren, Bedarfe zu identifizieren sowie Strukturen und Kompetenzen aufzubauen, um kompetente Vektoren, wie der Asiatischen Tigermücke, als neuer Herausforderung für den ÖGD zu begegnen.

Methode: In einer Erhebung wurden bisher bekannte Fundorte der Asiatischen Tigermücke in Bayern und Erfahrungen auf lokaler Ebene dokumentiert. Das LGL hat im Rahmen der Machbarkeitsstudie an ausgewählten Standorten eigene Monitoring-Maßnahmen durchgeführt. Es fanden Vernetzungen mit Vertreter:innen des ÖGD auf lokaler und Bundeslandebene sowie weiterer Expert:innen statt.

Ergebnisse: Bislang wurden in Bayern nur an vereinzelten Standorten Funde der Asiatische Tigermücke bekannt. In Austausch mit lokalen Behörden wurden Unklarheiten in den Verantwortlichkeiten und beim Vorgehen bei Monitoring und Bekämpfungsmaßnahmen identifiziert. In bundesweiten Austausch mit Kolleg:innen aus dem ÖGD zeigte sich, dass auch außerhalb Bayerns Fragen zu Verantwortlichkeiten, konkreten Handlungsempfehlungen, Bekämpfungsmaßnahmen und den damit verbundenen Ressourcen teils ungeklärt sind. Am LGL wurden im Bereich Monitoring Erfahrungswerte gesammelt und Kompetenzen aufgebaut. Um einer ressourcenintensiven, eigenen Erarbeitung auf lokaler Ebene entgegenzuwirken und Maßnahmen zu vereinheitlichen, wurden durch das LGL erste Handlungsempfehlungen und Informationsmaterialien für Behörden und die Bevölkerung erstellt.

Diskussion: Um einer Verbreitung der Asiatischen Tigermücke in Bayern entgegenzuwirken, ist frühzeitiges Handeln notwendig. Bisherige Erfahrungen zeigen deutlich, dass Einzelfunde möglichst schnell abgeklärt werden sollten, um Populationen frühzeitig zu erfassen und zu bekämpfen. In Bayern besteht diesbezüglich noch Ausbaubedarf. Gegenmaßnahmen sollten als gemeinsame Anstrengung verstanden werden. Für den Erfolg ist die Einbeziehung der Bevölkerung unabdingbar. Aufklärungsarbeit ist dabei essentiell. Es besteht zu dem hoher Bedarf an abgestimmten

Empfehlungen, die Verantwortlichkeiten und die zu ergreifende Maßnahmen klar regeln. Für die Realisierung eines abgestimmten Vorgehens wäre eine bundesweite Initiative zur Erarbeitung von Handlungsempfehlungen unter Mitwirkung betreffender Organisationen und Behörden zu begrüßen. Jetziges Handeln

„Pictohealth-Audio“ für die Gesundheitsberatung nach §10 Prostituiertenschutzgesetz

Autorinnen/Autoren L. Eichner¹, E. Thumm¹, C. Schlegel¹

Institut 1 Kreisgesundheitsamt Reutlingen

DOI 10.1055/s-0044-1781858

Hintergrund: Schätzungsweise bis zu 95 % der in Deutschland arbeitenden Prostituierte sprechen und verstehen wenig bis kein Deutsch. Beratende und unterstützende Arbeit scheitert nicht selten an der sprachlichen Verständigung.

Im Rahmen eines Projektes mit Unterstützung des Ministeriums für Soziales und Integration (SM) Baden-Württemberg hat das Gesundheitsamt Reutlingen im Jahr 2018 Piktogramme entwickelt, welche im Rahmen der Gesundheitsberatung nach §10 ProstSchG bei Schwierigkeiten in der Verständigung unterstützend angewendet werden können („Pictohealth“). Zur weiteren Verbesserung der Qualität der Gesundheitsberatung wurden die Piktogramme durch Fördermittel vom SM im Sommer 2023 so erweitert, dass sie in mehrere Sprachen übersetzt und mit Audio-Dateien versehen wurden.

Material und Methoden: Die Nationalität der meisten Prostituierten in der Gesundheitsberatung des Gesundheitsamtes Reutlingen wurde seit Einführung des Prostituiertenschutzgesetzes evaluiert. Parallel wurde geprüft, bei welchen Nationalitäten in der Gesundheitsberatung am häufigsten Sprachbarrieren festgestellt wurden. Beim Statistischen Bundesamt wurde die Nationalität der meisten Prostituierten in Deutschland erfragt und mit den Daten aus dem Gesundheitsamt Reutlingen verglichen. Die sechs häufigsten Nationalitäten wurden für das Projekt ausgewählt. Beim SM Baden-Württemberg wurden Fördermittel zur Umsetzung des Projekts beantragt. Die Erklärungstexte wurden über ein regionales Übersetzungsbüro übersetzt und anschließend durch ein kostenpflichtiges Online-Tool in Audiodateien verwandelt, welche in das vorhandene „Pictohealth“ eingebettet wurden.

Ergebnisse: Die Piktogramme („Pictohealth“) wurden für folgende Themenbereiche in Englisch, Rumänisch, Bulgarisch, Spanisch, Ungarisch und Thailändisch übersetzt und vertont:

allgemeine Information über sexuell übertragbaren Krankheiten (STD) und wie man sich davor schützen kann, Kondomnutzung zum Schutz vor STD, Vorgehen bei Verhütungspannen (Kondom reißt), Körperhygiene sowie Prostitution und Gewalt.

„Pictohealth-Audio“ ist interaktiv gestaltet. Die Erklärungstexte können zusammen mit den Piktogrammen angezeigt und vorgelesen oder einzeln ohne Bilder genutzt werden.

Diskussion: „Pictohealth-Audio“ ist ein nützliches Werkzeug, um unterstützend Informationen im Rahmen der Gesundheitsberatung nach §10 ProstSchG zu vermitteln. Es ist auf Anfrage kostenlos über das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg oder über das Gesundheitsamt Reutlingen frei verfügbar (ifsg@kreis-reutlingen.de).

J.I.Ma: Potential zur Prävention von sexuell übertragbaren und impfpräventablen Infektionen in der offenen Jugendarbeit in Mannheim

Autorinnen/Autoren P. Braun¹, E. Piontkowski², H. Richter², A. Herrmann², M. A. Rieger², S. Joos², D. Häske², P. Schäfer¹, N. Oster^{1,2}

Institute 1 Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt der Stadt Mannheim, Gesundheits- und Infektionsschutz, R1 12, Mannheim;

2 Zentrum für Öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung Universität Tübingen, Tübingen

DOI 10.1055/s-0044-1781859

Hintergrund: Die vorliegende Studie ist Teilprojekt eines BMG-geförderten Forschungsverbundes zur Zusammenarbeit von Forschung und Gesundheitsämtern zu Themen des Infektionsschutzes (I.N.Ge). Sexuell übertragbare Infektionen (STI) und impfpräventable Infektionen (IPI) sind die im Infektionsschutz für Jugendliche wesentlichen Themen. Die KiGGs-Studie des Robert Koch Institut (RKI) berichtet unzureichende Impfprävention bei Jugendlichen für Humanes Papillomavirus (HPV), Pertussis und Tetanus. Studien weisen bei deutschen Jugendlichen auf Defizite beim Wissen zu STI hin. Einrichtungen der offenen Jugendarbeit wurden bislang kaum als Multiplikationsorte für Aufklärung über STI und IPI erforscht. Die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme von Angeboten der offenen Jugendarbeit stellt eine Herausforderung für den direkten Zugang zu Jugendlichen dar. Gleichwohl bestehen hier häufig Vertrauensverhältnisse zwischen Jugendlichen und pädagogischem Personal.

Ziele: Ziele der Studie sind, Wissen und Haltung und Umgang zu STI und IPI bei Mitarbeitenden in der offenen Kinder- und Jugendarbeit (OKJA) zu erheben, deren Veränderung im zeitlichen Zusammenhang mit einer kommunal angebotenen sexualpädagogischen Multiplikator*innen-Schulung zu erfassen und ein kommunales Konzept zur Verstärkung der Aufklärung von Jugendlichen zu STI und IPI zu entwickeln.

Methoden: Vor (T1) einer sexualpädagogischen Multiplikator*innen-Schulung mit Schwerpunkt auf STI und IPI, sowie kurzfristig (T2) bzw. 12 Monaten (T3) danach wurden Mitarbeitende der OKJA mittels quantitativ-qualitativem Fragebogen und in qualitativen Interviews zu Wissen und Haltung zu STI und IPI, zum Umgang mit diesen Themen in der pädagogischen Arbeit und den Erwartungen an eine Schulung befragt. Die Auswertung der Fragebögen erfolgte deskriptiv qualitativ-quantitativ, die der qualitativen Interviews mittels qualitativer Inhaltsanalyse in Anlehnung an Kuckartz. Die Ergebnisse werden Studienteilnehmenden zurückgespiegelt und ein Konzept zur Verstärkung der Themen STI und IPI in der OKJA in Mannheim erarbeitet.

Bisherige Ergebnisse: An der quantitative Fragebogenerhebung T1 nahmen 29% (40 von 140) der Mitarbeitenden der OKJA in Mannheim teil. Für die T1-Interviews konnten fünf Personen gewonnen werden.

Auf einer Skala von minimal null bis maximal fünf wurde die Aussage „Sexuell übertragbare Infektionen sind ein Thema, das in der offenen Jugendarbeit angesprochen werden sollte“ im Mittelwert Durchschnitt mit 4,2 bewertet. Die Aussage „Ich fühle mich verantwortlich, mit Jugendlichen über das Thema Verhütung von sexuell übertragbaren Infektionen zu sprechen“ wurde im Durchschnitt mit 3,3 bewertet. 83% (33 von 40) gaben an, dass in ihrer Einrichtung keine Informationsplakate zu STI aufgehängt, 65% (26 von 40), dass keine Broschüren oder Flyer ausliegen, und 90% (35 von 39), keine konkreten Angebote zum Thema Sexualität oder STI zu machen. Aus den qualitativen Interviews geht hervor, dass das Thema STI sowohl von Jugendlichen als auch von Multiplikator*innen nur sehr selten angesprochen wird. Jugendliche, deren Elternhaus dem Thema STI nicht aufgeschlossen gegenüber ist, sind im Rahmen der OKJA nach Einschätzung der Befragten zum Thema STI schwer zu erreichen. Darüber hinaus wird der gemischtgeschlechtliche Rahmen der offenen Jugendarbeit als Hemmnis für die Ansprache des Themas STI gewertet.

Auf einer Skala von null bis fünf wurde die Aussage „Jugendliche sollten über das Impfen aufgeklärt werden“ im Durchschnitt mit 4,6 bewertet. Die Aussage „Impfen ist ein Thema, das in der offenen Jugendarbeit angesprochen werden sollte“ wurde im Durchschnitt mit 3,6 bewertet. 95% (36 von 38) gaben an, dass in ihrer Einrichtung kein Informationsmaterial zu IPI vorhanden ist. Keiner gab an, konkrete Angebote zu IPI zu machen. Die Befragten wünschen sich, für die Jugendlichen leicht verständliches Informationsmaterial.

Fazit: Die bisherigen Ergebnisse der Studie weisen darauf hin, dass eine Aufklärung zu den Themen STI und IPI in der offenen Kinder- und Jugendarbeit von den dort Mitarbeitenden als wichtig erachtet wird, sie sich jedoch fachlich und strukturell nicht ausreichend in der Lage sehen, diese Themen umzusetzen. Aus diesem Grund erscheint die Verstärkung und Stärkung der Aufklärung über STI und IPI in der offenen Kinder- und Jugendarbeit in Mannheim als sinnvoll.

ARE- und COVID-19-Surveillance mittels Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen – ein Rückblick auf eineinhalb Jahre Beobachtungsdaten in Niedersachsen

Autorinnen/Autoren K. Usipbekova¹, I. Overesch¹, M. Wollenweber¹, E. Mertens¹, J. Dreesman¹, W. Böhne², U. Junius-Walker¹

Institute 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt; 2 AOK-Niedersachsen

DOI 10.1055/s-0044-1781860

Zum Monitoring der Aktivität von akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) gehört seit der SARS-CoV-2-Pandemie auch eine Covid-19-Surveillance. Die Rahmenbedingungen für eine solche Surveillance haben sich jedoch durch den Übergang von der pandemischen in die endemische Situation gravierend ver-

ändert. Ein Wechsel der Meldevorgaben, der Wegfall von Isolierungen sowie die Schließung der Testzentren nahmen Einfluss auf die SARS-CoV-2 Diagnosestellung allgemein und speziell auch auf das Kodierverhalten der Ärzt*innen beim Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen.

Seit 2004 beobachtet das niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) die saisonale ARE-Aktivität mittels zwei verschiedener Surveillance-Module: die virologische Surveillance in Arztpraxen sowie das Monitoring des ARE-Krankenzustandes in vorschulischen Kindertageseinrichtungen. Da über diese beiden Module lediglich das Infektionsgeschehen bei Kindern abgebildet werden kann, hat das NLGA das Projekt PanCHECK-IN (Pandemie-Check in Niedersachsen) in Kooperation mit der AOK Niedersachsen initiiert. PanCHECK-IN verwendet Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU) aller versicherungspflichtigen Beschäftigten der AOK Niedersachsen als Datenquelle. Die an die Krankenkasse versandten AUs enthalten eine oder mehrere ärztliche ICD-Diagnosen, welche im Rahmen des Projektes wöchentlich auf ARE-Codes gescreent werden. Dafür werden in Anlehnung an das SEED^{ARE} Projekt des RKI definierte ICD-Codes für COVID-19 und ARE genutzt. Ab Oktober 2022 werden die wöchentlich erhobenen 7-Tage-AU-Inzidenzen für ARE und COVID-19 als Trends dargestellt und zusammen mit vorhandenen Datensätzen der bestehenden Surveillance-Systeme abgeglichen. Die Ergebnisse sollen auf dem BVÖGD-Kongress vorgestellt werden.

Über die Kombination der beiden Surveillance-Systeme gelingt eine umfassende Beobachtung des ARE-Infektionsgeschehens in Niedersachsen über nahezu alle Altersgruppen. Jedoch werden nicht-Berufstätige Personen, Rentner*innen und Personen, die trotz ARE-Erkrankungen ihrer Arbeit nachgehen in diesem Surveillance-System nicht abgebildet. Zu diskutieren ist, inwieweit eine Surveillance per AU-Bescheinigungen mit ihren Einschränkungen ergänzende Aussagen über die vorhandenen Surveillance-Systeme hinaus erlaubt.

COVID-19 Pandemie-Management – eine qualitative Analyse der Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsamt Heidelberg und den Alten- und Pflegeheimen

Autorinnen/Autoren I. Plaza-Munet¹, S. Hatzivramidis¹, B. Knorr¹, N. Primc¹, M. Borchert¹

Institut 1 Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis, Heidelberg, Universität Heidelberg, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät, Heidelberg

DOI 10.1055/s-0044-1781861

Hintergrund: Es besteht ein Interesse an der Aufarbeitung von Pandemie-Management-Strategien. Es gibt bereits eine Reihe von Berichten aus anderen Ländern und verschiedenen Regionen Deutschlands, die sich auf die psychologischen Aspekte und die getroffenen Maßnahmen konzentrieren. Die Zusammenarbeit zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD) und Alten- und Pflegeheimen (APH) war bislang noch nicht Fokus von Untersuchungen, daher wollen wir mit der vorliegenden Studie ermitteln, welche Maßnahmen für die Pflegeheime wichtig und hilfreich waren, und welche Strategien für eine zukünftige produktive Zusammenarbeit der Institutionen beibehalten, erweitert oder neu eingesetzt werden können. Dabei werden die Perspektiven von Mitarbeitenden der Einrichtungen und des Gesundheitsamts gleichermaßen in den Blick genommen.

Methoden/ Projektbeschreibung: In dieser Studie wird eine Stichprobe von acht Einrichtungen anhand der folgenden Kriterien ausgewählt:

Pandemiephase früh (z.B. Phase 1/spät (z.B. Phase 3), Einrichtungsgröße (groß > 100/klein < = 90) und Inzidenz (hoch/niedrig).

Mit jeweils 3 Mitarbeitenden in jedem Pflegeheim werden jeweils 60 Minuten semistrukturierte individuelle Interviews geführt.

Weiterhin werden alle 14 Mitarbeitende des Gesundheitsamtes zur Teilnahme eingeladen, die in den Jahren 2020 bis 2023 im COVID-19-Heim-Team gearbeitet

haben. Dazu gehören Mitarbeitende aus folgenden Gruppen: Ärzt*innen mit Leitungsfunktion, nicht-ärztliche Koordinator*innen, Fallbearbeitende.

Die Interviews werden aufgezeichnet, transkribiert und einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring und Kuckartz unterzogen.

Erwartete Ergebnisse: Wir erwarten von dieser Studie Hinweise, wie Strategien zur Pandemiebewältigung umgesetzt wurden, und wie Prozesse verbessert und auf andere Krankheiten ausgeweitet werden können. Erforderliche Änderungen an den Krisenmanagementstrukturen und Pandemieplänen der Einrichtungen können vorgenommen werden. Probleme bei der Bewältigung der Pandemie im Allgemeinen, und bei der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt im Besonderen, können identifiziert und Strategien zur zukünftigen Verbesserung erarbeitet werden.

Epidemiologie der SARS-CoV-2 Pandemie in Alten- und Pflegeheimen: Welche Lehren lassen sich ziehen?

Autorinnen/Autoren N. J. Knab¹, B. Knorr¹, C. Dyer¹, M. Borchert¹

Institut 1 Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg

DOI 10.1055/s-0044-1781862

Eine der wichtigsten Herausforderungen während der Covid-19 Pandemie war es, die Bewohnenden von Alten- und Pflegeheimen (APH) vor einer SARS-CoV-2 Infektion zu schützen, die aufgrund ihres Alters und häufigen Vorerkrankungen eine besonders vulnerable Personengruppe darstellten. Infektionsdaten aus diesen Einrichtungen stellen die Grundlage dar, um Probleme zu identifizieren und daraus für ähnliche Szenarien zu lernen.

Wir zeigen die Melde- und Ermittlungsdaten aus der Kontaktaufnahme des Gesundheitsamtes mit den APH im Verlauf der Pandemie von 2020-2023 aus dem Rhein-Neckar-Kreis und dem Stadtkreis Heidelberg.

Bei den 7041 Heimbewohnenden (BW) in 88 APH und deren Mitarbeitenden (MA) kam es insgesamt zu 9574 Covid-19 Infektionen, davon waren 63 % Infektionen der Bewohnenden, 37 % Infektionen unter den Mitarbeitenden. Im Vergleich zu der jeweiligen Inzidenz in der Bevölkerung war der Eintrag in die Pflegeheime immer zu Beginn einer neuen Welle am höchsten, flaute dann aber trotz steigender Inzidenz wieder ab. Dabei war der Primärfall, durch den der Eintrag in die Einrichtung erfolgte, in 70 % der Ereignisse ein Mitarbeitender (Pflege 53 %, weiteres Personal 17 %). Der Anteil an Ansteckung durch positive Besuchende, externe Kontakte der Bewohnenden und Krankenhausrückkehrende lag jeweils unter 5%.

Der weitaus größte Teil der Covid19 Infektionen in APH (88 %) fand aber nicht als Eintrag von außen, sondern als Teil von Ausbrüchen innerhalb der Einrichtung statt. 95 % der infizierten Bewohnenden (75 % der Fälle bei MA) traten innerhalb von Ausbrüchen auf. Das Ausbruchsrisiko war dabei unabhängig von der Größe der Einrichtung.

Der hohe Anteil an Mitarbeitenden als Primärfall zeigt das Potential, mit einer engeren Teststrategie und Schulung der Mitarbeiter, z.B. im Umgang mit Masken, den Eintrag in die APH möglicherweise noch weiter zu reduzieren und die Infektion gar nicht erst in die Heime zu bringen. Der niedrige Eintrag durch Besuchende weist möglicherweise darauf hin, dass Besuchertestungen und externe Kontaktreduktion als Maßnahmen wirksam waren.

Problematisch war, dass es nicht gelang, Ausbrüche innerhalb der Einrichtung mit teilweise vielen Fällen zu verhindern. Hier wäre es wichtig, in gemeinsamer Überlegung mit den Einrichtungen umsetzbare Konzepte zu entwickeln, die die hier gewonnenen Erkenntnisse mit einbeziehen und damit die Erfolgsquote erhöhen könnten.

Erfahrungsbericht zur Umsetzung der ‘Einrichtungsbezogenen Impfpflicht’ nach § 20a Infektionsschutzgesetz in Hamburg-Eimsbüttel

Autorinnen/Autoren C. Strauß¹, A. Weidlich^{1,2}, P. Schröder-Bäck³, S. Thober², J. Schreiber^{1,3}

Institute 1 Amt für Gesundheit, Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration, Freie und Hansestadt Hamburg; 2 vormals Fachamt für Gesundheit, Dezernat Soziales, Jugend und Gesundheit, Bezirksamt Eimsbüttel, Freie und Hansestadt Hamburg; 3 Institut für Geschichte und Ethik, Hochschule für Polizei und öffentliche Verwaltung Nordrhein-Westfalen (HSPV NRW), Aachen

DOI 10.1055/s-0044-1781863

Hintergrund: Die sogenannten Einrichtungsbezogene COVID-19 Impfpflicht (EBI) galt bundesweit zwischen dem 16.03.2022 und dem 31.12.2022 für Personen, die im medizinischen und pflegerischen Sektor tätig waren und wurde kontrovers diskutiert sowie in unterschiedlichem Maße in den Bundesländern und deren Kommunen umgesetzt. In Hamburg wurde gegenüber Personen, die nach entsprechender Aufforderung keinen gültigen Impfnachweis vorlegen konnten, im Rahmen einer Ermessensentscheidung des zuständigen Gesundheitsamtes (GA) ein Betretungsverbot ausgesprochen oder die weitere Tätigkeit unter Auflagen gestattet, sofern durch ein Betretungsverbot ein Versorgungsengpass drohte. Die Präsentation stellt am Beispiel der Umsetzung der EBI im Gesundheitsamt Hamburg-Eimsbüttel die behördlichen, medizinischen und ethischen Herausforderungen und den Umgang mit diesen dar.

Methoden: Eine Beschreibung der Umsetzung der EBI sowie den damit verbundenen Herausforderungen erfolgt anhand von Vorgängen aus der Software-Anwendung ‘Hamburger Pandemiemanager’ (HPM), vorliegenden Konzeptpapieren, Arbeitsleitfäden, Protokollen von Fallkonferenzen und Papieren, die als Bewertungskriterien zur Ermessensentscheidung der Gesundheitsämter dienten sowie aktueller Literatur. Darüber hinaus fließen die Erfahrungen der im Prozess beteiligten Autor*innen ein.

Ergebnisse: Eine bereichsübergreifende multiprofessionelle Arbeitsgruppe der Sozialbehörde Hamburg (SB) entwarf unter Beteiligung eines Bezirksvertreters einen Prozess für die Bearbeitung der Meldungen, der auf konsensueller Basis durch die bezirklichen GAs umgesetzt wurde. Große Teile des Prozesses konnten automatisiert und digitalisiert werden.

Eine während der Pandemie eingerichtete temporäre Einheit der SB zur Unterstützung der GAs übernahm die ersten Schritte der Bearbeitung sämtlicher Meldungen. Ein Großteil der Fälle konnte zügig abgeschlossen werden, da nach Aufforderung entweder Impfnachweise nachgereicht wurden, eine Beschäftigungsänderung erfolgt war oder es sich um Falschmeldungen handelte.

Meldungen aus dem Bezirk Eimsbüttel bei denen sich nach erster Prüfung der Unterlagen durch die Einheit der SB herausstellte, dass die Ermessensentscheidung weitreichende fachliche Expertise erforderte, wurden zur Bearbeitung an das GA Eimsbüttel weitergeleitet.

Ein zentrales Instrument waren hierbei bezirksinterne Fallkonferenzen, in denen nach Sichtung und Besprechung der Unterlagen und unter der Möglichkeit eines Vetos, Entscheidungen nach dem Mehrheitsprinzip getroffen wurden. Darüber hinaus wurden Fälle, die intern strittig waren, im Rahmen bezirksübergreifender Fallkonferenzen vorgestellt und diskutiert. Über diese Instrumente konnte eine möglichst weite Konsistenz in der Entscheidungsfindung erreicht werden.

Als besondere Herausforderungen im Umsetzungsprozess wurde unter anderem (1) die Kurzfristigkeit der Einführung und Wirkdauer des Gesetzes, (2) die sich ändernden Bedingungen durch Virus-Varianten und Änderungen relevanter Vorgaben sowie (3) ethische und moralische Bedenken und Konflikte der GA-Mitarbeitenden, die die Entscheidungen trafen, identifiziert.

Die Betrachtung der Umsetzung der EBI in Hamburg bietet keine abschließende Bewertung über Impfpflichten als politisches Werkzeug der Prävention. Die

Benennung und Diskussion der Herausforderungen bieten aber eine Grundlage um diesen in ähnlichen Szenarien, die zukünftig auf die Politik und den Öffentlichen Gesundheitsdienst zukommen könnten, möglichst weitreichend vorbeugen zu können.

Etablierung eines Forschungsnetzwerks auf kommunaler Ebene im ÖGD – Unwägbarkeiten und Potenziale am Beispiel der Datenauswertung zur COVID-19 Pandemie

Autorinnen/Autoren J. Hellinckx^{1,15}, S. Diefenbacher^{1,15}, A. Galante-Gottschalk^{1,15}, R. Zöllner², L. E. Jentzen³, A. Mischnik³, M. Pfahler⁴, D. Behringer⁴, M. Borchert⁵, C. Dyer⁵, A. Kühn⁵, S. Frölich⁶, M. Schneider⁶, N. Tecle⁷, S. Meyer⁷, J. Söller⁸, S. Kiefer⁸, A. Kossow⁹, S. Scharkus⁹, D. Redemann¹⁰, A. Schmidt¹⁰, T. Becker¹⁰, F. Bauer¹⁰, A. Sigmund¹¹, M. Teinert¹¹, S. Gleich¹², N. Savaskan¹³, J. Wüste-Rieback¹⁴, P. Tinnemann^{2,16}, S. Ehehalt^{1,16}, E. A. Rehfuess^{14,16}

Institute 1 Gesundheitsamt Stuttgart; 2 Gesundheitsamt Frankfurt am Main; 3 Gesundheitsamt Lübeck; 4 Gesundheitsamt Rems-Murr-Kreis; 5 Gesundheitsamt Heidelberg/Rhein-Neckar-Kreis; 6 Gesundheitsamt Landkreis Offenbach; 7 Gesundheitsamt Landkreis Böblingen; 8 Gesundheitsamt Wiesbaden; 9 Gesundheitsamt Köln; 10 Gesundheitsamt Dresden; 11 Gesundheitsamt Neckar-Odenwald-Kreis; 12 Gesundheitsamt München; 13 Gesundheitsamt Neukölln; 14 Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung an der Ludwig-Maximilians-Universität München; 15 gleichberechtigte Erstautoren; 16 gleichberechtigte Letztautoren
DOI 10.1055/s-0044-1781864

Hintergrund: Vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung von evidenzbasiertem Handeln im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) haben sich die Gesundheitsämter der vierzehn größten Städte in Deutschland im Frühjahr 2022 entschlossen, gemeinsame Forschungsprojekte umzusetzen. Mit der statistischen Auswertung von Meldedaten zu COVID-19 wurde im Dezember 2022 das erste Projekt festgelegt und eine wissenschaftliche Arbeitsgruppe durch die Gesundheitsämter Stuttgart und Frankfurt am Main initiiert.

Der Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) in München begleitet das Vorhaben als wissenschaftlicher Partner.

Das Ziel ist es, Lehren aus der COVID-19-Pandemie zu ziehen, um eine Pandemiebekämpfung zukünftig effektiver gestalten zu können.

Vorgehensweise: Die Zusammenarbeit wird federführend durch das Gesundheitsamt Stuttgart koordiniert. Neben größeren sind mittlere und kleine Gesundheitsämter eingebunden. In einer Stufenstrategie wurden Fragestellungen formuliert und daraus Arbeitspakete abgeleitet.

Parallel dazu entwickelt die LMU mit den Gesundheitsämtern Stuttgart und Frankfurt am Main ein standardisiertes Vorgehen zur Datenbereinigung.

Die Gesundheitsämter übermitteln die bereinigten und aggregierten Daten an die LMU, wo diese in einen gemeinsamen Datensatz überführt werden. Die Auswertung erfolgt gemeinschaftlich durch die Gesundheitsämter und die LMU. Ein Datenschutzkonzept wird erarbeitet und ein Ethik-Votum eingeholt.

Ergebnisse: Elf Gesundheitsämter aus Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Schleswig-Holstein sind beteiligt. Die Organisation der Zusammenarbeit ist zeitintensiv. Neben inhaltlichen Fragestellungen sind organisatorische Aspekte (u.a. technische Ausstattung, interne Vorgaben und Rahmenbedingungen) zu adressieren. Die Beteiligung wird von den Gesundheitsämtern neben der originären Tätigkeit erbracht.

Schlussfolgerung: Der Aufbau einer wissenschaftlichen Arbeitsgruppe auf kommunaler Ebene im ÖGD wurde erfolgreich umgesetzt. Die bisherigen Erfahrungen zeigen eine hohe Kompetenz und Motivation. Es besteht großes Interesse daran, die im jeweiligen Gesundheitsamt erhobenen Daten einzu- bringen und die bestehende Expertise auszubauen.

Evaluation der Meldepflicht gemäß § 35 Abs. 6 IfSG: Ergebnisse der Befragung der Pflegeeinrichtungen

Autorinnen/Autoren D. Said^{1,2}, A. Meinen^{1,2}, S. B. Schink¹, M. Abu Sin¹, B. Schweickert¹, T. Eckmanns¹

Institute 1 Robert Koch-Institut, Berlin; 2 Diese Autorinnen haben gleichwertig zum Abstract beigetragen

DOI 10.1055/s-0044-1781865

Hintergrund: Die COVID-19-Pandemie stellte insbesondere für pflegebedürftige Personen ein erhöhtes Erkrankungs- und Sterberisiko dar. Aufgrund mangelnder Daten zur Bewertung der COVID-19-Impfsituation in Pflegeeinrichtungen wurde im März 2022 eine Meldepflicht gemäß § 35 Abs. 6 (ehemals § 20a Abs. 7) eingeführt. Diese verpflichtete voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, dem Robert Koch-Institut (RKI) monatlich anonymisierte Informationen über den COVID-19-Impfstatus ihrer Beschäftigten, Bewohnenden und/oder Gäste zu übermitteln. Zur Evaluierung des eingesetzten Meldesystems führte das RKI zu deren Ende eine Befragung der Einrichtungen, Gesundheitsämter und Landesgesundheitsbehörden durch. Ziel war es den Nutzen des Meldesystems und dessen Umsetzbarkeit zu ermitteln, die bereitgestellten Unterstützungsangebote zu bewerten sowie Herausforderungen und Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren. Zusätzlich sollte die Bereitschaft zur Einführung weiterer Monitoring-Systeme untersucht werden. Es werden die Ergebnisse der Befragung der Einrichtungen vorgestellt.

Methode: Teilnahmeberechtigt waren alle ca. 11.837 bundesweiten meldenden Einrichtungen, mit Ausnahme der Einrichtungen in Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen, deren Daten über landeseigene Systeme an das RKI übermittelt wurden und die daher nicht die Zielgruppe der Befragung waren. Da Hospize in Nordrhein-Westfalen direkt über das RKI-Meldesystem meldeten, konnten jedoch auch diese an der Evaluation teilnehmen. Zur Befragung wurde das Online-Tool "Voxco" verwendet. Der Befragungszeitraum war von April 2023 bis Mai 2023. Der Fragebogen sollte für jede Einrichtung einmalig ausgefüllt werden. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und anonym, weiterhin waren keine Rückschlüsse auf einzelne Einrichtungen möglich.

Ergebnisse: Insgesamt nahmen ca. 19,2% (2.271/11.837) der teilnahmeberechtigten Einrichtungen an der Befragung teil. Pro Bundesland schwankte die Teilnahmequote der Einrichtungen zwischen 15,4% (8/52) in Nordrhein-Westfalen und 22,8% (43/189) in Hamburg. Den Großteil stellten vollstationäre Einrichtungen (67,3%, 1.528/2.271), darunter insbesondere Pflegeheime für ältere Menschen (47,9%, 732/1.528) und mittelgroße Einrichtungen mit 50 bis 99 Bettenplätzen (43,2%, 660/1.528). In Bezug auf die Umsetzung der Meldepflicht wurden die Impfkategorien von 36,1% (820/2.271) als „sehr gut“ verständlich empfunden und auch die bereitgestellten Unterstützungsangebote wie z.B. die Ausfüllhilfe bei Nutzung von 23,9% (168/704) als „sehr hilfreich“ bewertet. Verbesserungswünsche betrafen insbesondere technische Aspekte, wie Speicher- (36,8%, 836/2.271) und Exportfunktionen (20,7%, 471/2.271). Als Herausforderungen im Hinblick auf die Umsetzung der Meldepflicht besonders oft genannt wurden mangelnde personelle Ressourcen (36,4%, 826/2.271), die Kooperation der Bewohnenden/Gäste (20,4%, 463/2.271) bzw. der Beschäftigten (380/2.271, 16,7%) und interne Dokumentationsmöglichkeiten (420/2.271, 18,5%). Zugleich gaben 25,5% (578/2.271) an, dass sie die Anforderungen der Meldepflicht ohne Probleme bedienen konnten. In Bezug auf die Meldung anderer Erreger halten 22,7% (515/2.271) ein freiwilliges Monitoring für zukünftige Erreger mit signifikanten Gesundheitsauswirkungen für sinnvoll, gleichzeitig sind aber auch 43,2% (980/2.271) der Ansicht, dass weitere Monitoring-Systeme generell nicht angezeigt seien.

Diskussion: Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass die Meldekategorien und Unterstützungsangebote des Meldesystems von den Einrichtungen als verständlich bzw. hilfreich empfunden wurden, das Bestehen einer Meldepflicht die Akquirierung von Information zum Impfstatus häufig jedoch nicht erleichterte. In der Umsetzung der Meldepflicht stellen insbesondere die Bedingungen und Kapazitätsengpässe in den Einrichtungen eine Herausforderung dar. Die Bereitschaft zur Einführung weiterer Monitoring-Systeme scheint von Seiten

der Einrichtungen nur begrenzt zu sein. Dies verdeutlicht, dass für einen verbesserten Infektionsschutz in den Einrichtungen unter anderem die Möglichkeiten zur Meldung vereinfacht werden müssen. Dazu gehört auch, den Aufbau digitaler Infrastrukturen in den Einrichtungen zu fördern. Angesichts bereits bestehender Gesundheitsrisiken in den Einrichtungen, wie beispielsweise antibiotikaresistente Erreger und auch in Hinblick auf zukünftige Pandemien sollte die Etablierung von Monitoring-Systemen unter Berücksichtigung der Gegebenheiten in den Einrichtungen verstärkt in den Fokus des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Politik und der Wissenschaft gerückt werden.

Evaluation der Meldepflicht gemäß § 35 Abs. 6 IfSG: Ergebnisse der Befragung des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Autorinnen/Autoren A. Meinen^{1,2}, D. Said^{1,2}, S. B. Schink¹, M. Abu Sin¹, B. Schweickert¹, T. Eckmanns¹

Institute 1 Robert Koch Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Fachgebiet 37: Nosokomiale Infektionen, Surveillance von Antibiotikaresistenz und -verbrauch, Berlin; 2 Diese Autorinnen haben gleichwertig zum Abstract beigetragen.

DOI 10.1055/s-0044-1781866

Hintergrund: Im März 2022 wurde die Meldepflicht gemäß § 35 Abs. 6 (ehemals § 20a Abs. 7) Infektionsschutzgesetz (IfSG) eingeführt, welche stationäre Pflegeeinrichtungen verpflichtete, dem Robert Koch-Institut monatlich Angaben zum Anteil der Beschäftigten und Bewohnenden/Gäste, die gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft sind in anonymisierter Form direkt zu übermitteln. Da im Rahmen des bereits am RKI etablierten Meldesystems eine kurzfristige Umsetzung nicht möglich war, wurde ein alternativer Meldeweg eingerichtet. Es wurde vom RKI eine Evaluation des eingesetzten Meldesystems durchgeführt mit dem Ziel die Eignung für die Erfassung der Meldedaten zu untersuchen. In die Evaluation wurden die Pflegeeinrichtungen sowie der öffentliche Gesundheitsdienst eingebunden. Es werden die Ergebnisse der Befragung des öffentlichen Gesundheitsdienstes vorgestellt.

Methode: Die Landesgesundheitsbehörden und Gesundheitsämter wurden bundesweit per E-Mail-Anschreiben eingeladen, an einer Online-Befragung teilzunehmen. Die Befragung wurde überlappend mit Ende der zeitlich befristeten Meldepflicht durchgeführt. Der Befragungszeitraum war Anfang April bis Ende Mai 2023. Die Evaluation wurde mit Hilfe des Online-Tools Voxco durchgeführt. Inhalte der Evaluation waren unter anderem eine Einschätzung zur Kenntnis über COVID-19-Impfquoten in stationären Pflegeeinrichtungen vor Einführung der Meldepflicht und Fragen zum Aufbau und der Nutzung des monatlich erschienenen Bundes- sowie Bundeslandberichts sowie daraus abgeleiteten Unterstützungsmaßnahmen. Die Teilnahme war freiwillig und anonym.

Ergebnisse: Insgesamt haben 304 Mitarbeitende aus Gesundheitsämtern aller Bundesländer und 37 Mitarbeitende aus zwölf Landesgesundheitsbehörden teilgenommen. Bereits vor der Meldepflicht erhoben etwa die Hälfte (48%) der Gesundheitsämter regelmäßig COVID-19-Impfquoten von Beschäftigten und Bewohnenden/Gästen voll- und teilstationärer Einrichtungen. Insgesamt gaben 78% der Gesundheitsämter an, dass die monatlich vom RKI bereitgestellten Bundes- sowie Bundeslandberichte zur Beurteilung der COVID-19-Impfsituation hilfreich waren. Für 22% der Gesundheitsämter war der Informationsgehalt nicht ausreichend, da auf Kreisebene aggregierte Daten bereitgestellt wurden und das Ableiten von einrichtungsindividuellen Maßnahmen nicht möglich war. Hier wurde ein passwortgeschützter Online-Zugang zu den Impfquoten individueller Pflegeeinrichtungen gewünscht. Gesundheitsämter stellten den Einrichtungen zur Verbesserung der COVID-19-Impfsituation vor allem Impfkategorien sowie Gesprächs- oder Beratungsangebote zur Verfügung. Für 42% der Gesundheitsämter war die Definition der von den Pflegeeinrichtungen zu meldenden Impfkategorien nicht ausreichend, da neben der Impfung der Genesenstatus nicht mit einbezogen war. Die Landesgesundheitsbehörden nutzen den Bericht hauptsächlich zur Einschätzung der Impfsituation im Bundesland (27,0%) sowie zur Einordnung der Ergebnisse im Vergleich zu angren-

zenden Bundesländern (18,9%). Etwa 11 % der Landesgesundheitsbehörden geben an, den Bundes- oder Bundeslandbericht nicht genutzt zu haben.

Diskussion: Die Umsetzung der Meldepflicht gemäß § 35 Abs. 6 IfSG war trotz der kurzfristigen Einführung erfolgreich. Die übergeordneten Meldedaten wurden von den Gesundheitsämtern und Landesstellen zu einem Großteil als epidemiologisch wertvoll angesehen und genutzt, waren jedoch für konkrete Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen eher ungeeignet, weil – nach gesetzlicher Vorgabe – keine Daten zu einzelnen Altenheimen zur Verfügung gestellt wurden. Es ist davon auszugehen, dass auch in zukünftigen Pandemien stationäre Pflegeeinrichtungen betroffen sein werden. Surveillance-Systeme müssen daher bereits vorher geplant und in den Grundzügen schon etabliert sein, um dann im akuten Ereignis schnell erweitert werden zu können.

Importierte Malaria Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen – Ergebnisse aus der landesweiten Surveillance

Autorinnen/Autoren J. Schauer¹, A. Jurke¹

Institut 1 Landeszentrum Gesundheit NRW, Fachgruppe Infektionsepidemiologie, Bochum

DOI 10.1055/s-0044-1781867

Mit der Einführung der namentlichen Meldepflicht von Malaria bzw. *Plasmodium spp.* gemäß § 7 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes am 17.07.2023 erhielt das Landeszentrum Gesundheit NRW als Landesmeldestelle für meldepflichtige Erkrankungen seit August 2023 erstmalig Meldungen von Malaria-Fällen aus den Gesundheitsämtern in NRW. Die Inzidenz ist zwar gering, jedoch können Malaria-Erkrankungen innerhalb kürzester Zeit einen lebensbedrohlichen Verlauf nehmen.

Für das Outcome ist das schnelle Erkennen der Erkrankung und das umgehende Einleiten von adäquaten therapeutischen Maßnahmen von hoher Bedeutung, gerade bei der Erkrankungsform Malaria tropica, welche vornehmlich durch die Plasmodienspezies *P. falciparum* verursacht wird und unbehandelt bei 20 % der nichtimmunen Erkrankten zum Tode führt. Insbesondere bei Fällen mit Verdacht auf virale hämorrhagische Fieber sollte Malaria differenzialdiagnostisch in Betracht gezogen werden und sofern erforderlich zeitnah eine Malariatherapie eingeleitet werden, auch wenn weitere Infektionen noch laboragnostisch in Abklärung sind. Da es gut wirksame Prophylaxen gegen Malaria gibt, ist die Erkrankung grundsätzlich vermeidbar.

Bereits in den letzten Jahren (zwischen 2017 und 2021) erhielt das RKI jährlich nichtnamentliche Meldungen von durchschnittlich 765 importierten Malaria-Fällen, welche die Referenzdefinition erfüllen. Die Anzahl der nach Deutschland importierten Malaria-Infektionen hängt dabei stark von der stets schwankenden epidemiologischen Situation in den Reiseländern sowie der Veränderung von Reiseströmen ab.

Mit einem nun möglichen Überblick über die Zahl und Entwicklung der nach Nordrhein-Westfalen importierten Malaria-Infektionen können Trends identifiziert und erstmalig Informationen zu verschiedenen demographischen und epidemiologischen Aspekten dieser Fälle analysiert werden. Anhand der erhobenen Informationen wie z.B. der Speziesverteilung der Plasmodien kann eine Risikobewertung bezogen auf die Häufigkeit schwerer Verläufe oder dem Auftreten und der Verbreitung von Resistenzen in den verschiedenen Spezies gegenüber eingenommener Prophylaxe durchgeführt werden.

Des Weiteren können anhand der erhobenen Daten Risikogruppen definiert und anhand dessen Aufklärungsstrategien zum Thema Malaria, Malariatherapie und Malariaphylaxe entwickelt werden, welche für Ärztinnen und Ärzte und für eben diese Risikogruppen niederschwellig erreichbar sind (z.B. Flyer in Haus- oder Kinderarztpraxen).

Intensivierte Surveillance zur Erfassung möglicher FSME-Infektionsorte in Bayern, Mai–Oktober 2023

Autorinnen/Autoren J. Metz^{1,2}, S. Böhm^{1,3}, M. Böhm^{1,4}

Institute 1 Landesinstitut Task Force Infektiologie, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), München; 2 Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie (PAE), Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin; 3 Medizinische Fakultät Ludwig-Maximilians-Universität, München; 4 Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg

DOI 10.1055/s-0044-1781868

Hintergrund: In Deutschland ist ein Anstieg und eine geografische Ausbreitung von Erkrankungsfällen der zeckenübertragenen, durch ein Flavivirus verursachten Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) zu beobachten. Ein erhöhtes Risiko geht von FSME-Naturherden aus, die aus einem oder mehreren fußballfeldgroßen Mikrofoci gebildet werden, in denen das FSME-Virus zirkuliert. In der FSME-Surveillance nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) werden Informationen zum Infektionsort auf Landkreisebene erfasst, was die räumliche Feinstruktur der Naturherde nicht angemessen wiedergibt. In der Zeckensaison 2023 wurde in Bayern eine intensivierte Surveillance zur detaillierteren Erfassung möglicher FSME-Infektionsorte erprobt. Ziel ist es, potentielle Infektionsorte kleinräumiger zu erfassen, um so Hinweise auf bisher unbekannte Naturherde zu liefern.

Methoden: Von Mai bis Oktober 2023 wurden gemäß IfSG übermittelte FSME-Fälle zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Mithilfe eines Online-Fragebogens wurden Teilnehmende anonym zu möglichen Infektionsorten befragt (Orte im Freien mit möglichem Zeckenkontakt in den 14 Tagen vor Beginn der Erkrankung). Diese Befragungsdaten wurden mit Surveillancedaten verknüpft, um Analysen zur Rücklaufquote zu ermöglichen.

Vorläufige Ergebnisse: Von 184 zur Befragung eingeladenen FSME-Fällen nahmen 38 teil (Rücklaufquote: 21 %). Der Rücklauf war am höchsten in der Altersgruppe der 50–59- (35 %) und 70–79-Jährigen (24 %), am geringsten unter den 30–39-Jährigen (11 %). 35 Teilnehmende gaben insgesamt 51 mögliche Infektionsorte in Bayern an. Meist wurde lediglich ein möglicher Infektionsort genannt (71 %). Es konnten drei Orte identifiziert werden, an denen sich die Angaben unterschiedlicher Studienteilnehmenden zu möglichen Infektionsorten überschneiden.

Diskussion und Schlussfolgerung: Obwohl bisher nur wenige FSME-Fälle in dieses Pilotprojekt eingeschlossen wurden, wurden bereits sich überschneidende mögliche Infektionsorte detektiert. Eine Verstärkung der Datenerhebung ermöglicht es, kontinuierlich Hinweise auf potentielle FSME-Naturherde zu erhalten. Dies ist mit dem getesteten Instrument möglich. Auch die Altersgruppen mit der höchsten FSME-Inzidenz (ab 60 Jahren) konnten problemlos mit diesem Erhebungsinstrument erreicht werden.

Meldeverhalten der Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Meldepflicht §35 Abs. 7 IfSG

Autorinnen/Autoren B. Schweickert¹, D. Said¹, A. Meinen¹, N. Willrich¹, A.-C. Vietor¹, M. Abu Sin¹, T. Eckmanns¹

Institut 1 Robert Koch Institut, Berlin

DOI 10.1055/s-0044-1781869

Hintergrund: Im März 2022 wurde eine befristete Meldepflicht gemäß § 35 Abs. 6 (ehemals § 20a Abs. 7) eingeführt, welche stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen (PE) verpflichtete monatlich Angaben zum Anteil der Beschäftigten und Bewohnenden/Gäste, die gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft sind, an das Robert Koch-Institut (RKI) zu übermitteln. Aufgrund der Notwendigkeit einer kurzfristigen Implementierung wurde parallel zu dem bestehenden, im öffentlichen Gesundheitswesen etablierten Meldeweg (SurvNet) ein elektronisches Meldesystem bereitgestellt, das eine direkte Übermittlung der Meldetatbestände von den PE an das RKI erlaubte. Dies war für viele PE ein Novum und musste ungeachtet der unterschiedlichen Voraussetzungen hinsichtlich der personellen und technischen Infrastruktur von allen PE glei-

chermaßen umgesetzt werden. Teilergebnisse einer Analyse des Meldeverhaltens der PE werden vorgestellt.

Methoden: Die Meldung durch die PE erfolgte über die online Plattform Voxco. Im Rahmen der Meldung wurden entsprechend den gesetzlichen Vorgaben Informationen zur Einrichtungsart (vollstationär, teilstationär, vollstationär mit Tagespflege) und dem Bundesland des Standortes erfasst. Die Größe der vollstationären PE wurde indirekt über die Angabe der aggregierten Impffzahlen der Bewohnenden in den verschiedenen Impfkategorien ermittelt. Der Beobachtungszeitraum erstreckt sich über die Dauer der gesetzlichen Meldepflicht von April 2022 bis April 2023. Die absolute Anzahl und der relative Anteil der meldenden PE wurden im zeitlichen Verlauf betrachtet sowie stratifiziert nach Einrichtungsart, Bundesland, der Anzahl gemeldeter Monate (Mon) (Kategorien: < = 3 Mon/ 4-6 Mon/ 7-9 Mon/ 10-13 Mon) und bei vollstationären PE nach Größenkategorie (1-40 Plätze/ 41-60 Plätze/ 61-80 Plätze/ 81-100 Plätze/ 101-150 Plätze/ > 151 Plätze). Darüber hinaus wurde der Median und interquartile Range (IQR) der Anzahl der gemeldeten Monate/PE berechnet.

Ergebnisse: Insgesamt haben 15.652 Einrichtungen mindestens 1 Monat gemeldet. Dies entspricht etwa 98 % der Gesamtzahl der Pflegeeinrichtungen (Destatis 2021). Davon entfielen 10.422 auf vollstationäre, 4677 auf teilstationäre und 553 auf vollstationäre Einrichtungen mit Tagespflege. Im zeitlichen Verlauf stieg die Anzahl der meldenden Einrichtungen zunächst an und erreichte im Monat August einen Höchststand (12.804 PE). In den Folgemonaten kam es zu einem leichten Rückgang gefolgt von einem abrupten Abfall um 30 % von Dezember 2022 auf Januar 2023 koinzidierend mit dem Ende der Impfpflicht von Beschäftigten der PE. Die Anzahl der meldenden Einrichtungen sank daraufhin weiter bis April 2023 auf etwa 50 % des Höchststandes (6408 PE) zusammenfallend mit dem Ende der verbliebenen Coronamaßnahmen. Die Anzahl der Meldemonate betrug im Median 10 Mon (IQR: 7-12 Mon) bei vollstationären PE und PE mit > 80 Plätzen und 9 Mon (IQR: 6-12 Mon) bei vollstationären PE mit < = 80 Plätzen und bei teilstationären PE. Nahezu 50 % der Einrichtungen haben 10-13 Monate gemeldet, 26 % 6-9 Mon, 13 % 3-6 Mo und 11 % < 3 Monate. Eine ähnliche Verteilung findet sich auch in den Strata der einzelnen Größenkategorien der vollstationären PE, wobei der Anteil der PE, die 10-13 Mon gemeldet haben, in PE mit > 80 Plätzen etwas höher war (54 %) als in PE mit < = 80 Plätzen (50 %). Der bundesland-spezifische Anteil der PE mit mindestens 1 Meldung variierte zwischen 86 % in Sachsen-Anhalt und 100 % in Nordrhein-Westfalen und Rheinlandpfalz (Bezug Destatis 2021) und der Anteil der PE, die 10-13 Mon gemeldet haben, bewegte sich zwischen 41 % in Bremen und 57 % in Mecklenburg-Vorpommern.

Schlussfolgerungen: Die Meldepflicht wurde von nahezu allen PE ungeachtet von deren Art und Größe umgesetzt und etwa 50 % haben entsprechend den gesetzlichen Vorgaben nahezu vollumfänglich monatlich gemeldet. Die Entwicklung der Anzahl der meldenden Einrichtungen im zeitlichen Verlauf spiegelte die sich ändernde Politik der Coronamaßnahmen wider, was darauf hinweist, dass auch unabhängig von einrichtungsindividuellen Ressourcen der politische Kontext und die damit verbundene Einschätzung der Pandemiesituation eine große Rolle spielten. Dies zeigt die Wichtigkeit der Einbettung von Maßnahmen (Meldepflicht oder z. B. Surveillance-Projekte) in einen konsistenten äußeren Kontext für die Einschätzung von deren Sinnhaftigkeit und damit verbunden der Motivation zur Umsetzung.

Pandemiemanagement in der stationären Langzeitpflege – qualitative Analyse der Herausforderungen und "Best Practice" aus Sicht der Mitarbeiter*innen des Gesundheitsamtes

Autorinnen/Autoren N. Primc¹, I. Plaza-Munet², S. Hatzivramidis¹, B. Knorr², M. Borchert²

Institute 1 Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg; 2 Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis, Heidelberg
DOI 10.1055/s-0044-1781870

Hintergrund und Fragestellung: Die Corona-Pandemie hat die deutschen Gesundheitsämter vor große Herausforderungen gestellt. Innerhalb kürzester Zeit mussten intern neue Strukturen und Arbeitsabläufe implementiert, sowie zusätzliches Personal rekrutiert und geschult werden, um die pandemiebedingten Maßnahmen koordinieren zu können. Kaum untersucht wurde bisher die Perspektive der Mitarbeiter*innen der Gesundheitsämter, die die pandemiebedingten Maßnahmen und deren Umsetzung begleitet haben. Diesem Forschungsdesiderat soll im Rahmen einer qualitativen Interviewstudie entgegen gewirkt werden, welches die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen dem sogenannten „COVID-19 Heim-Team“ des Gesundheitsamts Rhein-Neckar-Kreis und den in dessen Zuständigkeitsbereich fallenden Pflegeheimen untersucht. Hierdurch sollen Erkenntnisse zur erfolgreichen Implementierung von Maßnahmen zur Bewältigung von zukünftigen pandemieähnlichen Gefahrenlagen gewonnen werden.

Methodisches Vorgehen: Mittels leitfadengestützter qualitativer Interviews werden in den Monaten November 2023-Januar 2024 (ehemalige) Mitarbeiter*innen des während der Pandemie am Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis eingerichteten „COVID-19 Heim-Teams“ befragt.

Um einen möglichst breiten Einblick in die einzelnen Verantwortungsbereiche zu erhalten und eine qualitative Datensättigung sicherzustellen, werden Personen aus den drei Gruppen an Mitarbeiter*innen des „Covid-19 Heim-Teams“ in die Interviewstudie einbezogen, 1) den (zum Teil extern rekrutierten) Fallbearbeiter*innen, 2) den nicht-ärztliche Koordinator*innen, sowie 3) den Ärzt*innen mit Leitungsfunktion. Die Interviews werden mittels Audiogerät aufgezeichnet, anschließend transkribiert und pseudonymisiert. Die Transkripte werden in Form einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse mittels deduktiver und induktiver Kategorien analysiert (siehe Kuckartz/Rädiker 2022. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim).

Ergebnisse: Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist es, aus Sicht der (ehemaligen) Mitarbeiter*innen des „COVID-19 Heim-Teams“ Herausforderungen und „best practice“-Beispiele 1) in der Kommunikation mit den Pflegeheimen, 2) der Implementierung und Begleitung von pandemiebedingten Maßnahmen in den Pflegeheimen, sowie 3) der internen Kommunikationsstrukturen, Arbeitsabläufe sowie Schulungs- und Unterstützungsangebote für die Mitarbeiter*innen des „COVID-19 Heim-Teams“ zu identifizieren.

Prävalenz und Risikofaktoren von Hepatitis C in niedersächsischen Justizvollzugsanstalten

Autorinnen/Autoren M. Scharlach¹, A. Baillot¹

Institut 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Hannover
DOI 10.1055/s-0044-1781871

Gefängnisinsassen sind häufiger Träger von Hepatitis C-Virus-Infektionsmarkern (HCV) als die Allgemeinbevölkerung. Ein bekannter Übertragungsweg ist die Benutzung gemeinsamer Nadeln beim Spritzen von Drogen sowie vermutlich auch Tätowieren und Piercen. Infektionen bleiben oft jahrelang unerkannt und unbehandelt und können so zu gesundheitlichen Folgeschäden führen und sich weiter ausbreiten.

Für die Niedersächsischen Justizvollzugsanstalten untersucht das NLGA Blutproben auf Hepatitis C-Antikörper und andere Virusinfektionen. Die labor diagnostischen Untersuchungen wurden zunächst mit einer umfassenden epidemiologischen Studie begleitet und anschließend in ein Routinesystem überführt. Beantwortet werden die Fragen: Wie hoch ist die HCV-Prävalenz in den Justizvollzugsanstalten in Niedersachsen und welche Risikofaktoren für eine HCV-Infektion gibt es?

Im Zeitraum 1. Januar 2013 – 1. Juli 2023 lag für 3 928 Gefangene (> = 16 Jahre) ein erstes Untersuchungsergebnis vor. Das Medianalter der 3 549 männlichen Gefangenen betrug 27 Jahre, das der 279 weiblichen Gefangenen 35 Jahre. 13 % der männlichen Gefangenen und 31 % der weiblichen Gefangenen wiesen HCV-Antikörper auf. Als unabhängige Risikofaktoren für den Nachweis von HCV-Antikörpern konnten intravenöser (i. v.) Drogenkonsum, ein Geburts-

land außerhalb Deutschlands, mehr als zwei Inhaftierungen in der Vergangenheit sowie Tätowierungen und ein zunehmendes Alter identifiziert werden. Für männliche Inhaftierte war konkret ein Geburtsland in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion ein unabhängiger Prädiktor für den Nachweis von HCV-Antikörpern.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die Risikofaktoren i. v. Drogenkonsum und Tätowierungen für HCV in Justizvollzugsanstalten weiterhin von Bedeutung sind. Bedingt durch die deutlich abnehmende Anzahl der verwertbaren epidemiologischen Informationen ist eine belastbare Aussage zu Entwicklung des i. v. Drogenkonsums in Justizvollzugsanstalten und der anderen Risikofaktoren nicht möglich. Das Studienkonzept wird derzeit evaluiert, um die Teilnahmebereitschaft in den Einrichtungen zu erhöhen.

Rechts- und Handlungssicherheit im behördlichen Infektionsschutz: Ergebnisse einer qualitativen Studie mit Infektionsschutzexpert*innen aus Gesundheitsämtern

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

Institute 1 Zentrum für Öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen; 2 Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt der Stadt Mannheim

DOI 10.1055/s-0044-1781872

Hintergrund: Die Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) mit dem Zweck der frühzeitigen Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten ist im Wesentlichen Aufgabe der Gesundheitsämter. Rechts- und Handlungssicherheit im Rahmen dieser Tätigkeit sind für die persönliche Absicherung der handelnden Mitarbeitenden essentiell. Das Handeln von Infektionsschutzbehörden war während der Pandemie zentrales Thema der öffentlichen Diskussion und der Rechtsprechung. Vielfach mussten sich Gesundheitsbehörden gerichtlichen Verfahren als Zeugen oder Angeklagte stellen, was zu erheblicher Verunsicherung bei den Mitarbeitenden führte. Inhaltliche oder strukturelle Voraussetzungen der Arbeit im Infektionsschutz, die die Rechts- und Handlungssicherheit im Infektionsschutz beeinflussen, wurden bislang weder analysiert noch diskutiert.

Ziele: Ziel des vorliegenden Teilprojektes der IfSG-CHECK-Studie ist es, Erfahrungen und Meinungen von Infektionsschutzexpert*innen aus Gesundheitsämtern zu den bestehenden Voraussetzungen für Rechts- und Handlungssicherheit zu erheben und zu diskutieren.

Methoden: Es wurden eine leitfadengeführte Fokusgruppendifkussion mit vier Infektionsschutzexpert*innen und drei qualitative Einzelinterviews zu individuellen Kritikpunkten zur These „Das IfSG bietet für Gesundheitsämter keine ausreichende Rechts- und Handlungssicherheit“ sowie mit Rechts- und Handlungssicherheit im Zusammenhang stehender Ko-Faktoren geführt und mittels qualitativer Inhaltsanalyse angelehnt an Kuckartz ausgewertet. Die Auswahl von IfSG-Expert*innen erfolgte anhand einschlägiger Publikationstätigkeit, Gremienarbeit oder Facharztqualifikation.

Ergebnisse: Die These „Das IfSG bietet für Gesundheitsämter keine ausreichende Rechts- und Handlungssicherheit“ erhielt vier zustimmende, eine ablehnende und zwei ambivalente Rückmeldungen. Es wurde angemerkt, dass die verwaltungsrechtlichen Anforderungen an die Gesundheitsämter zu hoch seien. Als Gründe hierfür wurden nicht ausreichend verwaltungsrechtliche Qualifikation des überwiegend medizinischen Personals und große Verunsicherungen auch von Jurist*innen aufgrund mangelnder Eindeutigkeit der gesetzlichen Vorgaben angegeben. Dies habe in der Folge in der Pandemie zu Verunsicherung und Angst beim Personal geführt. Als Ko-Faktoren für Defizite in Bezug auf Rechts- und Handlungssicherheit wurden mangelnde Verständlichkeit und zu großer Umfang des IfSG, Mangel an Bundeseinheitlichkeit der gesetzlichen Vorgaben, konkurrierende gesetzliche Pflichten bei beschränkten Ressourcen sowie Mangel an Datenschutzregelungen und an digitaler Reife im IfSG genannt.

Fazit: Die Aussagen der Infektionsschutzexpert*innen lassen den Schluss zu, dass mangelnde Rechts- und Handlungssicherheit für Gesundheitsämter im behördlichen Infektionsschutz nicht nur vereinzelt, sondern hinsichtlich verschiedener Aspekte strukturell bedingt ist. Wenn behördlicher Infektionsschutz, der sich wirkungsorientiert an den Zwecken des IfSG gemäß §1 Abs.(1) ausrichtet, für Gesundheitsämter umsetzbar sein soll, dann sind Rechts- und Handlungssicherheit hierfür Grundvoraussetzung. Ein erster Schritt hierzu könnte ein Dialog zu diesem Thema zwischen der Legislative zum Infektionsschutz beim Bund und den exekutiven Gesundheitsbehörden darstellen, um auf beiden Seiten ein Problembewusstsein zu erreichen.

SARS-CoV-2 in Kindergärten – eine die Kindergartenöffnungen begleitende Erarbeitung von präventiven Hygienemaßnahmen

Autorinnen/Autoren V. K. Merk¹, M. Savin-Hoffmeyer¹, G. Wilbring¹, E. Sib¹, M. Exner¹, S. Engels², R. M. Schmithausen³, N. Mutters¹

Institute 1 Universitätsklinikum Bonn, Institut für Hygiene und Public Health, Bonn; 2 Gesundheitsamt der Bundesstadt Bonn; 3 Universitätsmedizin Essen, Institut für Künstliche Intelligenz in der Medizin, Essen

DOI 10.1055/s-0044-1781873

Von Mai bis Juli 2020 wurde eine prospektive longitudinale Beobachtungsstudie „KiRaSu-Kindergarten Risk Assessment and Surveillance“ begleitend zu den Kindergartenöffnungen die Prävalenz und Inzidenz von SARS-CoV-2-Infektionen. Bei 200 freiwillig teilnehmenden Kindern und Mitarbeitenden in zwei ausgewählten Kindergärten in Bonn wurden durch medizinisch geschultes Personal in den drei Zeiträumen 26.-29. Mai, 22.-24. Juni und 06.-08. Juli 2020 insgesamt 435 tiefe Rachenabstriche entnommen. Diese wurden mittels Real-Time RT-PCR auf SARS-CoV-2-RNA untersucht. Die Testungen begleitend füllten die Teilnehmenden insgesamt 469 Fragebögen aus. Diese dienten zur Assoziation von PCR-Ergebnis und Symptomen sowie zur Betrachtung des Hygienebewusstseins der Teilnehmenden, des Erlebens der Situation und der Betreuung der Kinder zuhause. Zur Erfassung möglicher Risikofaktoren einer Übertragung von SARS-CoV-2 füllten 70 der Großteils im Gesundheitswesen der Uniklinik Bonn beschäftigten Elternteile insgesamt 167 Fragebögen aus. Abschließend wurden insgesamt 124 Drop-out-Fragebogen analysiert.

In diesem Zeitraum konnten keine SARS-CoV-2-Infektion bei teilnehmenden Kindern und Mitarbeitenden nachgewiesen werden. Die Prävalenz und Inzidenz waren somit 0, übereinstimmend mit der Infektionslage in Bonn. Auch die im medizinischen Sektor tätigen Eltern schienen keinen Einfluss auf die Infektionszahl der Kinder eines Kindergartens zu haben. Hohe Teilnahmequoten spiegelten das Interesse der Teilnehmenden an der Studie wider.

Ein gesetzlich vorgeschriebenes Hygienekonzept stellt die Grundlage zur Infektionsprävention dar. Daher ist es für eine hygienisch vertretbare Öffnung sowie für das übergeordnete Ziel einer Aufrechterhaltung des Kindergarten-Betriebs wichtig, die Begebenheiten der Kindergarten-Situation sowie Infektionslage darin zu berücksichtigen. Viele bekannte präventive Hygienemaßnahmen lassen sich, teilweise angepasst oder erweitert, gut in Kindergärten umsetzen. Im Fragebogen konnte ein gesteigertes Hygienebewusstsein der Teilnehmenden nachgewiesen werden. Ein Großteil der Befragten hat seit Beginn der Pandemie persönliche Hygienemaßnahmen geändert, in den persönlichen Alltag integriert und beibehalten. Dieses anscheinend bereits vorhandene Hygienebewusstsein der Kinder sollte weiterhin im Kindergarten gefördert werden durch z.B. ein kindgerechtes Besprechen der aktuellen Maßnahmen und durch die Rolle der Mitarbeitenden als Vorbilder.

Schlussfolgernd lässt sich zusammenfassen, dass die Kindergarten-Öffnungen zum Juni 2020 einen richtigen Schritt darstellten. Dies bestätigen die begleitenden Testungen der Kinder, bei denen sich keine positiven Fälle zeigten, in Übereinstimmung mit der damaligen Infektionslage, und kein die Öffnungen begleitender Anstieg des Infektionsgeschehens in Bonn und Deutschland.

SARS-CoV-2 Screening von Einreisenden aus China am Flughafen Frankfurt International, Januar 2023

Autorinnen/Autoren J. Haller^{1,2,3}, B. Böddinghaus¹, R. Ellwanger¹, C. Kleine¹, L. Rousseau¹, D. Schmidt¹, C. Correa-Martinez⁴, S. Gillesberg Lassen⁵, P. Tinnemann¹, U. Götsch¹

Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Abteilung Infektiologie; 2 Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch Institut, Berlin; 3 ECDC Fellowship Programme, Field Epidemiology path (EPIET), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Sweden; 4 Zentrum für Internationalen Gesundheitsschutz (ZIG), Robert Koch-Institute, Berlin; 5 Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institute, Berlin
DOI 10.1055/s-0044-1781874

Hintergrund: Nach Aufgabe der Null-COVID-Strategie im November 2022 stiegen in China die COVID-19-Fallzahlen steil an. Getrieben von der Sorge vor der Einschleppung neuer Virusvarianten wurde in Deutschland die Einreiseverordnung ab 9. Januar 2023 geändert. Für Einreisende aus China wurde ein maximal 48 h alter negative SARS-CoV-2-Test verlangt. Das Ziel der Untersuchung war es, durch stichprobenartige Tests auf SARS-CoV-2, neue Virusvarianten frühzeitig zu erkennen.

Maßnahmen: Die vier Fluggesellschaften mit Flügen aus China wurden beauftragt, unmittelbar vor Landung von Flügen aus China einen Text des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main zur stichprobenartigen Testung auf SARS-CoV-2 zu verlesen.

Vom 9. bis 28. Januar wurden Passagiere am Gepäckband angesprochen. Davon ausgeschlossen waren Passagiere mit Anschlussflügen und Familien mit Kindern unter 12 Jahre. Sie wurden aufgefordert, sich auf SARS-CoV-2 testen zu lassen und erhielten ein Informationsblatt in Deutsch, Englisch und Chinesisch mit den rechtlichen Grundlagen sowie einen QR-Code zur Registrierung in einem Testzentrum. Die Passagiere wurden in Gruppen zum am Flughafen befindlichen Testzentrum begleitet. Es wurden zeitgleich Antigen Schnelltest und PCR Test durchgeführt, um die Wartezeit der Passagiere zu reduzieren. Bei einem positiven Schnelltest wurde das PCR Röhrchen an das Labor der Universität Klinik zur Sequenzierung verschickt.

Um die Wirksamkeit der alleinigen Durchsage an Bord beurteilen zu können, war auf fünf von 36 Flügen kein Personal des Gesundheitsamtes bei der Gepäckausgabe anwesend.

Ergebnisse: Nach Angaben der Fluggesellschaften kamen vom 09.01.2023 bis zum 28.01.2023 auf 36 Flügen aus China 2983 Passagiere ohne Anschlussflüge in Frankfurt am Main an. Auf Nachfrage wurden ausnahmslos negative PCR-Ergebnisse von SARS-CoV-2-Tests von Passagiere vorgelegt. Bei 31 der 36 Flüge aus China (16/18 aus Shanghai, 7/10 aus Peking, 3/3 aus Chengdu, 3/3 aus Guangzhou und 2/2 aus Hangzhou) war Personal am Gepäckband gewesen. Ohne persönliche Ansprache an der Gepäckausgabe besuchte kein einziger Passagier das Testzentrum.

Vom 09.01.2023 bis zum 28.01.2023 wurden 1446 Schnelltests (AST), entsprechend 48,5% (1446/2983) der an der Gepäckausgabe ankommenden Personen, durchgeführt.

Drei AST ergaben ein positives Ergebnis, von denen nur einer durch PCR bestätigt wurde. Der entsprechende CT-Wert lag über 30, sodass eine variantenspezifische PCR und Sequenzierung nicht möglich war.

Zur Qualitätskontrolle wurden 130 Passagiere aus drei angekommene Fliegern simultan mit AST und PCR untersucht. Zwei Proben mit negativem AST erwiesen sich in der PCR mit CT > 30 als schwach positiv.

Zusammenfassung und Bewertung: Unter 1446 getesteten Passagieren wurden nur drei mittels PCR schwach-positiv auf SARS-CoV-2 getestet. Aufgrund einer zu geringen Viruslast (CT > 30) war eine Sequenzierung in keinem der genannten Fälle möglich. Im Vergleich zu der ersten Omikron Welle und dem teils nicht funktionierenden Ausreisescreeing aus Süd Afrika, könnten die strikten vorangehende Ausreisescreeing in China mittels PCR, eine Erklärung für die geringe Ausbeute positiver Tests bei der Einreise sein.

Wir kommen zu dem Schluss, dass im Fall von SARS-CoV-2, basierend auf einem hochwertigen Ausreisescreeing, ein zusätzliches Einreisescreeing für Passagiere ein personalintensives und zeitaufwändiges Verfahren mit geringer Ausbeute an positiven Ergebnissen ist. Gleichzeitig war das ursprüngliche Ziel neue SARS-Cov2-Varianten zu identifizieren, durch die geringe Anzahl an positiven Test nicht möglich.

Sexuelle Gesundheit: Ansprache im Internet von männlichen/trans Escorts in Hamburg – Entwicklung von 2020 bis 2023

Autorinnen/Autoren J. Afonso de Faria¹, J. Claass¹

Institut 1 CASAblanca, Sozialbehörde Hamburg, Hamburg
DOI 10.1055/s-0044-1781875

Hintergrund: Menschen, die der mann-/trans-männlichen Sexarbeit nachgehen, sind aus epidemiologischen Gründen eine wichtige Zielgruppe für Maßnahmen der HIV/HEP/STI Prävention und dem Infektionsschutz. Bereits vor der Corona-Pandemie haben Anbahnungsaktivitäten der Sexarbeitenden über Internetforen stark zugenommen, auch in Verbindung mit dem in Kraft treten des Prostituiertenschutzgesetzes. Ein Teil der Zielgruppe ist ausschließlich online zu erreichen. Ziel der hier vorgestellten Methode war die Entwicklung einer niedrigschwelligen online-basierten Ansprache durch den ÖGD für männliche/trans Escorts.

Methoden: Das Centrum für HIV und sexuell übertragbare Infektionen (CASAblanca, Einrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hamburg) spricht seit 2020 Männer, trans und nicht binäre Personen online an mit dem Ziel Angebote des ÖGDs im Infektionsschutz bezüglich sexuell übertragbarer Infektionen bekannter zu machen.

Das Profil CASAb Blancas ist mehrsprachig und enthält Kontaktinformationen der Einrichtung. Nutzer:innen der Plattform können mit CASAblanca per Chat in Kontakt treten. Eine live-Betreuung des Profils ist mehrmals täglich sichergestellt, um eine direkte Kontaktaufnahme möglich zu machen. CASAblanca nimmt aktiv Kontakt auf mit Personen, die angeben sich in Hamburg zu befinden (standardisierte Texte in verschiedenen Sprachen). Die aktive und mehrsprachige Betreuung des Profils benötigt insgesamt ca. eine Arbeitsstunde pro Tag.

Ergebnisse: Ergebnisse der Jahre 2021, 2022 und 2023 werden präsentiert und Veränderungen beschrieben. Beschrieben wird die Anzahl der Kontaktaufnahmen sowie Reaktionen, der Sprachbedarf, inhaltliche Bedarfe wie Testung auf HIV und weitere sexuell übertragbare Infektionen, HIV-Präexpositionsprophylaxe, weitere gesundheitliche Bedarfe ebenso wie die Grenzen des Angebotes. Dargestellt werden auch Nebeneffekte: Die Angebote der Beratungsstelle zur Testung, Behandlung, PrEP werden häufig kurzfristig in Anspruch genommen. Freier mit Präventionsbedarfen nehmen aktiv Kontakt auf mit der Beratungsstelle.

Schlussfolgerungen: Internetgestützte Präventionsangebote können vom ÖGD umgesetzt werden. Mann/trans-männliche Sexarbeitende können über diesen Weg erreicht werden und bestehende Angebote besser bekannt gemacht werden. In der Zielgruppe bestehen Bedarfe nach HIV/STI Präventionsangeboten, aber auch darüber hinweg. Ein fremdsprachiges Angebot ist wichtig.

Stärkung evidenzinformierter Entscheidungsfindungsprozesse auf kommunaler Ebene. Wie gelingt institutionelles Lernen aus epidemisch bedeutsamen Lagen?

Autorinnen/Autoren L. Arnold¹, S. Bimczok¹, S. Glasauer², M. an der Heiden³, U. Rexroth³, M. Schöll³, F. Vosseberg¹, A. Wolter³

Institute 1 Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Düsseldorf; 2 Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit Brandenburg, Potsdam; 3 Robert Koch-Institut, Abteilung 3 Infektionsschutz, Berlin

DOI 10.1055/s-0044-1781876

Hintergrund: Die Koordination komplexer Entscheidungsfindungsprozesse gehört zu den originären Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) auf kommunaler Ebene. Insbesondere in Krisen und epidemisch bedeutsamen Lagen können diese Prozesse von epistemischer Unsicherheit geprägt sein und müssen zum Teil unter erheblichem Zeitdruck erfolgen. Das erschwert ein systematisches Abwägen der Vielzahl relevanter Faktoren und stellt die beteiligten Akteursgruppen und Institutionen vor große Herausforderungen. Die Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie stellen eine gute Möglichkeit dar, getroffene Entscheidungen sowie das prozedurale Vorgehen zur Entscheidungsfindung kritisch zu prüfen und methodisch weiterzuentwickeln.

Zielsetzung: Institutionell verankerte Lessons-Learned-Prozesse können dazu beitragen (1) prospektiv evidenzinformierte Entscheidungsfindungsprozesse zur Priorisierung notwendiger Maßnahmen zu unterstützen und (2) strukturierte Ansätze zur „Zwischenschau“ bzw. „Retrospektion“ ermöglichen, um während und aus epidemisch bedeutsamen Lagen nachhaltig und institutionell zu lernen. Damit all dies in Krisen und unter Zeitdruck möglich ist, zielt das Kooperationsprojekt ILEAs (Institutionelles Lernen aus epidemisch bedeutsamen Lagen: Implementierung institutionell verankerter Lern- und Entscheidungsfindungsprozesse im ÖGD) auf die Erarbeitung von Methoden und Herangehensweisen zur Implementierung evidenzinformierter Entscheidungsfindungsprozesse (TP 1) und eigenständiger Lernerfahrungen während und nach Krisen (TP 2) ab.

Methodik: TP 1 analysiert evidenzinformierte Entscheidungsfindungsprozesse auf kommunaler Ebene. In enger Zusammenarbeit mit Kooperationspartner:innen aus der Kommune erfolgt zunächst ein systematisches Stakeholdermapping. Prioritäre Themen für den Lessons-Learned-Prozess werden gemeinsam erarbeitet. Parallel werden in einem Scoping Review bestehende Leitlinien für evidenzinformierte Prozesse identifiziert und relevante Entscheidungskriterien extrahiert. Die Ergebnisse werden anschließend gemeinsam mit Vertreter:innen aus den Kommunen in Fokusgruppen analysiert und synthetisiert.

Das TP2 konzentriert sich auf die Stärkung der Kapazitäten und Kompetenzen des ÖGD, selbstständig In(tra)- und After-Action-Reviews zu konzeptionieren, zu erproben und durchzuführen. Hierfür wird zunächst aufbauend auf den WHO und ECDC-Standards in enger Zusammenarbeit mit den Verbundpartner:innen ein Methodenhandbuch in deutscher Sprache entwickelt. Des Weiteren wird mit interessierten Partner:innen aus dem ÖGD ein eigens konzipiertes Grundagentraining und ein Peer-Review-Workshop angeboten. Diese geben eine umfassende Einführung in die IAR/AAR-Methodik und sollen die Verbundpartner:innen bei der eigenständigen Planung, Erprobung, Organisation und Durchführung von IAR/AAR unterstützen.

Ausblick: Aus den Ergebnissen beider Teilprojekte werden wichtige Erkenntnisse für die zukünftige institutionelle Verankerung evidenzinformierter Entscheidungsfindungsprozesse auf kommunaler Ebene erwartet. Um die Kapazitäten und Kompetenzen zur Implementierung entsprechender Prozesse nachhaltig zu stärken, werden die Ergebnisse von TP 1 und 2 in der abschließenden dritten Projektphase mittels kostenfreiem E-Learning in die Aus-, Fort- und Weiterbildung integriert werden. Zur Sicherstellung der methodischen wie fachlichen Qualität wird das Vorhaben durch einen praktischen und einen wissenschaftlichen Beirat begleitet. Im Beitrag werden Projektlogik und -hintergrund erläutert sowie die methodische Vorgehensweise und erste Ergebnisse vorgestellt.

Tuberkulose im Spiegel der Zeit – eine empirische Analyse der „Zeitschrift für Medizinal-Beamte“ von 1888 – 1914

Autor A. Mühlenbruch-Kränzel

Institut Gesundheits- und Veterinäramt Landeshauptstadt Magdeburg

DOI 10.1055/s-0044-1781877

Die Industrialisierung war eine Zeit von Entwicklung und Umbruch. Im Laufe dieser Veränderungen veröffentlichte auch Robert Koch seine Entdeckungen zum Tuberkuloseerreger. Diese Mitteilung brachte – wie viele Entdeckungen

in dieser Zeit – nicht nur Klarheit, sondern eröffnete ein breites Feld an Forschung, Diskussion und Spekulation.

Im Rahmen einer Masterarbeit im Studiengang Sozialwissenschaften wurden die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung an Tuberkulose und der Entwicklung der deutschen Gesellschaft zur Zeit der Hochindustrialisierung mithilfe einer Dokumentenanalyse der „Zeitschrift für Medizinal-Beamte“ untersucht. Diese Zeitschrift erschien erstmals 1888 und wurde fast ununterbrochen bis heute als „Das Gesundheitswesen“ publiziert. Bei dieser Analyse wurden alle Artikel zum Thema Tuberkulose der Jahre 1888 bis 1914 zusammengetragen. Gleichzeitig werden einige interessante Ergebnisse der damaligen Forschung beschrieben, ohne sie einer Wertung aus heutiger Sicht zu unterziehen.

Veranstaltungs- und Sporthygiene

Autorinnen/Autoren S. Sachse⁶, R. Schmithausen⁶, N. T. Mutters⁵, J. Böttcher⁷, L. Hoeren⁸, S. Engels⁹, K. Diebold⁴, H.-G. Predel³, P. Preuß², K. Hertel¹

Institute 1 Hochschulsport der Universität Duisburg; 2 Hochschulsport der Universität Bonn; 3 Deutsche Sporthochschule Köln: Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin; 4 Landessportbund NRW e.V.; 5 Universitätsklinikum NRW: Universitätsklinikum Bonn – Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit; 6 Universitätsmedizin Essen – Institut für Künstliche Intelligenz in der Medizin (IKIM); 7 Gesundheitsamt Essen; 8 Gesundheitsamt Duisburg; 9 Gesundheitsamt Bonn
DOI 10.1055/s-0044-1781878

Der Sport in Deutschland und auf der ganzen Welt steht heute vor der großen Herausforderung, frühzeitig potenzielle gesundheitliche Risiken zu identifizieren und infektiologische Gefährdungspotentiale für teilnehmende Sportler und die Öffentliche Gesundheit zu vermeiden.

Dabei stellen sich folgende Forschungsfragen:

Welche Faktoren lassen sich beobachten, die einen positiven bzw. negativen Einfluss auf die Entwicklung einer infektiologischen Gefahrenlage bei Sportveranstaltungen besitzen können?

Welche Leit- und Richtlinien bzw. Modelle oder Konzepte existieren zur Risikoanalyse und Risikobewertung von Sportstätten und/oder Sportveranstaltungen in Bezug auf infektiologische Gefahrenlagen?

Wie können bestehende Präventions- und Risikobewertungskonzepte unter Berücksichtigung der in den Beobachtungen gewonnenen Erkenntnisse erweitert werden, um diese einer Vorsorgeplanung (besser) zugänglich zu machen? Ergibt sich durch eine Katalogisierung der Präventiv- und Hygienemaßnahmen für verschiedene Sportarten, weitere Anhaltspunkte zur Optimierung oder Erweiterung von Konzepten bzw. Systemen zur Früherkennung oder Verlaufskontrolle (Surveillance) infektiologische Gefahrenlagen bei Sport- bzw. Trainingsveranstaltungen?

Wie sinnvoll wäre ein qualitatives Benchmarking von Sportstätten und Sportveranstaltungen im Sinne einer „Hygienemedaille“, vergleichbar zu einem Hygienesiegel im Gesundheitssektor?

Nur mittels Prävention im Rahmen der Sporthygiene und damit einhergehend rascher Früherkennung können die Infektionsketten durch Interventionen frühzeitig unterbrochen und die Eskalationen verhindert werden. Dies bedeutet, dass sowohl Vorsorgebemühungen als auch andauernde Überwachung für einen adäquaten gesundheitlichen Bevölkerungsschutz in Bezug auf Sportveranstaltungen (an Sportstätten) maßgeblich sind.

Somit ist neben der vorgelagerten präventiven Minimierung etwaiger infektiösfördernder Quellen, das Vorliegen eines funktionierenden, effizienten und dynamischen Surveillance-Systems maßgebend.

Im Vordergrund steht dabei die Synchronisierung von Sport und Hygiene.

Mögliche weitergehende Vorteile einer Hygiene-Medaille für Sportstätten ist die Visualisierung in der Öffentlichkeit, dass sie einen Hygienestandard auf Basis eines umfassenden Hygienekonzepts eingeführt haben und dieses kontinuierlich betreiben. Damit wird für die Sportler sowie für die Besucher von Sportveranstaltungen ein größtmögliches Maß an Sicherheit aus bakteriolo-

gischer und virologischer Sicht gewährleistet. Die Inhalte der Hygiene-Medaillen umfassen mehrere inhaltliche und organisatorische, im Rahmen des Pilotprojektes zu definierende, Aspekte wie z.B. Basishygiene, erregerspezifische Maßnahmen zu Prävention und Kontrolle von Infektionserregern und organisatorische Aufgaben der Hygiene in Sportstätten, etc.

Weitergehend könnte eine kostenlose Teilnahme am Hygiene-Medaillen. NRW Programm gerade unter Pandemie-Bedingungen als grundlegende Maßnahme für den Infektionsschutz empfohlen werden. Übergeordnetes Ziel ist es, eine Qualifizierung für die Zertifizierung in regelmäßigen Abständen in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Gesundheitsamt anzubieten.

Grundsätzlich sollte auch bedacht werden, dass die Sportveranstaltungen nur eine Schnittmenge der gesamten Veranstaltungswirtschaft in NRW ausmachen, sodass perspektivisch eine Ausweitung solcher Kennzeichnungen zur öffentlichkeitswirksamen Wahrnehmung hygienisch-infektiologischer Aspekte auch anderen Bereichen zugänglich gemacht werden könnte. Hierbei ist festzustellen, dass Sportstätten per se zwar Besonderheiten aufweisen, die im Rahmen einer hygienisch-infektiologischen Betrachtung berücksichtigt werden müssen, jedoch allgemein nur zu den bereits bestehenden strukturellen Variablen eines Veranstaltungsortes (bspw. Station, Arena, etc.) hinzutreten. So wäre die Vergabe eines „Hygienesiegels“ für Veranstaltungen mit modularem Konzept denkbar, das bestimmte Bereiche in die Zertifizierung einbezieht (Hygienesiegel Sport, Konzert, Theater, etc.).

Vom Mauerblümchen zum Blumenstrauß – Das Sachgebiet der Infektionshygiene vor und nach der Covid-19-Pandemie

Autorinnen/Autoren R. Spittel¹, S. Scharkus¹, K. Ademi¹, A. Fidler¹, A. Kossow¹

Institut 1 Gesundheitsamt der Stadt Köln, Sachgebiet Infektionshygiene, Köln

DOI 10.1055/s-0044-1781879

Einleitung: Durch die Covid-19-Pandemie hat sich gezeigt, dass das öffentliche Gesundheitswesen (ÖGW) schnell und gezielt auf das Infektionsgeschehen reagieren kann. Dies ist möglich durch die Sicherung und Weiterentwicklung wissenschaftlicher Standards sowie die Gewährleistung flexibler Strukturen hinsichtlich des Personalkörpers. In diesem Beitrag soll gezeigt werden, welche Strukturen das Sachgebiet der Infektionshygiene des Gesundheitsamtes Köln vor der Covid-19-Pandemie aufwies und welche Veränderungen und Anpassungen übernommen wurden und heute weiterhin umgesetzt werden. Weiterhin sollen Effekte dieser Veränderungen und mögliche Herausforderungen diskutiert werden.

Schlussfolgerungen: Die COVID-19-Pandemie war eine große Chance, das ÖGW und insbesondere den Bereich Infektionsschutz an aktuelle Entwicklungen des Infektionsgeschehens anzugleichen und somit beispielsweise durch Anpassung des Personalkörpers und damit verbunden höherer Flexibilität und schnellerer Reaktionsfähigkeit die qualitativ hohen Standards zu erweitern und auf zukünftige Infektionsgeschehen vorbereitet zu sein.

Die COVID-19-Pandemie bot neben den zahlreichen Herausforderungen somit auch Chancen für die Weiterentwicklung des ÖGW an aktuelle Gegebenheiten und ein Umdenken in vielen Bereichen. So konnten beispielsweise durch den ÖGD-Pakt zahlreiche neue Stellen geschaffen werden. Zudem ist die Wissenschaftlichkeit innerhalb des ÖGWs gestiegen. Der ÖGW sollte in diesen Entwicklungen unterstützt werden. So gelingt eine bessere Bewältigung sowohl der Regelarbeit als auch von Krisen und es stehen Ressourcen zur Verfügung, der Wissenschaftlichkeit des ÖGW gerecht zu werden.

¹Gesundheitsamt der Stadt Köln, Infektions- u. Umwelthygiene, Neumarkt 15-21, 50667 Köln

²Institut für Hygiene, Universität Muenster, Robert-Koch-Straße 49, 48149 Münster

Welche Routinedatensammlungen zu Zoonotischen Erregern gibt es? Hier kann ich suchen: <https://shiny.tiho-hannover.de/connectohd/>

Autorinnen/Autoren T. Winkelmann¹, A. Schnepf¹, K. Hille², G. van Mark³, K. Remm³, K. Kunze³, M. Scharlach², K. Nordhoff³, R. Velleuer³, E. Haunhorst³, J. Dreesman², L. Kreienbrock¹

Institute 1 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; 2 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt; 3 Niedersächsisches Landesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit

DOI 10.1055/s-0044-1781880

Im Rahmen des Projektes "Connect One Health Data" wurde recherchiert, welche Routinedatensammlungen zu zoonotischen Erregern in Niedersachsen existieren und welche Informationen zu zoonotischen Erregern enthalten sind. Die identifizierten Datenquellen, z.B. zu humanen oder tierischen Infektionsmeldefällen, Nachweisen in Lebensmitteln oder in Badegewässern, wurden anhand eines Erhebungsbogens systematisch beschrieben.

Diese sogenannten Metadaten umfassten Grundinformationen wie beispielsweise den Hintergrund und Zweck der Datenerfassung, die Population, die Art der Datenerhebung (z.B. Stichprobenplan, Sentinel), die Art der Veröffentlichung der Daten und die Verfügbarkeit bzw. den Zugang. Für die einzelnen Erreger bzw. Infektionsfälle wurden unter anderem erfasst: Falldefinitionen/Grenzwerte/Kriterien sowie welche Informationen zur Tiefe der Charakterisierung (Genus, Spezies, Subtypen), zur Probenmatrix, zu Herkunftsangaben (z.B. Betrieb, Wohnort, Labor, Schlachtbetrieb), zu geographische Angaben oder zur Häufigkeit der Aktualisierung der Daten zur Verfügung stehen.

Zu den erfassten Datensammlungen gehören unter anderem die Meldedaten nach Infektionsschutzgesetz in der SurvNet-Datenbank auf Landesebene oder das Labor-Informations- und Management-System (LIMS) des Niedersächsisches Landesamtes für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (LAVES). Um die gesammelten Metadaten der Öffentlichkeit zugänglich zu machen, werden sie zum Teil durch eine Shiny-App in der Programmiersprache R im klassischen HTML-Format auf einer Webseite dargestellt. Die Webseite liefert Informationen dazu, welche Daten jeweils zu den verschiedenen Erregern gesammelt wurden. Zudem stehen diverse Filteroption, z.B. nach Sektor, Population (z.B. Futtermittel, Haustier, Mensch) oder Erreger zur Verfügung. So können Nutzer nach Datenquellen zu bestimmten Erregern oder Fragestellungen suchen und sich über die jeweiligen Datenquellen informieren (<https://shiny.tiho-hannover.de/connectohd/>).

GBE und Prävention – Postersitzung

08:00 – 10:00 | Saal X.4

Erwachsenenbildung im europäischen Ausland – Das Erasmus + -Projekt „European network for prostitution, health and information“) am Gesundheitsamt Frankfurt am Main

Autorinnen/Autoren L. Grünberg¹, S. Lang¹

Institut 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0044-1781881

Hintergrund: Mit der Einführung des Prostituiertenschutzgesetzes (ProstSchG) 2017 wurde Gesundheitsämtern die Durchführung einer gesetzlich verpflichtenden gesundheitlichen Beratung für in der Prostitution tätige Menschen übertragen. Durch die Heterogenität und hohe Mobilität der Zielgruppe

entstanden für das beratende Personal neue Anforderungen. Mit dem auf 3 Jahre angelegten europäischen Mobilitätsprojekt im Bereich der Erwachsenenbildung „European network for prostitution, health and information“ (ENPHI) wurde dies vom Gesundheitsamt Frankfurt am Main durch ein Weiterbildungsangebot adressiert.

Projektbeschreibung: Mit ENPHI wurde ein europaweites Netzwerk von staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen mit Schwerpunkt im Bereich Gesundheit und Soziales für die o. g. Zielgruppe aufgebaut. Anhand der Faktoren Legalität, Regulierung und Strafbarkeit wurden verschiedene Kategorien von Ländern unterschieden und darauf aufbauend Mobilitäten, mehrtägige Bildungsaufenthalte zu Weiterbildungszwecken bei Partnerorganisationen in 8 europäischen Ländern (Rumänien, Bulgarien, Österreich, Spanien, Schweden, Frankreich, Kroatien und Niederlande) geplant. In Hospitationen sollte der Arbeitstag der Partnerorganisationen kennengelernt und ein Austausch zu verschiedenen relevanten Themen realisiert werden. Die gewonnenen Erfahrungen sollten für die Kompetenzentwicklung im Gesundheitsamt Frankfurt am Main genutzt und eine Optimierung in den Bereichen Zielgruppen-Ansprache, Informationsvermittlung, Beratung und Heranführung an die Angebote der bestehenden Hilfesysteme erzielt werden.

Ergebnisse: Innerhalb der Projektlaufzeit wurden 25 Beschäftigte mit Aufgaben in der Konzeption und/oder Umsetzung von Erwachsenenbildungsangeboten aus der für die gesundheitliche Beratung nach ProstSchG zuständigen Abteilung Medizinische Dienste, Beratung und Humanitäre Sprechstunden im Rahmen von 20 Mobilitäten entsandt. Dabei fand ein intensiver Austausch mit 18 Partnerorganisationen in vier europäischen Städten (Wien, Graz, Bukarest und Sofia) statt. Die Teilnehmenden vertieften ihre landesspezifischen Kenntnisse in den Bereichen Rechte und Pflichten von Sexarbeitenden, Gleichstellung der Geschlechter in der Gesellschaft und Sozial- und Gesundheitssysteme. Aufgrund der pandemiebedingten Einschränkungen erfolgte eine Anpassung der Projektplanung und es konnten nur 3 (Österreich, Rumänien und Bulgarien) der geplanten Länder besucht werden. Gleichzeitig wurde der thematische Fokus verstärkt auf das Thema Zugang zur Gesundheitsversorgung gelegt.

Schlussfolgerungen: Auch mit den erforderlich gewordenen Anpassungen in der Projektdurchführung wurden die zentralen Ziele erreicht. Auf der Ebene der Mitarbeitenden wurde eine berufsrelevante formelle und informelle Kompetenzentwicklung sowie eine Steigerung der Motivation erzielt. Die erworbenen Kompetenzen wurden in den bestehenden Sprechstunden eingesetzt und fließen in die Konzeption neuer Projekte und Angebote für Menschen ohne Zugang zur Gesundheitsversorgung am Gesundheitsamt Frankfurt am Main ein. Nachhaltige positive Effekte zeigten sich auch in 2022. Motiviert durch den Austausch im Rahmen des ENPHI-Projektes in Bukarest besuchten Mitarbeitende der rumänischen Nichtregierungsorganisation Romanian Angel Appeal Foundation (RAA) das Gesundheitsamt Frankfurt am Main, mit dem Ziel, die soziale Infrastruktur für marginalisierte Gruppen in Frankfurt besser kennenzulernen und die Erkenntnisse daraus für die eigene Arbeit nutzbar zu machen.

Zugänge schaffen – Sozialmedizinische Vernetzung im Kontext Prostitution als Tor zur Gesundheit in der Landeshauptstadt Stuttgart

Autorinnen/Autoren C. Winzer¹, F. Müller¹, M. Priwitzer¹
 Institut 1 Landeshauptstadt Stuttgart, Gesundheitsamt, Abteilung Gesundheitliche Versorgung, Amtsärztliche Gutachten, Sachgebiet Sozialdienst für sexuelle Gesundheit, Prostitution und Tuberkulose
 DOI 10.1055/s-0044-1781882

Ausgehend von den Aufgaben des Infektionsschutzgesetzes, des Gesundheitsdienstgesetzes Baden-Württemberg sowie des Prostituiertenschutzgesetzes (ProstSchG) wurde in der Landeshauptstadt Stuttgart in den vergangenen Jahrzehnten ein umfassendes Netz an Hilfsangeboten in Komm- und Gehstruktur aufgebaut, verstetigt und ausgebaut. Der Beitrag stellt die Stuttgarter Strukturen vor, beleuchtet Herausforderungen, praktische Probleme und Entwicklungsperspektiven.

Zur Einführung des ProstSchG 2017 wurden vom Gesundheitsamt (GA) Stuttgart Vernetzungstreffen mit Fortbildungscharakter (VEBS) organisiert und in Kooperation mit Fachreferentinnen und Fachreferenten durchgeführt. Diese Treffen werden in Form von „Runden Tischen“ und Arbeitskreisen fortgeführt und dienen der Qualitätssicherung.

Kooperationspartner sind z.B. das Regierungspräsidium, das Landesgesundheitsamt und verschiedene Fachberatungsstellen wie der Sozial- und medizinische Dienst für Prostituierte des GA Stuttgart, HIV/STI-Beratungsstellen, Caritas und Diakonie, zielgruppenspezifische Vereine und Träger, die Malteser Migranten Medizin, Schwangerschaftsberatungsstellen, das Jobcenter, das Amt für öffentliche Ordnung, der Kriminaldauerdienst der Polizei, das Finanzamt sowie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.

Zusätzlich bestehen Kooperationen mit Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg und den deutschen Großstadtgesundheitsämtern.

Unter dem Dach des GA Stuttgart sind die HIV/STI-Beratungsstelle und die Beratungsstellen nach §§ 7, 10 ProstSchG angesiedelt, die Beratungsstelle für Prostituierte und die niedrigschwellige Anlaufstelle „Café La Strada“ für weibliche Prostituierte und „Café Strichpunkt“ für männliche Prostituierte und Transpersonen, mit den entsprechenden medizinischen Angeboten. Sozialpädagoginnen, Gynäkologinnen und Ärzte, sozialmedizinische Fachangestellte und Sachbearbeiterinnen kooperieren eng bei der Beratung von Menschen aus der Allgemeinbevölkerung und Prostituierten.

Zentrale Aufgaben in der Arbeit mit Prostituierten sind soziale Beratung, Einzelfallhilfe und bei Bedarf auch Unterstützung beim Ausstieg aus der Prostitution, die vom Stuttgarter Gemeinderat mitfinanziert werden. Die Anlaufstelle wird von vier Trägern in Kooperation betrieben. Sie ist Rückzugsort mit Essens- und Bekleidungsangebot und oft Ausgangspunkt zu spezialisierten Beratungsangeboten. Multilinguale Sprach- und Kulturmittlerinnen begleiten Sozialarbeiterinnen mit ihren Erstsprachen Rumänisch, Ungarisch, Bulgarisch, Türkisch und Spanisch.

Gute Kooperation mit dem Jobcenter, spezifischen Vereinen und Plätzen in Aussteigerwohnungen unterstützen erfolgreiches Arbeiten.

Das Thema HIV/STI ist psychisch und physisch belastend, insbesondere für Menschen der Allgemeinbevölkerung. Kulturelle Aspekte, Scham, eine vermutete sexuell übertragene Infektion, finanzielle Notlagen, Sprach- und Verständigungsbarrieren, fehlende Krankenversicherung oder das Arbeiten im sexuellen Dienstleistungssektor sind häufig ein Hindernis, sich beim Haus- oder Facharzt zu melden. Die kostenlose und anonyme Beratungsstelle im GA wird deshalb vielfach vorgezogen.

Streetwork im gesamten Stadtgebiet ausgehend vom GA, Prävention in Form von Einzelgesprächen und zielgruppenspezifischer Arbeit sowie die Präsenz bei Veranstaltungen in der Stadt machen das Angebot und die Mitarbeitenden bekannt, schaffen Vertrauen und Zugänge zu Gesundheit.

Die Bedeutung des Dialog für die gesundheitliche Beratung nach §10 Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG)

Autorinnen/Autoren A. Gaußmann¹, M. Siwek¹, R. Brinkmann¹
 Institut 1 Untersuchungs- und Beratungsstelle für sexuelle und reproduktive Gesundheit, Gesundheitsamt Frankfurt am Main
 DOI 10.1055/s-0044-1781883

Einleitung: In der multikulturell und durch Sprachvielfalt geprägten Mainmetropole Frankfurt existiert Sexarbeit in all ihren Facetten. Seit 01. Juli 2017 berät das Gesundheitsamt Frankfurt am Main Sexarbeiter: innen im Rahmen des Prostituiertenschutzgesetzes. Zur Sicherstellung der Beratungsqualität werden zunehmend Instrumente zur Unterstützung bei der sprachlichen Vermittlung eingesetzt. In der vorliegenden Erhebung wird die Entwicklung des Bedarfs des Einsatzes von Sprachvermittler: innen und deren Mehrwert für die Qualität der gesetzlich verpflichtenden Beratung nach §10 ProstSchG dargelegt.

Material und Methoden: Anonymisiert erhobene Daten zu 9.026 Beratungen nach §10 ProstSchG wurden für den Zeitraum 01.07.2017-30.06.2023 retrospektiv ausgewertet. Erfasst wurde die Anzahl von Muttersprachler: innen pro

Sprache. Im Weiteren wird die Einsatzhäufigkeit von Sprachmittler: innen deskriptiv beschrieben.

Ergebnisse: Im Betrachtungszeitraum wurden von 9.026 Beratungen anteilig 32% in deutscher Sprache geführt (für Klient: innen mit Deutsch als Erst- und Zweitsprache), gefolgt von Rumänisch (37%), Spanisch (18%), Bulgarisch (8%) und Englisch (3%). Mit $\leq 1\%$ sind Sprachen wie unter anderem Thai, Mandarin, Tschechisch, Ungarisch, Ukrainisch, Türkisch und Italienisch vertreten.

Neben deutsch und englisch werden durch die Beraterinnen im Gesundheitsamt Frankfurt am Main auch die Sprachen Spanisch und Rumänisch abgedeckt, sodass für die zu Beratenden in diesen Sprachen eine Terminierung zeitnah und unkompliziert erfolgen kann. Während das Gesundheitsamt Frankfurt am Main die Beratungen unter Einsatz von Sprachmittler: innen in 2017 noch in 17 weiteren Sprachen anbieten konnte, werden inzwischen über 90 Sprachen angeboten. In Anspruch genommen werden derzeit 21 verschiedene Sprachen.

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 vor Ort niedrigschwellig gynäkologisch und allgemeinmedizinisch untersuchen zu lassen. Wenn die Deutschkenntnisse für die Verständigung nicht ausreichend sind, wird ein:e Dolmetscher: in hinzugezogen.

Die Unterstützung von Dolmetscher: innen, die zumeist auch Muttersprachler: innen, bzw. interkultureller Mediator: innen sind, wäre der Informationsübertrag unzureichend, beziehungsweise nicht möglich.

Wichtig ist, dass Dolmetschende sensibel und akzeptierend mit dem unter anderem (häufig mehrfach-) stigmatisierten und diskriminierten Thema Prostitution umgehen.

In Frankfurt am Main wurde bereits 2017 entschieden, Dolmetscher: innen vor Ort zu bestellen, da auch der Blickkontakt durch das Persönliche eine Rolle in der Beratung spielt, aber auch um Sexarbeiter: innen ein sicheres Gefühl zu geben. Die Beratung im Trialog beginnt mit der Sitzordnung, Aufklärung der Sexarbeiter: innen über die Pflichten des/der Dolmetscher: in, bis hin zur Einhaltung der Gesprächsregeln und Rückmeldung von sprachlichen oder inhaltlichen Missverständnissen. Der auf dieser Weise geschaffene vertrauensvolle Rahmen bietet die Möglichkeit einer offenen Kommunikation mit Personen, welche zum Beispiel Opfer von Menschenhandel und kommerzieller sexueller Ausbeutung geworden sind. Auf diese Weise wird gewährleistet, die erklärte Zielsetzung des Gesetzes zu erreichen.

Durchführung des „Masernschutz“-Gesetzes (§20(8) IfSG) durch die untere Gesundheitsbehörde – Daten und Verfahrensabläufe aus Darmstadt Dieburg

Autorinnen/Autoren K. Steul¹, R. Fertig¹, R. Heinrich¹, R. Reiser¹, J. Krahn¹
Institut 1 [Verwaltungsverband für das Gesundheitsamt für die Stadt Darmstadt und den Landkreis Darmstadt Dieburg, Darmstadt](#)
DOI [10.1055/s-0044-1781884](#)

Einleitung: Seit dem ersten März 2020 gilt in Deutschland für bestimmte Personengruppen die Verpflichtung zum Nachweis der Masernimmunität. Die Verpflichtung zum Nachweis der Immunität besteht auf Basis von §20 Infektionsschutzgesetz (IfSG). Die entsprechende Gesetzgebung wird als „Masernschutzgesetz“ bezeichnet. Zum Nachweis verpflichtet sind Personen, die in Kindergemeinschaftseinrichtungen (Schulen und sonstige), Kinder-Heimen sowie Unterkünten der Geflüchteten- und Obdachlosenhilfe betreut oder untergebracht sind. Ferner sind die Personen zur Vorlage verpflichtet, die in einem Krankenhaus, einer Kindergemeinschaftseinrichtung oder Kinder-Heim beschäftigt sind sowie die, die in einer Unterkunft für Geflüchtete beschäftigt sind.

Methode: Das Gesundheitsamt der Stadt Darmstadt und des Landkreises Darmstadt Dieburg sammelt seit Beginn der Meldeverpflichtung die Meldungen der betroffenen Einrichtungen und geht diesen nach. Dargestellt wird hier das Procedere des Gesundheitsamtes nach Meldung durch die Einrichtung. Gleichzeitig wird die Anzahl der Meldungen aus den verschiedenen Bereichen angegeben und entsprechend diskutiert.

Resultate: Die meisten Meldungen zwischen April 2020 und Mai 2023 bezogen sich auf Personen, die in einer kommunalen Unterkunft untergebracht waren (ca. 4.000 Meldungen). Ca. 1.500 Meldungen bezogen sich auf Schülerinnen und Schülern der allgemeinbildenden Schulen. Im Verlauf des Procederes konnte bei 70% der gemeldeten Schülerinnen und Schülern schließlich eine vollständige Masernimmunität festgestellt werden. Von allen anderen Gruppen Beschäftigter, Betreuer oder Untergebrachter wurden jeweils nur wenige Meldungen registriert.

Diskussion: Vor diesem Hintergrund werden die folgenden Punkte diskutiert: Die Meldeverpflichtung der verschiedenen Einrichtungen wurde unterschiedlich wahrgenommen. Ein starker Fokus liegt in der Bearbeitung der Meldungen aus allgemeinbildenden Schulen.

Aussagen zur Durchimpfungsrate in den Einrichtungen kann auf dieser Datengrundlage nicht getroffen werden. Primär werden die gemeldeten Fälle aus den Einrichtungen bearbeitet. Wie umfangreich diese der Meldeverpflichtung nachkommen, kann in dieser Analyse nur grob bestimmt werden.

Bei den zunächst gemeldeten Schüler:innen konnte in 2/3 der Fälle letztlich eine Masernimmunität nachgewiesen werden; meist durch den Nachweis von zwei Impfungen. Möglicherweise ist ein Effekt des Masernschutzgesetzes also eine gewisse Erinnerungsfunktion zur Komplettierung des Impfstatus.

Um zu evaluieren, ob das Masernschutzgesetz geeignet ist, die Gefährdung durch Maserninfektionen zu reduzieren, können verschiedene Parameter betrachtet werden: Masernfälle pro Jahr, Impfrate bei Schuleingangsuntersuchungen etc. Auch die hier analysierten Meldefälle nach Masernschutzgesetz können dabei hilfreich sein, insbesondere in der Analyse von kommunalen Unterschieden.

AMELAG – ein Vorhaben des Bundes für die Überwachung von Erregern im Abwasser

Autorinnen/Autoren J. Schumacher¹, M. Helmrich¹, P. Pütz¹, A. Schattschneider¹, H. Schulze¹, J. Hocke¹, M. Diercke¹, T. Greiner¹, T. Fretschner², H.-C. Selinka², B. Walther², A. Ullrich², T. Exner², B. Schneider², N. Obermaier², C. Saravia², M. Marty², M. Lukas², U. Braun²
Institute 1 [Robert Koch-Institut, Berlin](#); 2 [Umweltbundesamt, Dessau-Roßlau](#)
DOI [10.1055/s-0044-1781885](#)

Spuren von verschiedenen Krankheitserregern gelangen u.a. über Stuhl oder Urin ins Abwasser, wo sie nachgewiesen und quantifiziert werden können. Dadurch ist eine Überwachung dieser Erreger unabhängig von Teststrategien und Testverhalten in der Bevölkerung möglich.

Seit November 2022 wird im Vorhaben AMELAG – Abwassermonitoring für die epidemiologische Lagebewertung – von Robert Koch-Institut und Umweltbundesamt eine Abwassersurveillance zunächst für SARS-CoV-2 etabliert. Das Vorhaben wird gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit. Weiterhin beteiligt sind das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz, die 16 Bundesländer, Kläranlagen sowie Labore, die Technische Universität Darmstadt und weitere Universitäten. Aufgebaut werden Strukturen für Probenahme, -transport und -verarbeitung sowie eine digitale Dateninfrastruktur und automatisierte Auswerteprozesse. Die Ziele des Vorhabens sind: (1) die Ausweitung der Abwassersurveillance auf bundesweit bis zu 175 Kläranlagen, (2) die Harmonisierung der Arbeitsabläufe, Qualitätskontrolle und Normalisierung der Daten sowie der Trendberechnung, und (3) die Ausweitung der Abwassersurveillance auf weitere Erreger, wie z.B. Influenzaviren.

Die im Vorhaben gewonnenen Daten werden seit dem Herbst 2023 im *Wochenbericht zur Abwassersurveillance* des RKI sowie im *Pandemieradar* des BMG veröffentlicht. Dabei werden die Entwicklungen der Viruslast einzelner Standorte und die eines bundesweiten Indikators abgebildet. Zudem werden die Anteile an Virusvarianten an einzelnen Standorten ermittelt. In Zusammenschau mit den Daten aus der syndromischen und virologischen Surveillance akuter Atemwegserkrankungen unterstützt die Abwassersurveillance die Bewertung des COVID-19-Infektionsgeschehens. Die generierten Daten stehen dem ÖGD und der interessierten Öffentlichkeit als Open Data zur Verfügung.

Freizeitlärmexposition bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die OHRKAN Kohortenstudie

Autorinnen/Autoren J. Huß¹, D. Gerstner¹, V. Weinhhammer¹, S. Senninger¹, J. Szperalski¹, C. Quartucci^{1,2}, C. Herr^{1,2}, S. Heinze^{1,2}

Institute 1 Landesinstitut arbeits- und umweltbezogener Gesundheitsschutz und Produktsicherheit, 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-0044-1781886

Hintergrund: In den vergangenen Jahren ist Freizeitlärm als möglicher Risikofaktor für Gehörschäden verstärkt in das Blickfeld der Öffentlichkeit gelangt. Insbesondere Diskotheken-, Konzertbesuche und Musikkonsum über tragbare Musikspielgeräte (Portable Listening Devices/PLD) wie Smartphones oder MP3-Player stehen im Verdacht, für Gehörschäden unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen verantwortlich zu sein.

Ziel der OHRKAN Kohortenstudie ist es, Erkenntnisse über das mit einer riskanten Lärmexposition verbundene Freizeitverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu gewinnen sowie Veränderungen im Zeitverlauf aufzuzeigen. Außerdem soll untersucht werden, ob sich ein Zusammenhang zwischen der Freizeitlärmexposition und einer Minderung der Hörfähigkeit zeigt.

Methoden: Die OHRKAN Kohortenstudie wird durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege gefördert. In den Jahren 2009-2011 wurden 2.148 Schüler der 9. Jahrgangsstufe an Schulen der Stadt Regensburg als geschlossene Kohorte rekrutiert. Die Exposition von Jugendlichen gegenüber Freizeitlärm wurde bislang über einen Zeitraum von ca. 10 Jahren in fünf Erhebungswellen im Abstand von etwa 2,5 Jahren per Fragebogen erhoben. Riskante Freizeitlärmexposition wird, angelehnt an den Schwellenwert aus dem Arbeitsschutz definiert als das Überschreiten von 85dB(A) gemittelt über eine 40-Stunden-Woche (LEX_{40h}). Begleitend wurde die Hörfähigkeit am Universitätsklinikum Regensburg in den Erhebungswellen 1, 3 und 5 untersucht.

Die Prävalenz riskanter Freizeitlärmexposition insgesamt und mit Fokus auf tragbare Musikspielgeräte sowie Diskotheken wird über die fünf Erhebungzeitpunkte dargestellt. Die Longitudinalanalyse und die Bestimmung möglicher Determinanten einer riskanten Freizeitlärmexposition wie Soziodemographie, Rauchen oder Lebensereignisse erfolgen mittels Regressionsmodellen.

Ergebnisse: Zu Studienbeginn, als die Schüler*innen ca. 15 Jahren alt waren, lag der Anteil der Personen mit riskanter Freizeitlärmexposition (LEX_{40h} > 85dB(A)) bei 41,9%. Im Alter von ca. 18 Jahren stieg ihr Anteil auf 73,8% und sank in den nachfolgenden Erhebungswellen auf 64,1% (20 J.), 53,2% (23 J.) und 31,8% (26 J.). Neben dem Alter konnten weitere Determinanten des Risikos einer riskanten Freizeitlärmexposition identifiziert werden. Das Risiko ist bei Rauchern höher, während die Lebensereignisse Heirat bzw. Zusammenziehen mit einem Partner und Elternschaft das Risiko senken. Zusätzlich war eine riskante Lärmexposition durch PLDs mit einem Migrationshintergrund assoziiert. Außerdem zeigte sich ein Zusammenhang zwischen riskanter Freizeitlärmexposition und intermittierenden Tinnitus.

Schlussfolgerungen: Die gewonnenen Ergebnisse zeigen, dass riskante Freizeitlärmexposition insbesondere junge Erwachsene betrifft und während des Älterwerdens abnimmt. Daher sollten Präventionsprogramme gegen Freizeitlärm möglichst frühzeitig einsetzen. Es besteht ein Bedarf an schulischen Präventionsprogrammen gegen Freizeitlärm, um Einstellungen und Verhaltensweisen von Schüler*innen gegenüber Freizeitlärm so früh wie möglich zu ändern. Die Umsetzung solcher Programme im schulischen Umfeld in jungen Jahren kann dazu beitragen, gesunde Verhaltensweisen beim Übergang ins Erwachsenenalter zu fördern.

Kooperationsprojekt anonymer Krankenschein Köln

Autorinnen/Autoren A. J. Gläser-Zorn¹, K. Baumhauer¹, H. Stelberg¹, I. Mach-Völker¹, J. Paul¹, A.-M. Müller¹, U. Hodissen¹, J. Nießen¹

Institut 1 Gesundheitsamt der Stadt Köln, Köln

DOI 10.1055/s-0044-1781887

Im Rahmen eines Kooperationsprojektes wurde ein Konzept zur Vergabe von anonymen Krankenscheinen für Köln implementiert. Das Projekt sieht eine Zusammenarbeit von Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung, dem Netzwerk Menschen ohne Papiere (agisra e.V., Caritas für die Stadt Köln e.V., Diakonisches Werk Köln und Region gGmbH, Kölner Flüchtlingsrat e.V. und Rom e.V.), der Clearingstelle Migration (Caritas für die Stadt Köln e.V., Diakonisches Werk Köln und Region gGmbH), dem Gesundheitsamt und Amt für Integration und Vielfalt der Stadt Köln vor.

Im Vorfeld wurde im Rahmen der konzeptionellen Arbeit ein Vorgehen erarbeitet, welches explizit die bereits bestehende gut ausgebaute Hilfsstruktur für Menschen ohne Zugang zur Regelversorgung in Köln nutzt und nicht ersetzt. Die Finanzierung erfolgt über kommunale Mittel und konnte befristet für die Jahre 2023 und 2024 umgesetzt werden. Seit dem 01.07.23 ist das Projekt gestartet.

Hierdurch gibt es nun in Köln die Möglichkeit, die im Kontext Subsidierversorgung durch den ÖGD und ehrenamtlich organisierte Strukturen erreichten Patient*innen bei weitergehendem diagnostischem oder therapeutischem Bedarf in das Regelsystem zu vermitteln.

Im Vortrag sollen, neben der Präsentation der Struktur des Kooperationskonzeptes, die definierten Zugangskriterien für Patient*innen genannt, Zahlen der ersten Ausgabe-Monate und besonders eindruckliche Fälle vorgestellt werden.

Ein Pilotprojekt gegen die Periodenarmut – kostenfreie Menstruationsartikel zur Stärkung der sozialen und gesundheitlichen Chancengleichheit.

Autorinnen/Autoren S. Constantin¹, W. M. Borgmann², F. Rübenkönig¹, C. Sörensen², V. Papadopoulos¹

Institute 1 Freie und Hansestadt Hamburg, Fachamt Gesundheit, Hamburg; 2 Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Pflege und Management, Department Wirtschaft und Soziales, Hamburg

DOI 10.1055/s-0044-1781888

Hintergrund: Periodenarmut benennt das Phänomen, wenn menstruierende Personen nicht die finanziellen Mittel zur Verfügung haben, um geeignete Hygieneartikel während der Menstruation zu kaufen oder der Kauf eine finanzielle Belastung darstellt. Im Kontext stadtteilbezogener Disparitäten aufgrund sozioökonomischer Faktoren gibt es teilweise ein erhöhtes Risiko, an Periodenarmut zu leiden. Das Fehlen von Periodenprodukten aufgrund finanzieller Einbußen kann die körperliche, psychische, sowie psychosoziale Gesundheit einschränken.

Das primäre Ziel des Pilotprojektes ist die Stärkung der sozialen und gesundheitlichen Chancengleichheit und die Selbstbestimmung der menstruierenden Personen. Zudem kann das Pilotprojekt zur Entstigmatisierung- und tabuisierung der Menstruation beitragen. Die Ziele sollen erreicht werden, indem kostenfreie Menstruationsartikel für alle menstruierenden Menschen bereitgestellt werden.

Der Ablauf des Pilotprojektes umfasst mehrere Phasen. Vor der Implementierung soll zunächst in Form von qualitativen Befragungen mit menstruierenden Personen der Bedarf, die Akzeptanz und die Erwartungen in Bezug auf das Pilotprojekt ermittelt werden. Dies wird voraussichtlich bis Anfang des Jahres 2024 im Rahmen einer Bachelorarbeit in Zusammenarbeit mit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg durchgeführt werden. Anschließend erfolgt voraussichtlich ab Sommer 2024 die Implementierung der Bereitstellung kostenfreier Menstruationsartikel für einen vordefinierten Zeitraum von sechs Monaten in einer ausgewählten sozialen Einrichtung im Stadtteil

Schnelsen des Bezirkes Eimsbüttel. Die Zielerreichung soll mittels qualitativen Befragungen nach der Pilotprojekt-Phase evaluiert werden.

Methodik: Für die Untersuchung der Thematik wurde eine narrative Literaturrecherche durchgeführt. Um den Bedarf, die Akzeptanz und Erwartung des Pilotprojektes zu erkennen, sollen Befragungen mit menstruierenden Personen in Form von qualitativen Interviews durchgeführt werden.

Ergebnisse: Die qualitativen Befragungen könnten einen erhöhten Bedarf an kostenlosen Menstruationsartikeln aufzeigen, insbesondere in sozial schwächeren Stadtteilen.

Diskussion: Das Pilotprojekt könnte demnach verdeutlichen, dass die Bereitstellung kostenloser Menstruationsartikel von der Stadt Hamburg zu einer Stärkung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit führt. In naher Zukunft könnten die Ergebnisse des Pilotprojektes aus dem Bezirk Eimsbüttel auf das gesamte Stadtgebiet übertragen werden.

Organspende: Herzessache für die Rathausspitze Fortbildung für die Bürgerbüros

Autorinnen/Autoren U. Traub¹, J. Theiss², U. Nethe¹, G. Wanner², K. Stark¹
Institute 1 Gesundheitsamt, Landratsamt Ludwigsburg, Ludwigsburg;

2 Lebertransplantierte Deutschland e.V., Bietigheim-Bissingen

DOI 10.1055/s-0044-1781889

Hintergrund: Seit Inkrafttretens des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft zur Organspende am 1. März 2022 sind Bürgerämter verpflichtet z.B. bei Beantragung eines Personalausweises Bürgerinnen und Bürger auf Organspende anzusprechen, Informationsbroschüren und Organspendeausweise anzubieten sowie später die Registrierung in einem Online-Register anzuregen. Allerdings fühlen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Bürgerbüros oft überfordert und unsicher. Sie sprechen die Thematik nicht an und den 8500 Totkranken auf der Warteliste kann nicht rechtzeitig geholfen werden.

Ziel: Tod auf der Warteliste zu reduzieren und mehr Menschen zu ermutigen, sich mit der Thematik Organspende auseinander zu setzen, sich zu entscheiden und ihre Angehörigen zu informieren durch Befähigung von Bürgerbüro-Mitarbeitenden sowie Einbindung von Bürgermeistern.

Methodik: Schulung der Mitarbeitenden der Bürgerbüros durch Experts des Gesundheitsamts Ludwigsburg und durch Betroffene des Vereins Lebertransplantierte Deutschland e.V., um die Thematik fachlich und emotional darzustellen. Bürgermeisterinnen und Bürgermeister werden gebeten, sich diesem lebenswichtigen Thema als „Chefsache“ anzunehmen. Nach einer Vorstellung in der Bürgermeisterversammlung des Landkreises im Jahr 2022 folgte eine Online-Schulung, an der über 50 Personen aus den 39 Gemeinden des Landkreises Ludwigsburg teilnahmen.

Bürgerbüropersonal mehrerer Gemeinden bekommen vor Ort Schulungen mit Betroffenen geschichten, Informationen über das Gesetz und die Verpflichtung der Bürgerbüros. Anhand von Rollenspielen wird vermittelt, wie man mit unterschiedlichen Klienten umgeht. Die Rathausspitzen lassen sich medienwirksam mit riesigen Organspendeausweisen fotografieren. Medienvorlagen, Infomaterial und Vorschläge für gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit stehen zur Verfügung.

Fazit, Ausblick: Geschultes Personal geht selbstbewusster auf die Bürgerschaft zu. Die erstellten Mappen, Kurzfilm und Schulungsmaterial kann von interessierten Ämtern, Gemeinden etc. kostenlos erworben werden. Schulungen können auf andere Institutionen, die auch vom Gesetz betroffen sind (z.B. Fahrschulen) ausgeweitet werden.

Suizid – Keep on talking! Eine Ausstellung zur Suizidprävention

Autorinnen/Autoren I. Beig¹, N. Hauschild¹, V. Dichter¹, C. Schlang¹

Institut 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0044-1781890

Jedes Jahr sterben in Deutschland etwa 9.000 Menschen durch Suizid. Die Zahl der Suizidversuche liegt noch um ein Vielfaches höher. Dennoch erhält das Thema nur wenig Aufmerksamkeit.

Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2014 auf Initiative des Frankfurter Gesundheitsamtes das Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention (FRANS, www.frans-hilft.de) gegründet und wird seitdem von dort aus koordiniert. FRANS ist ein Zusammenschluss von mehr als 80 Institutionen und Organisationen, die gemeinsam eine Verringerung von Suiziden und Suizidversuchen in Frankfurt erreichen möchten. Unter anderem werden öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen organisiert, um auch in der breiten Bevölkerung Aufmerksamkeit und Sensibilität für das Thema zu schaffen und somit der Stigmatisierung und Tabuisierung entgegenzuwirken.

In 2023 zeigte FRANS zu diesem Zweck vom 09.09.2023 bis 08.10.2023 unter dem Titel „Suizid – Keep on talking!“ einen Auszug aus der erfolgreichen Ausstellung „Suizid – Let's talk about it!“. Die ursprüngliche Ausstellung wurde in einer Kooperation des Kasseler Museums für Sepulkralkultur und der Universität Kassel entwickelt. In Frankfurt wurden Exponate verschiedener Künstler:innen gezeigt, die vom Direktor des Museums für Sepulkralkultur und der Kuratorin für die Ausstellung in Frankfurt ausgewählt und neu kuratiert worden waren. Als Begleitprogramm wurde während der Ausstellungsdauer ein Abendprogramm zu verschiedenen thematischen Schwerpunkten angeboten.

Ziel von Ausstellung und Begleitprogramm war es, anhand unterschiedlicher künstlerischer Medien die öffentliche Auseinandersetzung mit dem Thema Suizid zu ermöglichen und fördern sowie zur Reflexion des gesellschaftlichen und persönlichen Umgangs damit anzuregen.

Die Zahl der Besucher:innen während der regulären Öffnungszeiten, die Resonanz bezüglich des Begleitprogramms wie auch persönliche und schriftliche Rückmeldungen lassen darauf schließen, dass diese Ziele erreicht wurden. Während 51,68% der Öffnungszeiten wurden die Besucher:innen-Zahlen erfasst (53,75 Stunden, Besucher:innen gesamt: 358 davon m: 106, w: 252), hochgerechnet auf die Gesamt-Öffnungszeiten ergibt sich eine geschätzte Anzahl von 693 Besucher:innen insgesamt während der vierwöchigen Laufzeit. Während der Anwesenheits-Zeiten von psychosozialen Fachkräften in der Ausstellung wurden insgesamt 56 (Info-)Gespräche geführt. Das Begleitprogramm wurde je nach Veranstaltung von 37 bis 75 (insgesamt 247) Personen besucht.

Auf Basis der Frankfurter Erfahrungen lässt sich schlussfolgern, dass mittels eines kulturellen Angebots Zugänge für die Bevölkerung zu einem schwierigen Thema geschaffen und dadurch die Aufklärung über gesundheitsrelevante/psychiatrische Themen vorangetrieben werden kann. Diese Herangehensweise kann eine Chance für weitere (Präventions-) Felder im Öffentlichen Gesundheitsdienst darstellen.

PRO-OEGD – Living Protocol für Regelbegehungen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Autorinnen/Autoren A. Schwabe¹, A. Wollkopf¹, T. Slinger¹, F. Droop¹, S. Engelhart¹, N. T. Mutters¹

Institut 1 Universitätsklinikum Bonn Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit/Public Health Venusberg Campus 1 53127 Bonn

DOI 10.1055/s-0044-1781891

1Acknowledgements: Gesundheitsamt Ahrweiler: Stefan Voss, Angela Fuchs, Thorsten Klahn, Marius Wilsing Gesundheitsamt Bonn: Susanne Engels, Liane Marciano, Kerstin Buchenau Gesundheitsamt Euskirchen: Christian Ramolla, Udo Gallmüller, Stefan Schmitz Gesundheitsamt Köln: Johannes Nießen, Julia Hurraß, Annelene Kossow Gesundheitsamt Leverkusen: Martin Oehler, Mirja Stevens, Linda Oerter Gesundheitsamt Neuwied: Simone Meyer, Tobias Esper, Stefan Lotz Gesundheitsamt Rhein-Erft-Kreis: Margot Denfeld, Jens Nickel Gesundheitsamt Rheinisch-Bergischer Kreis: Sabine Kieth, Verena Gründel, Heike Latza Gesundheitsamt Rhein-Sieg-Kreis: Rainer Meilicke, Türkan Sakinc-Güler, Julia Leonie Röhrig Gesundheitsamt Oberbergischer Kreis: Kaija Elvermann, Natascha Brand-Menke, Stefan Lorenz

Hintergrund: Gesundheitsbehörden spielen eine zentrale Rolle im Infektionsschutz und tragen unter anderem im Rahmen ihrer Überwachungspflichten zur Prävention nosokomialer Infektionen und multiresistenter Erreger bei. Einen wichtigen Bestandteil stellt dabei die anlassunabhängige Regelbegehung von Krankenhäusern dar. Die Ausgestaltung dieser Begehungen liegt im Ermessen der jeweiligen lokalen Gesundheitsbehörde, ein bundesweiter Standard existiert bislang aber nicht. Infolgedessen können sich Struktur und Inhalt der Begehung von Kommune zu Kommune stark unterscheiden.

Ziel: Das vom Bundesministerium für Gesundheit für drei Jahre geförderte Projekt „PRO-OEGD“ hat zum Ziel, ein bundesweit verwendbares „Living Protocol“ zu erstellen, das aus einem Portfolio an Begehungsprotokollen für Krankenhäuser besteht. Die Nutzung eines solchen Standards könnte zu einer überregionalen Vergleichbarkeit führen, die Ressourcen durch eine regelmäßige, zentrale Aktualisierung bündeln und nachfolgend einfacher eine Prozess-Digitalisierung ermöglichen. So soll eine nachhaltige Entlastung der Gesundheitsbehörden erreicht und die Qualität gesteigert werden.

Ablauf/Methodik: Zu Beginn erfolgt eine Bestandsanalyse via Online-Umfrage unter allen deutschen Gesundheitsämtern bzw. zuständigen Überwachungsbehörden. Hierbei werden die Organisation und Struktur von Regelbegehungen erfragt und die Inhalte nach Relevanz bewertet. Die Ergebnisse dienen als Grundlage für die Erstellung des „Living Protocol“. Zusätzlich werden aktuelle rechtliche Bestimmungen sowie Richt- und Leitlinien implementiert und Expertenmeinungen im Rahmen eines Delphi-Verfahrens berücksichtigt. Anschließend wird das Protokoll in der Praxis getestet, evaluiert und adjustiert. Nach Abschluss dieser Phase erfolgt eine erste Aktualisierung des „Living Protocol“.

Erwartete Ergebnisse: Durch die deutschlandweite Bestandsanalyse ergibt sich erstmals ein umfassenderes Bild der konkreten Organisation und inhaltlichen Gestaltung von Krankenhaus-Regelbegehungen durch die jeweiligen Gesundheitsbehörden.

Das auf dieser Grundlage als Angebot entwickelte „Living Protocol“ bietet durch themenbezogene Portfolios und einen modularen Aufbau einerseits eine möglichst konkrete Hilfestellung bei der Durchführung von Krankenhaus-Regelbegehungen, weist andererseits aber auch genug Variabilität auf, um lokalen Gegebenheiten und der heterogenen Krankenhauslandschaft gerecht zu werden.

Sekundär könnten sich hieraus für die Überwachungsbehörden bei guter Umsetzbarkeit weitere positive Effekte ergeben wie beispielsweise leichtere Mitarbeiteranerkennung, personenenunabhängige standardisierte Vorgehensweisen sowie zeitliche Entlastung des Personals.

Was hat sich seit der COVID19-Pandemie geändert? Eine Analyse Bedarfs und Aktivitäten zu Forschungsthemen im ÖGD

Autorinnen/Autoren E. Piontkowski¹, S. Joos¹, H. Sturm², M. A. Rieger¹, D. Häske¹

Institute 1 Zentrum für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung Tübingen, Universitätsklinikum Tübingen; 2 Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Tübingen, Universitätsklinikum Tübingen
DOI 10.1055/s-0044-1781892

Hintergrund: Die COVID-19-Pandemie hat den Fokus im und auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) verändert. Der ÖGD rückte nicht nur in den Mittelpunkt der Öffentlichkeit, sondern auch in den Fokus der Forschung. Das Interesse an einer intensiveren Zusammenarbeit zwischen ÖGD und Forschung war bereits vor der Pandemie vorhanden. Ausgehend von einer Bedarfserhebung vor der Pandemie wurden die wissenschaftlichen Aktivitäten seit 2017 auf Bundesebene skizziert.

Methodik: Im Januar 2020, kurz vor Beginn der COVID-19-Pandemie, trafen sich 42 Vertretungen von Einrichtungen des ÖGD in Baden-Württemberg von kommunaler und Landesebene mit Vertretungen des Zentrums für Öffentliches

Gesundheitswesen und Versorgungsforschung (ZÖGV) in Tübingen im Rahmen eines World Cafés. Zu den vier Themenbereichen Gesundheitsschutz, Gesundheitshilfen, Gesundheitsplanung und Gesundheitsberichterstattung (GBE) sowie Gesundheitsförderung und Prävention (entsprechend des baden-württembergischen ÖGDG §1: Ziele und Aufgaben des ÖGD) wurden im ersten Schritt von allen Teilnehmenden forschungsrelevante Themen gesammelt, im zweiten Schritt zusammengefasst und im dritten Schritt durch die Teilnehmenden priorisiert. Diese empirischen Erkenntnisse wurden mit der Entwicklung der Anzahl der Abstracts und Vorträge des BVÖGD-/BZÖG-Kongresses, des bayrischen ÖGD-Kongresses sowie des Freiburger Infektiologie- und Hygienekongresses der Jahre 2017-2023 näherungsweise verglichen.

Ergebnisse: Beim World Café waren vor allem Personen in Leitungsfunktionen, 38 aus dem ÖGD, 4 vom ZÖGV, anwesend. Der größte Teil war ärztliches Personal, aber auch wissenschaftliches Personal war vertreten. 24 Teilnehmende räumten der (integrierten) Versorgungsstrukturanalyse besondere Priorität ein. Auch die Wirksamkeit des ÖGD wurde von der Hälfte (19/38) der Teilnehmenden als relevantes Forschungsfeld eingeschätzt. Hierbei wurden die formulierten Unterkategorien Evidenzgenerierung für die Arbeit des ÖGD (z.B. der Einschulungsuntersuchung) von 11 Teilnehmenden, der „Health in all Policies“-Ansatz von 5 Teilnehmenden sowie eine zielgruppengerechte Ansprache von 3 Teilnehmenden als relevante Themen eingeschätzt. Die Gesundheitskompetenz von besonderen Zielgruppen wurde von 14 Teilnehmenden als relevant bewertet und somit im mittleren Bereich der Priorisierung eingestuft. Von lediglich 5 Teilnehmenden wurden ÖGD-interne Aspekte wie Ressourceneinsatz, Qualität und vorhandene Angebote sowie die GBE hinsichtlich Datenqualität und Standards als wichtige Forschungsthemen bewertet.

Im näherungsweisen Vergleich zeigt sich, dass die Anzahl der Abstracts und Vorträge auf ausgewählten ÖGD-relevanten Kongressen seit Beginn der COVID-19-Pandemie gestiegen ist. Auf den ausgewählten Kongressen gab es im Jahr 2017 kumuliert etwa 300 Vorträge und Abstracts, im Jahr 2018 waren es etwa 200, im Jahr 2019 etwa 200 (ohne Bayrischen ÖGD-Kongress), im Jahr 2020 unter 50 (BVÖGD/BZÖG-Kongress fiel aus), 2021 etwa 50 (BVÖGD/BZÖG-Kongress fiel aus), im Jahr 2022 etwa 200 und im Jahr 2023 gab es über 400 Vorträge und Abstracts.

Diskussion: Die Pandemie führte zu vielen Publikationen und Aktivitäten im ÖGD. Der Vergleich macht deutlich, wie sich die Interessen und der Fokus in zeitlichem Zusammenhang mit der Pandemie veränderten. Während vor der Pandemie die ÖGD-internen Themen im World Café von den Teilnehmenden als wenig prioritär eingestuft wurden, sind seit Beginn der Pandemie Forschungsfragen zur Organisation der ÖGD-Arbeit in den Vordergrund gerückt. Wirksamkeit und Evidenzbasierung des ÖGD waren vor der Pandemie wichtig und sind es weiterhin. Das hohe wissenschaftliche Interesse zeigt sich deutlich an der gestiegenen Anzahl an Abstracts und Vorträgen an unterschiedlichen ÖGD-relevanten Kongressen. Zudem steigt die Zahl von Drittmittelförderungen für Forschungsprojekte im und mit dem ÖGD.

Schlussfolgerung: Es zeigt sich, dass sich der Fokus in manchen Bereichen im prä-/post-pandemischen Vergleich verändert hat. So sind ÖGD-interne Aspekte wie Qualitätssteigerung oder Ressourceneinsatz seit der COVID-19-Pandemie stärker in den Fokus gerückt. Die Generierung von Evidenz im Bereich der öffentlichen Gesundheit ist weiterhin ein wichtiges Thema. Die Anzahl der Abstracts und Vorträgen ist auf den ausgewählten betrachteten Kongressen im post-pandemischen Vergleich deutlich angestiegen, was vermuten lässt, dass das wissenschaftliche Interesse steigt.

Die Rolle wissenschaftlicher Evidenz in der Entscheidungsfindung auf kommunaler Ebene: Eine systematische Literaturübersicht

Autorinnen/Autoren S. Bimczok¹, L. Arnold¹, F. Vosseberg¹, J. Stratil²

Institute 1 Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf; 2 Independant Author
DOI 10.1055/s-0044-1781893

Hintergrund: Der Öffentliche Gesundheitsdienst spielt insbesondere in Krisen und epidemisch bedeutsamen Lagen eine zentrale Rolle bei der Koordination komplexer Entscheidungsfindungsprozesse. Ein Votum für oder wider der Einführung weitreichender (Schutz-)Maßnahmen muss gegebenenfalls unter erheblichem Zeitdruck und angesichts großer Unsicherheit aufgrund mangelnder Evidenz getroffen werden. Dabei können sich sowohl etwaige Wechselwirkungen wie auch unintendierte Konsequenzen auf den Entscheidungsfindungsprozess auswirken. In einer evidenzinformierten Entscheidungsfindung müssen zahlreiche, teilweise auch widersprüchliche Faktoren abgewogen werden, um zu einer legitimen und akzeptablen Lösung zu gelangen. Die Art und Weise wie wissenschaftliche Evidenz in einen strukturierten Prozess eingebunden wird ist bislang jedoch weitestgehend unklar.

Methodik: Mit dem Ziel, den Stand der Nutzung von Evidenz auf kommunaler Ebene abzubilden, wird eine systematische Literaturübersicht erstellt. Neben der Frage, in welchem Umfang wissenschaftliche Evidenz genutzt wird, sollen dabei auch die Arten von wissenschaftlicher Evidenz extrahiert und der Prozess der Evidenznutzung deskriptiv betrachtet werden. Aufbauend auf den Ergebnissen werden hinderliche und fördernde Faktoren bei der Nutzung von wissenschaftlicher Evidenz auf kommunaler Ebene erörtert.

Ergebnisse/Diskussion: Im Beitrag wird die methodische Herangehensweise vorgestellt und zentrale Ergebnisse präsentiert. Darauf aufbauend soll die perspektivische Nutzung der Ergebnisse sowie ihre Bedeutung für die ÖGD-Praxis auf kommunaler Ebene diskutiert werden.

Gewalt hat viele Gesichter – Facetten der Gewalt im Pflegealltag

Autor A. Winther

Institut Landkreis Leer, Gesundheitsamt, Leer

DOI 10.1055/s-0044-1781894

Einleitung: Gewalt in der Pflege kann alle beteiligten Personen in der ambulanten oder stationären Pflege betreffen – sowohl Bewohner/innen, Mitarbeitende, Therapeut/innen und Angehörige. Es handelt sich um ein gesamtgesellschaftliches Problem, welches immer mehr ins Blickfeld rückt. Quantitative und auch qualitative Personalmängel und eine zunehmende Arbeitsbelastung für die in diesem Bereich Tätigen verschärfen das Problem. Ein sensibler Umgang mit in der Pflege und im Gesundheitswesen tätigen Personen ist erforderlich. Wir planen am 25.10.2023 einen Fachtag durchzuführen, um die vielschichtige Problematik zu erkennen und gleichzeitig Wege im Umgang mit problematischen Situationen aufzuzeigen. Ziel ist es, Möglichkeiten aufzuzeigen, den Umgang miteinander gewaltfrei zu gestalten.

Methodik: Auf dem Fachtag soll zum Einstieg ein World-Café erfolgen und dann ein Fachvortrag zur Gewaltprävention in der Pflege.

Anschließend können die Teilnehmenden einen der folgenden vier Workshops wählen:

„Auszeit für meine Emotionen“ aus Sicht der Physiotherapie

Skills für die Akutsituation im Berufsalltag

Auspowern zum Emotionsabbau und

Entspannungsübungen

„Aggressives Verhalten von und gegen demenzkranke Menschen in der Pflege“ aus der Sicht des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Landkreises Leer

In diesem Workshop soll in einem kurzen fachlichen Input durch die Referentin der Schwerpunkt auf den Austausch der bereits gemachten Erfahrungen, Anregungen und Fragen der Teilnehmenden liegen

„Psychologie der Aggressionen“ aus fachpsychologischer Sicht

Es sollen in diesem Workshop Ursachen und Umgang mit Aggressionen aufgearbeitet werden.

„Miteinander ins Gespräch kommen“, Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) in Berlin

Dieser Praxis-Workshop soll anhand von Fallbeispielen zur Sensibilisierung, Reflektion und Wissensaustausch anregen – hierbei werden Handlungsmöglichkeiten besprochen, um problematische Situationen zu vermeiden oder angemessen damit umzugehen.

Ergebnisse & Diskussion: Es wurde ein Fragebogen zur Evaluation des Fachtages entwickelt. Dieser erfasst die berufspraktische Relevanz für die Teilnehmenden sowie Qualität und Nachhaltigkeit der Veranstaltung. Zusätzlich wird erfragt, ob aus Sicht der Teilnehmenden ein Verstärkungswunsch besteht.

KoGi – „KLIMEinsam-Buddies“ für die Begleitung von vulnerablen Zielgruppen (alte Menschen) durch klimabezogene Extremwetterereignisse mit Einsamkeitsprävention als Synergieeffekt

Autorinnen/Autoren M. Schade¹, S. Stenzel², P. Tinnemann³

Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Wissenschaft, GBE und

Gesundheitsförderung, Frankfurt am Main; 2 Kinder im Zentrum Gallus

e.V., Mehrgenerationenhaus Frankfurt, Frankfurt am Main; 3 Gesundheits-

amt Frankfurt am Main, Amtsleitung, Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0044-1781895

Hintergrund: Die fortschreitende Klimakrise hat zunehmend negative gesundheitliche Auswirkungen auf Menschen in Städten (urbaner Hitzeinseleffekt). Neben Kleinkindern sind insbesondere die Risiken für ältere, chronisch kranke, alleinlebende und sozial isolierte Menschen erhöht. Wir stellen ein Konzept zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und zielgerichteten Begleitung vulnerabler Hochrisikogruppe vor. Ziel ist durch „KLIMEinsam-Buddies“ soziale Teilhabe zu ermöglichen und erhöhte Morbidität, Hospitalisierung und vorzeitige Mortalität durch klimakrisen-assoziierte Auswirkungen auf die Gesundheit zu verringern.

Methodik: In der Frankfurter Stadtgesundheitskonferenz 2023 wurde das Projektvorhaben eingebracht und in einem Workshop erörtert, welche Akteure zur Umsetzung des erstellten Projektvorhabens benötigt werden, welche Zielgruppe das Projekt erreichen und wie der Zugang gelingen kann und was inhaltlich bei Kontakten mit der Zielgruppe thematisiert und vermittelt werden soll, insbesondere durch Kompetenzsteigerung von ehrenamtlichen Buddies.

Ergebnisse: Unterschiedliche Akteure sind notwendig um die primäre Hochrisikogruppe über 75jähriger, alleinlebender, sozial isolierter und evtl. pflegebedürftiger Menschen zu identifizieren und zu betreuen. Der Zugang zur Zielgruppe sollte über Hausarztpraxen erfolgen. Notwendige Schulungsinhalte zur Ausbildung von Buddies wurden erarbeitet, u.a. zu den Themenbereichen z.B. Hitzeprävention, Erste Hilfe, verhältnispräventive Aspekte zu Hitze im Wohnraum, gesundheitsbezogene Warnzeichen erkennen.

Weiteres Vorgehen: Im Nachgang der Konferenz wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die einen Projektantrag erarbeitet. Im ersten Schritt soll ein Curriculum für die Ausbildung von „KLIMEinsam-Buddies“ erarbeitet werden und als Grundlage für Schulungen ab Mai 2024 zu Verfügung stehen.

„Aktionsplan Integration“ – Maßnahmen und Ansätze im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Migrationshintergrund

Autorinnen/Autoren S. Pohl¹, P. Aleksandrowicz¹, S. Taché¹, K. Winkler¹

Institut 1 Amt für Gesundheit und Prävention, Abteilung Grundsatz und

Verwaltung, Landeshauptstadt Dresden

DOI 10.1055/s-0044-1781896

Hintergrund: Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Dresden steigt stetig. Hatten im Jahr 2015 noch ungefähr 9,8% der Dresdner Bevölkerung einen Migrationshintergrund, so stieg der Anteil bis 2022 auf 13,8%. In Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention von Migrant*innen gibt es im Amt für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden verschiedene Ansätze und Umsetzungsstrategien. Dennoch ist über den Zugang und den Nutzen der Angebote der Primärprävention in Dresden wenig bekannt und es fehlen belastbare Daten.

Methodik: 2022 wurde der „Aktionsplan Integration“ der Landeshauptstadt Dresden beschlossen, welcher Maßnahmen und Zielstellungen in verschiedenen Handlungsfeldern (u.a. „Gesundheit“) formuliert, deren Umsetzung und Erreichung für die jeweiligen Fachämter bis zum Jahr 2026 verpflichtend sind.

Hinsichtlich der Thematik „Gesundheit“ wird das Ziel verfolgt, die kommunalen Angebote und Dienstleistungen auszubauen, bedarfsgerecht zu vernetzen und allen zugänglich zu machen. Des Weiteren sollen Menschen mit Migrationshintergrund umfassend über die Angebote und Dienstleistungen sowie über die Zugangswege informiert sein. Zudem benennt der Aktionsplan konkrete Ziele und Maßnahmen im Bereich „Gesundheit“ welche u.a. federführend durch das Amt für Gesundheit und Prävention umgesetzt bzw. geplant werden. Diese umfassen neben der Anpassung bereits bestehender Angebote die Erfassung und Berücksichtigung der Bedarfe und Mehrfachbelastungen von Menschen mit Migrationshintergrund.

Ziele und Erwartungen: Ziel ist es, einerseits bestehende Angebote der Beratung und Unterstützung bekanntzumachen und entsprechend für die Zielgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund zu öffnen und diese bedarfsgerecht anzupassen und andererseits auf Basis des festgestellten Mehrbedarfs weitere Maßnahmen und Angebote zu entwickeln. Dabei müssen bestimmte Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen können, berücksichtigt werden, um die Gesundheit des Einzelnen zu fördern und Krankheitsrisiken minimieren zu können. Dazu zählen u.a. Alter und Geschlecht, die individuelle Lebensweise, soziale und städtische Netzwerke, Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt.

Das Amt für Gesundheit und Prävention hat bereits eine Vielzahl an Maßnahmen und Projekten umgesetzt, um Menschen mit Migrationshintergrund zu erreichen. Die Gesundheit dieser Zielgruppe wurde bisher vor allem in Bezug auf Lebensstilfaktoren wie Ernährung von migrantischen Kindern und Jugendlichen sowie im Bereich der Sexualpädagogik und psychiatrischen Versorgung betrachtet. Exemplarisch zu nennen sind hierbei eine mehrsprachige Öffentlichkeitsarbeit (Veröffentlichung von Flyern und Broschüren in unterschiedlichen Sprachen) sowie die Inanspruchnahme von Dolmetscherdiensten in Beratungssituationen oder kursensensible Suchtprävention. Zudem werden im Rahmen des Projekts „Gesundheitsförderung und Prävention für Frauen mit Migrationserfahrungen“ Vorträge und Workshops u.a. zu den Themen Stressbewältigung und psychische Gesundheit angeboten. Dennoch besteht weiterer Handlungsbedarf, um die Ziele des Aktionsplans zu erreichen und somit den Menschen mit Migrationshintergrund einen Zugang zu den Maßnahmen und Angeboten des Amtes für Gesundheit und Prävention zu ermöglichen.

Weitere Maßnahmen und zukünftige Vorhaben werden auf dem Kongress vorgestellt. Dabei wird der Fokus auf den Herausforderungen und Erfolgsfaktoren liegen, welche sich in der bisherigen Arbeit mit und für die Zielgruppe herausgestellt haben.

Die Rolle des Gesundheitsamtes beim Aufbau der Jenaer Präventionskette als Baustein einer integrierten Gesamtstrategie zur Förderung der Gesundheit

Autor F. Alff

Institut Stadtverwaltung Jena, Stabsstelle Gesundheitsförderung, Jena
DOI 10.1055/s-0044-1781897

Jena ist mit knapp 110.000 Einwohner*innen eine Großstadt in Thüringen. Als kleine weiterhin wachsende Universitätsstadt bietet sie vielfältige Entwicklungs- und Umstrukturierungspotenziale. Um diese besonderen Qualitäten zukunftsweisend und nachhaltig weiterzuentwickeln, rückt der Blick auf die Lebensqualität der Bevölkerung in den Fokus. Die fachspezifischen Routinedaten und Analysen zu einer langfristig tragbaren Strategie zusammenzufügen, die ressortübergreifende Kommunikation zu fördern und einen integrierten ganzheitlichen Ansatz zu verfolgen im Sinne des HiAP-Ansatzes, ist ein zentrales Anliegen der Stadtgesellschaft.

Mit dem Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst konnte im Fachdienst Gesundheit die Gesundheitsförderung neu aufgestellt werden. Im Juni 2022 wurde eine Stabsstelle eingerichtet, um die Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung und Gesundheitsförderung zu etablieren. Zentrale Aufgabe ist der Auf- und Ausbau kommunaler Steuerungsstrukturen,

die Koordinierung der gesundheitsförderlichen Angebote und die Vernetzung zwischen den verschiedenen Fachplanungsbereichen und kommunalen Akteuren. Aktuell wird der Beitritt zum Gesunde Städte-Netzwerk vorbereitet, um die Selbstverpflichtung der Kommune zu bestärken und den Erfahrungsaustausch zu nutzen. Insbesondere sollen die Themenfelder der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit und Beteiligung ausgebaut werden. Dazu werden erstmalig die Fördermöglichkeiten über das Präventionsgesetz genutzt.

Bereits 2019 wurde im Rahmen der Armutspräventionsstrategie der Stadt Jena vom Stadtrat der Aufbau einer Präventionskette als Teil der kommunalen Gesamtstrategie beschlossen. Das Programm Jenaer Präventionskette ist im Juni 2023 gestartet. Ziel ist ein chancengerechtes und gesundes Aufwachsen mit dem Fokus auf Kinder und deren Familien in Jena. Dafür ist die Förderung eines koordinierten Austauschs und Vernetzung innerhalb der Verwaltung sowie mit Akteuren aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens sowie dem Umweltbereich und der Stadtplanung zentral. Das Programm wird für drei Jahre durch die Auridis Stiftung und ESF-Plus Mitteln finanziell gefördert. Die Förderung umfasst die Einrichtung einer Koordinierungsstelle in der Kommune sowie die fachliche Prozessbegleitung durch ein Beratungsinstitut. Die Förderung ist an eine Fokussierung auf die Lebenslagen von Kindern im Alter von 0 bis zehn Jahren gebunden. Die Gesamtstrategie blickt allerdings auf die gesamte Lebensspanne mit Blick auf integrierte Prozesse. Ein zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung ist es, nach Beendigung des dreijährigen Förderzeitraums auf eine Verstetigung der Koordinierungsstellen durch die Kommunen hinzuwirken.

Die Aufbauphase besteht aus verschiedenen Meilensteinen. Ein zentrales Instrument zur Planung und Steuerung von Präventionsketten ist der Einsatz einer bereichsübergreifend zusammengesetzten Steuerungsgruppe. Daher wurde zu Beginn ein Modell für die Prozesssteuerung erarbeitet. Der Fachdienst Gesundheit ist auf allen Ebenen mit seiner Expertise vertreten. Im Anschluss wurden Expert*innen-Interviews mit verschiedenen Fachbereichen durchgeführt, welche Kinder und Familien im Fokus der Arbeit haben, um Bedarfe zur Idee der Jenaer Präventionskette einzufangen. Im Oktober fand die Auftaktveranstaltung statt, bei der Akteure aus der Verwaltung zum Thema zusammenkamen, um eine gemeinsame Vision zu entwickeln.

Im Vortrag wird die Präventionskette in die Entwicklung der kommunalen Gesamtstrategie Gesundheit eingeordnet sowie die zukunftsfähige Aufstellung des Gesundheitsamtes Jena durch den Pakt ÖGD mit konsequenter Ausrichtung auf die Gesundheitsförderung erörtert.

GUT GEHT'S – kommunaler Strukturaufbau im Bereich Gesundheitsförderung im Gesundheitsamt Frankfurt am Main: jährliche Stadtgesundheitskonferenzen

Autorinnen/Autoren C. Ostermann¹, P. Tinnemann¹, P. Thermann¹

Institut 1 Stadt Frankfurt am Main -Der Magistrat- Gesundheitsamt 53.15 Kommunikation, Wissenschaft & Gesundheitsförderung, Frankfurt am Main
DOI 10.1055/s-0044-1781898

Hintergrund: Im Jahr 2015 trat das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (PrävG) in Kraft. Das Präventionsgesetz bzw. die daraus hervorgegangene hessische Landesrahmenvereinbarung fördern die zielgerichtete Zusammenarbeit und Kooperation gesundheitsbezogener Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung. Maßnahmen und Angebote sollen insbesondere dort greifen und umgesetzt werden, wo Menschen leben, lernen und arbeiten (vgl. Ottawa Charta 1986). Gesundheitsämter sind dazu befähigt, diese Strukturen vor Ort aufzubauen (vgl. §1 (2) Nr. 3 HGöGD). Wie die Umsetzung im Gesundheitsamt Frankfurt am Main aussieht, wird im Folgenden beantwortet.

Methode: Der kommunale Strukturaufbau GUT GEHT'S wurde im Rahmen des Programms „Gesunde Städte und Regionen – Prävention kommunal“ durch die Techniker Krankenkasse für fünf Jahre seit Sommer 2017 bis Ende 2022 begleitet und gefördert, seit 2023 verstetigt und in die Strukturen des Gesundheits-

amts Frankfurt als Teil des Sachgebiets Kommunikation, Wissenschaft und Gesundheitsförderung eingegliedert.

Die Förderung der Gesundheit ist die gemeinsame Verantwortung aller Akteur:innen in der Stadt. Deshalb konzentriert sich GUT GEHT'S in der Kernstruktur auf die Vernetzung, Vermittlung und Multiplikation der Frankfurter Akteur:innen, die an dem Ziel arbeiten, Gesundheit und Lebensqualität der Frankfurter:innen zu erhalten, zu verbessern und zu fördern sowie Krankheit zu verhüten. Gesundheitsförderung wird dabei als Querschnittsaufgabe verstanden, die eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit der städtischen Ämter mit allen gesundheitsrelevanten Akteur:innen, Institutionen und Initiativen außerhalb der Stadtverwaltung erfordert (health in all policies).

Ergebnisse: Seit 2018 findet einmal im Jahr eine Stadtgesundheitskonferenz (SGK) statt, mit der GUT GEHT'S jährlich über 100 engagierte Fachleute diverser Disziplinen zusammenbringt, die sich für die Förderung der Gesundheit der Menschen in der Stadt stark machen. Ziel der SGKs ist die Vernetzung, der Austausch und die Bündelung von gesundheitsförderlichen Strategien und Projekten, um gemeinsam gesundheitsbewusste Verhaltensweisen und gesunde Lebensverhältnisse in Frankfurt voranzubringen. Jedes Jahr wird ein neues Schwerpunktthema ausgerufen. Den Vorsitz der SGKs haben das Gesundheitsamt und das Gesundheitsdezernat der Stadt Frankfurt.

Ende Juni 2023 fand die 4. SGK statt und stellte unter dem Titel „GUT GEHT'S gemeinsam durch heiße Zeiten“ die Frage, mit welchen Präventionsmaßnahmen und Angeboten den Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit der Bevölkerung begegnet werden kann. Das Ergebnis einer Themengruppe dient nun als Grundlage für einen Projektantrag, bei dem es um die Etablierung eines Buddy Systems geht, um Menschen, die allein leben oder nicht mehr mobil sind, in ihrem Zuhause zu erreichen.

Zudem finden auf Wunsch der Konferenzteilnehmenden von 2022 seit Ende 2022 zusätzlich einmal im Quartal Vernetzungstreffen statt, wo sich Frankfurter Akteur:innen zu ausgewählten Themen austauschen und vernetzen.

Schlussfolgerung: Die Erfahrungen des kommunalen Strukturbaus in Frankfurt zeigen, dass die jährlichen Stadtgesundheitskonferenzen ein wichtiges Instrument sind, um Akteur:innen aus unterschiedlichen Bereichen der Stadtgesellschaft zusammenzubringen, die sich für die Gesundheit aller Frankfurter:innen in der Metropole stark machen.

Die Struktur der SGKs wird derzeit weiterentwickelt, um die Beteiligung der Akteur:innen sowie die Aufgaben und Ziele der Akteursarbeit in den SGKs zu schärfen.

Das Gesunde Städte-Netzwerk im Öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD) Rückblick und Perspektiven

Autorinnen/Autoren A. Christ¹, J. Bauer¹, B. Böddinghaus¹
Institut 1 Gesundheitsamt Frankfurt/ Main Abteilung 2 – Umwelt & Hygiene Geschäftsstelle Gesunde Städte-Netzwerk, Frankfurt/ Main
DOI 10.1055/s-0044-1781899

Hintergrund: Im Juni 1989 in Frankfurt am Main gegründet, umfasst das Gesunde Städte-Netzwerk (GSN) als bundesweites Netzwerk heute zirka 100 Mitgliedskommunen. Die Vertreter:innen der Mitgliedskommunen kommen überwiegend aus dem ÖGD. Generell tritt das GSN als ältestes WHO Netzwerk dafür ein, dass die Gesundheitsförderung tatsächlich im Alltag der Menschen ankommt. Zudem versteht sich das Netzwerk als kommunales Sprachrohr auf Bundesebene im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Die Besonderheit des Netzwerkes besteht darin, dass sowohl auf Bundesebene, als auch vor Ort kommunale Verwaltungen und zivilgesellschaftliche Initiativen gleichberechtigt zusammenarbeiten.

Im letzten Jahr hat sich das GSN auf dem BVÖGD-Kongress in Potsdam vorgestellt. Durch zahlreiche vor Ort Austausche wurde deutlich, dass die enge Zusammenarbeit zwischen dem GSN und dem ÖGD vielfältige Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit in unseren Städten eröffnet – dabei stehen Gesundheitsförderung und Prävention im Zentrum. Ein moderner ÖGD ist bürgernah,

fokussiert die Erreichbarkeit aller sozialen Schichten und steht für die Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit ein.

Diskussion und Schlussfolgerung: Hier stellen wir die Forderung, dass eine robuste Verzahnung zwischen dem ÖGD und einer kommunal übergreifenden Plattform wie dem GSN als Grundlage für eine nachhaltige Gesundheitssicherung verstanden werden kann. Gesundheitsförderung und Prävention bilden die Eckpfeiler eines zukunftsorientierten Gesundheitssystems. Indem wir Krankheiten und Gesundheitsprobleme von vornherein verhindern, wird nicht nur das Gesundheitssystem entlastet, sondern auch das langfristige Wohlbefinden unserer Bürgerinnen und Bürger gesichert. Zudem sind Gesundheitsförderung und Prävention nicht nur kosteneffizient, sondern vor allem eine ethische Verpflichtung gegenüber unseren Bürgerinnen und Bürgern.

Es ist festzuhalten, dass die Entwicklung des GSN und seine Partnerschaft mit dem ÖGD eine Erfolgsgeschichte ist, die sich über die Jahre hinweg entfaltet hat und großes Potenzial für weitere Entwicklungsmöglichkeiten bietet. Wir sehen in dieser Partnerschaft die Fähigkeit, Ämterübergreifend noch intensiver zu vernetzen und neue – zumeist dezentral entwickelte – kommunale Strukturen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu bündeln. In der Zukunft könnten Kommunikationsstrategien evidenzbasierte Ansätze und verstärkte internationale Zusammenarbeit die Grundlage für eine noch erfolgreichere Gesundheitsstrategie bilden, die das Wohlbefinden der urbanen, sowie der ländlichen Bevölkerung nachhaltig fördern.

Der kommunale ÖGD in Land und Stadt

Autorinnen/Autoren A. Raisle, A. Göppel-Schneider, L. Huber, B. Szagun
Institut RWU Hochschule Ravensburg-Weingarten University of Applied Sciences, Weingarten
DOI 10.1055/s-0044-1781900

Einleitung: Der kommunale Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist der hierzulande wichtigste Akteur bzgl. Gesundheitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung. Auf Basis seiner gesetzlichen Aufgaben und der Position in der Kommunalverwaltung ist er insbesondere für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen von größter Bedeutung. Sowohl die Bedarfslagen wie u.a. strukturelle Rahmenbedingungen unterscheiden sich dabei zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten. Ziel dieser Untersuchung ist es, Unterschiede zwischen o.g. Gebietskörperschaften bzgl. ihrer Schwerpunktsetzungen mit dem Fokus auf die Gesundheit von Kindern systematisch zu erfassen und zu beschreiben.

Methode: Angewandt wird ein deutschlandweites, exploratives, systematisches, non-reaktives Onlinescreening der Webseiten auf Basis zweier Clusterstichproben von je 50 Landkreisen und Kreisfreien Städten, jeweils mit eigenem ÖGD. Um einem föderalen Bias vorzubeugen, wird durch die Cluster-Bildung eine Gleichverteilung der Bundesländer in beiden Stichproben sichergestellt. Um Themenkomplexe, Aktivitätsgrad und Berichtswesen der entsprechenden Landkreise und kreisfreien Städte zu erfassen, wird auf Basis eines deduktiven Kategoriensystem induktiv ergänzt und kategoriell quantifiziert. Es folgen explorative Analysen unter Einbezug von Strukturinformationen und erfasster GBE-Aktivität 2010-2019 aus dem GBE-Monitor.

Ergebnisse: In den randomisierten Cluster-Stichproben finden sich 50 Landkreise und 50 Kreisfreie Städte mit einer durchschnittlichen Einwohnerzahl von ca. 234.000 (Range 36.000 bis knapp 1,5 Mio.). ÖGD-gesetzlich sind beim knapp überwiegenden Teil der Stichprobe kommunale Gesundheitskonferenzen verankert. Unterschiede zwischen den Gebietskörperschaftsstichproben zeigen sich u.a. bzgl. der GBE-Aktivität zwischen 2010 und 2019 sowie für Indikatoren der sozialen Lage und gesundheitlichen Versorgung.

Diskussion: Zu erwarten ist, dass sich kindergesundheitsrelevante ÖGD-Themen zwischen Landkreisen und Städten systematisch i.d.S. unterscheiden, dass sich unterschiedliche strukturelle Rahmenbedingungen, soziale Determinanten und Versorgungsbedingungen widerspiegeln. Themenauswahl und Aktivität könnten auch von Faktoren wie der Größe der Kommune und der strukturellen Integration des ÖGD in der Kreisverwaltung beeinflusst werden. In diesem Zusammenhang werden auch die Limitationen der angewandten Methodik zur Diskussion gestellt.

Schuleingangsuntersuchungen: Grafische Ergebnisdarstellung als Wegweiser für gezielte Präventionsarbeit in Hamburg-Bergedorf?

Autorinnen/Autoren J. Borutta¹, T. P. Engel¹, J. Duwe¹

Institut ¹ Gesundheitsamt Hamburg-Bergedorf, Hamburg

DOI 10.1055/s-0044-1781901

Hintergrund: Bekanntermaßen ist die bedarfsorientierte Erreichbarkeit von Zielgruppen eine Herausforderung für die kommunale Präventionsarbeit. Für die Planung von Maßnahmen sollte das Problem und dessen Ursprung bekannt sein. Hierfür bieten sich die Daten der Schuleingangsuntersuchungen (SEU) an. Dieser Beitrag soll aufzeigen, in wie weit sich die Ergebnisse der SEU und die Angebotsstruktur in einem Quartier auf einer Karte gemeinsam darstellen lassen und sich so Anhaltspunkte für eine gezielte und ressortübergreifende Präventionsarbeit bieten.

Methodik: Im Schuljahr 2021/22 wurde im Bezirk Hamburg-Bergedorf bei 1483 zukünftigen Schüler:innen der Gesundheitsstatus erfasst, hinzu kamen die sozioökonomischen Merkmale der Eltern. Auf einer Karte werden die Ergebnisse der SEU auf der Ebene von statistischen Gebieten in den Einzugsbereichen der Grundschulen graphisch dargestellt zusätzlich erfolgt die Darstellung der vorhandenen Angebote im Quartier.

Ergebnisse: Es ist zu erwarten, dass die Visualisierung der Daten wiederholt Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Faktoren, den Angeboten am Wohnort und Kindern mit Gesundheitsrisiken bzw. Bedarfen abbildet. Möglicherweise zeigen bestimmte Quartiere mit hohen Werten an Risiken auch eine Verminderung von Zugängen bzw. Verfügbarkeiten von förderlichen Angeboten und Einrichtungen und umgekehrt. Ein Beispiel hierfür wäre z. B. die Verfügbarkeit von gesunden Lebensmitteln und Übergewicht.

Diskussion: Die Kleinräumige Zuordnung von Kindern mit Risiken bzw. Bedarfen an Förderung und Unterstützungsmaßnahmen soll als Handlungsempfehlung für zukünftige Präventionsplanung dienen. Zudem soll die graphische Ergebnisdarstellung ressortübergreifende Zusammenhänge besser erkennbar machen (z. B. weniger Grün- und Freiflächen in Quartieren mit verminderten koordinativen Fähigkeiten).

Dashboard Kindergesundheit – Der Weg zu einer modernen Gesundheitsberichterstattung

Autorinnen/Autoren M. Glienke¹, C. Korebrits¹

Institut ¹ Stadt Leipzig Gesundheitsamt Leipzig

DOI 10.1055/s-0044-1781902

Die Kunst der Gesundheitsberichterstattung ist es die „richtigen“ Informationen, zur „richtigen Zeit“ am „richtigen Ort“ auf die „richtige Weise“ zu transportieren. Bisher wurden Erkenntnisse jedoch nur über aufwendige Berichte, Vorträge und Datenblätter aufgezeigt, welche zum Zeitpunkt der Veröffentlichung teilweise schon wieder überholt waren oder an Relevanz verloren haben. Die Gesundheitsberichterstattung liegt im Spannungsfeld zwischen steigendem Bedarf an datengestützten Informationen und den tatsächlichen zeitlichen und personellen Ressourcen, welche eingesetzt werden können. Das Resultat: Datensätze bleiben oftmals verborgen und werden weder aktuell noch fachgerecht aufbereitet, analysiert und dem Fachpublikum zur Verfügung gestellt. Eine Möglichkeit, um Daten der Kindergesundheit zeitnah und kontinuierlich zur Verfügung zu stellen, ist ein Dashboard. Seit Juni 2023 ist das Dashboard Kindergesundheit in der Stadt Leipzig gelebte Praxis. Auf Basis von Ergebnissen der Schulaufnahmeuntersuchung werden Zeitreihen und Trends sowie kleinräumige Darstellungen auf Ortsteilebene öffentlich präsentiert und sind interaktiv nicht nur für die Stadtverwaltung sondern auch für Verantwortliche aus Politik oder Wissenschaft einsehbar. Eine detaillierte Analyse der Schwerpunkt- und Aufmerksamkeitsgebiete des Integrierten Stadtentwicklungskonzepts der Stadt stellt zusätzlich eine wichtige Basis für amtsinterne Projekte und Planungen aber auch für integrierte kommunale Strategien im Sinne des Health in all Policies Ansatzes dar.

Das Gesundheitsamt der Stadt Leipzig geht mit der Veröffentlichung des Dashboards einen neuen Weg und nimmt in Sachsen aber auch bundesweit eine Vorreiterrolle. Neben der jährlichen Aktualisierung der Daten zur Schulaufnahmeuntersuchung besteht zudem perspektivisch die Möglichkeit, das Dashboard um zusätzliche vom Gesundheitsamt erfasste Daten zur Kinder- und Jugendgesundheit zu erweitern und somit Gesundheitsberichterstattung noch transparenter und greifbarer zu machen.

Weitere Informationen sowie der Link zum Dashboard sind einsehbar unter: <https://www.leipzig.de/gesundheit>

Vom Verwalter zum Gestalter – Konzept für eine „gesunde Kommunikation“

Autor F. Bauer

Institut Landeshauptstadt Dresden, Amt für Gesundheit und Prävention, Dresden

DOI 10.1055/s-0044-1781903

Hintergrund: „Die Gesundheitsämter klären die Bevölkerung in Fragen der körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Gesundheit (Gesundheitshilfe) auf und beraten sie über die Gesunderhaltung und Krankheitsverhütung.“ So oder so ähnlich findet sich einer der Aufträge an den Öffentlichen Gesundheitsdienst in den gesetzlichen Grundlagen. Doch in Zeiten eines diversen Zugangs zu Gesundheitsinformationen unterschiedlichen Gehalts ist es umso wichtiger, dass sich der ÖGD als Gesundheitskommunikator aufstellt. Die Vorteile liegen auf der Hand: Daten zur Beschreibung der Lage aber auch die Expertise, gerade zur Prävention von Erkrankungen, liegen gebündelt im ÖGD vor. Die Multiprofessionalität des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ermöglicht nicht nur die Beschreibung, sondern auch die Intervention zur Förderung der Gesundheit. Schließlich ist der ÖGD als neutraler Partner verfügbar, ist er doch allein den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen verpflichtet. Diese Vorzüge einer „gesunden Kommunikation“ sollte sich der ÖGD zu Nutze machen und ggf. noch stärker als bisher Gesundheitskommunikation betreiben. Doch hierfür sollte es ein geplantes und strukturiertes Vorgehen geben, um Zielgruppe, Botschaft und Kanal gleichermaßen zu durchdenken und erreichen.

Ziele: Der Beitrag informiert, unter Beachtung von Erkenntnissen aus den Kommunikationswissenschaften, zur Entwicklung eines Kommunikationskonzeptes auf Basis „des Regelkreises in zehn Denkschritten“ nach Jürg W. Leipziger:

1. Darstellung von Ansätzen für die Gestaltung von Kommunikationskonzeptionen,
2. Beschreibungen von Zielstellungen, die mit einem Kommunikationskonzept erreicht werden sollen,
3. Beleuchtung kommunikativer Probleme und Ansätze der Behebung für eine „gesunde Kommunikation“ sowie
4. Ausblick auf eine mögliche Kommunikationsstrategie für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Methode: Beschreibung von Grundlagen der Kommunikationskonzeption mit anschließender Entwicklung von Lösungsansätzen unter Beachtung einer exemplarischen Stakeholderanalyse für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Ergebnisse: Der Öffentliche Gesundheitsdienst wirkt beratend, fördernd und schützend auf die Gesundheit der Bevölkerung ein. Ausschließlich am Leitbild und den Überzeugungen zur Rolle des ÖGD orientiert, kann er durch seine neutrale und dabei fundiert agierende Funktion ein wichtiger Ansprechpartner in gesundheitlichen Fragestellungen sein. Hierbei muss er differenzieren nach der jeweiligen Anspruchsgruppe, nach den Botschaften und den zur Verfügung stehenden kommunikativen Mitteln. Gleichsam kämpft der ÖGD mit Kommunikationsproblemen, die beachtet werden müssen. Im Ergebnis dieser Betrachtungen und Feststellungen ist es jedoch möglich, mit erprobten und vorhanden Kommunikationskonzepten auch dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zu mehr Profil zu verhelfen und so dem gesetzlichen Auftrag als beratende und unterstützende Instanz bestmöglich nachzukommen. Voraussetzung hierfür dürfte eine Auseinandersetzung mit Themen und Zielstellungen ebenso sein wie den Kommunikationspartnern. Ein planvolles Vorgehen kann dies befördern.

Diskussion: Aus Sicht des Autors muss der Öffentliche Gesundheitsdienst seine Rolle als neutraler Gesundheitskommunikator mehr noch als bisher als Chance verstehen und nutzen. Der gesetzliche Auftrag ist kein Selbstzweck und es muss Anspruch und Wunsch aller Akteur*innen im ÖGD sein, den Zugang zu Gesundheitsinformation, den Gehalt an Informationen und die Erreichbarkeit der Zielgruppen bestmöglich zu gestalten. Eine informierte Gesellschaft kann informierte Entscheidungen treffen. Und informierte Entscheidungen wirken sich positiv auf verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze aus – so die These.

Bedarfsplanung für die medizinische Versorgung des zukünftigen Stadtteils Oberbillwerder in Hamburg

Autorinnen/Autoren J. Borutta¹, J. Duwe¹
Institut 1 Gesundheitsamt Bergedorf Hamburg
DOI 10.1055/s-0044-1781904

Hintergrund: Für die bedarfsgerechte medizinische Versorgung im zukünftigen Stadtteil Oberbillwerder (OBW) wurde das Gesundheitsamt vom Sozialraummanagement um eine Einschätzung gebeten. Der Stadtteil soll bis zum Jahr 2042 auf 118 Hektar mit einer Wohnfläche von 35.000 Quadratmeter fertiggestellt werden [1]. In der Stadtplanung ist die übergreifende Zusammenarbeit, so von Sozialraummanagement und Kommunalem Gesundheitsförderungsmanagement bisher selten und daher pilothaft.

Methodik: Als Berechnungsgrundlage standen dem Gesundheitsamt folgende Materialien zur Verfügung: Die Versorgungsgrade der Kassenärztlichen Vereinigung (2022), die Bevölkerungsdaten der umliegenden Quartiere aus den Jahren 2021 oder 2022. Zudem weitere Informationen wie die prognostizierten Bevölkerungsdaten für OBW seitens der IBA Hamburg GmbH (2023). Methodisch wurden die vorhandenen Bevölkerungsdaten in vier Altersgruppen modifiziert. Unter der Berücksichtigung von regionalen wie auch demographischen Gegebenheiten erfolgte die Berechnung der Bedarfe.

Ergebnisse: In der Zusammenarbeit von Gesundheitsamt und Sozialraummanagement stellten sich die verschiedenen Sichtweisen der Fachämter, aber auch Schnittmengen heraus. Besonders regionale Gegebenheiten, wie z. B. die Unterversorgung des anliegenden Quartiers Billwerder, konnten in der Berechnung berücksichtigt werden.

Diskussion: In der städtebaulichen Planung sollte grundsätzlich auch das Gesundheitsamt mit seiner spezifischen Sichtweise eingebunden werden. So könnten vorausschauend Entwicklungen in der medizinischen Versorgung, der Bevölkerungs- und Umweltmedizin und in der Prävention besser berücksichtigt werden.

Literatur

[1] Vgl <https://www.oberbillwerder-hamburg.de/projekt/>

Umweltmedizin – Postersitzung

08:00 – 10:00 | Saal X.7

Kühle Orte in Frankfurt am Main – Resonanz der Bevölkerung und Optimierung

Autorinnen/Autoren M. Maraslioglu¹, K. Duggan¹, A. Sauer¹, A. Christ¹, B. Böddinghaus¹

Institut 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main Umwelt und Hygiene Breite Gasse 28 60313 Frankfurt am Main
DOI 10.1055/s-0044-1781905

Einleitung: 2023 war laut EU-Klimawandeldienst weltweit der heißeste Sommer seit Beginn der Wetteraufzeichnungen. Der Klimawandel mit seinen Extremen wie Hitze, Dürre, Starkregen, etc. schreitet fort. Hitzeextreme belasten vor allem die städtische Bevölkerung, da Großstädte durch Hitzeinseln geprägt sind. Mittelfristig müssen Konzepte zur Anpassung an den Klimawandel entwickelt und umgesetzt werden.

Die Rolle des ÖGD ist hierbei, Präventionsarbeit im Hinblick auf die gesundheitlichen Folgen von Hitze zu leisten. Um Hitzestress vorzubeugen, wurde im Gesundheitsamt Frankfurt das Projekt „Kühle Orte“ entwickelt. Die Bevölkerung wurde animiert ihre bevorzugten Rückzugsorte bei Hitze zu nennen. Kühle Orte im Stadtgebiet wurden so gesammelt und digital im Geoportal der Stadt und auf Printkarten für die Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Des Weiteren wurde eruiert, wie das Angebot bisher von den Bürger:innen angenommen wird, welche Teile der Bevölkerung erreicht werden und welche Kanäle nötig sind, um die Insider Tipps der Frankfurter:innen zu erfahren.

Vorgehensweise: Um die Resonanz der Bevölkerung zu evaluieren, wurden die Aufrufe der Kühle Orte Karte des Geoportals Frankfurt ausgewertet und die Ansprechpartner:innen von Kirchen, Museen, Bibliotheken, etc. hinsichtlich der Nutzung des Angebots befragt. Hierbei wurden folgende Kategorien verwendet, um eine Veränderung der Besucherzahl zu messen: „Deutliche Unterschiede“, „wenig bis kaum spürbare Veränderung“, „keine Unterschiede“ und „keine Aussage möglich“. Eine Analyse, ob die Veränderung der Besuchszahlen nur an heißen Tagen zutrifft oder die Unterschiede genereller Natur sind, erfolgte ebenfalls.

Zusammenfassung: Um das Verzeichnis der Kühlen Orte zu erweitern und den Bekanntheitsgrad zu steigern, auch unter Bevölkerungsgruppen, die keinen oder erschwerten Zugang zu digitalen Medien haben, wurden verschiedene Strategien verfolgt. Ziel war, ein umfassendes Angebot an Rückzugsmöglichkeiten vor Sommerhitze im Frankfurter Stadtgebiet allen Teilen der Bevölkerung zugänglich zu machen. Hierfür wurden weitere Printkarten für das Stadtgebiet erstellt. Die Online Karte wurde mit Photographien der Orte ergänzt, um den Wiedererkennungswert zu steigern. Zusätzlich wurde eine Sortierfunktion im Geoportal eingefügt, so dass nach Stadtteil, Art des Kühlens Ortes, Kostenfreiheit und Barrierefreiheit gefiltert werden kann. Unter Einbeziehung von Akteuren außerhalb der Stadtverwaltung, u.a. mittels des Programms „Aktive Nachbarschaft der Stadt Frankfurt am Main“, erfolgte ein erneuter Aufruf an Bürger:innen, ihren beliebtesten kühlen Ort in ihrem Quartier zu nennen. Außerdem ist geplant, das Angebot der Kühlen Orte Karte über Stadtteiltreffs, Gemeindebriefe der Kirchen und weitere Verteiler bekannter zu machen. So soll gewährleistet werden, dass auch an Tagen extremer Hitze Gesundheitsrisiken für Menschen, deren Aufenthalt im Freien unumgänglich ist, gemindert werden.

Hitzeschutz für obdachlose und geflohene Menschen

Autor A. Kietzmann

Institut Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Weiterbildungsstudiengang Master of Science in Public Health/Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

DOI 10.1055/s-0044-1781906

Längerdauernde Hitzeperioden in Deutschland erhöhen nachweislich die Mortalität und die Morbidität in der Bevölkerung. Eine Barriere in der Erstellung von Hitzeaktionsplänen (HAP) sind u.a. fehlendes Wissen über den Bedarf von Risikogruppen und die unklare Adressierung der Aufgabe zwischen den kommunalen Behörden. In groß angelegten kommunalen Befragungen wird bisher der Bedarf von chronisch erkrankten und der älteren Menschen abgefragt. Dagegen gibt es kaum Studien zum Bedarf des Hitzeschutzes von sozialen Randgruppen wie den vulnerablen Gruppen obdachloser und geflohener Menschen.

Um diese Forschungslücke zu füllen, werden in einer quantitativen Hauptabfrage obdachlose Menschen, die in Obdachlosennotunterkünften und geflüchtete Menschen, die in Übergangwohnheimen nächtigen zu ihren Beeinträchtigungen und Bedarf bei großer Hitze befragt. Die Befragung erfolgt als Online-Umfrage, bei der QR-Codes in verschiedenen Sprachen verfügbar sind oder kann alternativ als Papier-Format vor Ort ausgefüllt werden. In einer quantitativen Nebenabfrage werden Mitarbeiter der Unterkünfte gebeten einen Fragebogen zum Hitzeschutz der Notunterkünfte und Übergangsheime zu beantworten. Die Ergebnisse der Umfragen werden hinsichtlich der einzelnen Gruppen analysiert, verglichen und gegen die Umfragen der Bevölkerung aus der Literatur, die diese Gruppen nicht eingeschlossen haben, reflektiert [1–4].

Die Studie soll zum einen zur Sichtbarkeitsmachung des spezifischen Bedarfs der obdachlosen und geflohenen Menschen beitragen. Zum anderen sollen konkrete Handlungsempfehlungen entwickelt werden, die das Gesundheitswesen adressieren und in interdisziplinären kommunalen HAPs aufgenommen werden können.

Literatur

- [1] Bittner M Auswirkungen von Hitzewellen auf die Mortalität in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2014; 76: 508–512
- [2] Hertel S., Le Tertre A, Jöckel K.-H., Hoffmann B. Quantification of the heat wave effect on cause-specific mortality. *European Journal of Epidemiology* 2009; 24: 407–414
- [3] Heudorf U, Meyer C. Gesundheitliche Auswirkungen extremer Hitze – am Beispiel der Hitzewelle und der Mortalität. *Gesundheitswesen* 2005; 67: 369–374
- [4] Schillo S, Richter A.-K., Wasern J. (2018): Untersuchung des Einflusses von Hitze auf Morbidität, In https://www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/WIWI/Forschung/IBES_Diskussionbeitraege/IBES_Diskussionsbeitrag_Nr._229_EinflussHitzeMorbiditaet_final.pdf zuletzt überprüft am 05.09.2023

Auf dem Weg zum HAP 2.0: Evaluation des Mannheimer Hitzeaktionsplans nach zwei Jahren Umsetzungsphase

Autorinnen/Autoren S. Müller¹, A. Idler², S. Busalt¹, C. Brüggemeier¹, G. Pins², K. Rensing², P. Schäfer¹, N. Oster¹

Institute 1 Stadt Mannheim, Jugendamt und Gesundheitsamt, R1,12, Mannheim; 2 Stadt Mannheim, Klima, Natur, Umwelt, Technisches Rathaus, Mannheim

DOI 10.1055/s-0044-1781907

Hintergrund: Der Mannheimer Hitzeaktionsplan (HAP) wurde im Oktober 2021 durch den Gemeinderat beschlossen und befindet sich seit Februar 2022 in der Umsetzung. Global gesehen war der Sommer 2023 der heißeste seit Beginn der Wetteraufzeichnungen. Aktuelle Prognosen gehen für Baden-Württemberg von einem Temperaturanstieg von 3 bis 4 °C bis 2040 aus. Hitzeschutz nimmt in der politischen Diskussion auf allen Ebenen inzwischen einen deutlich höheren Stellenwert ein als noch vor zwei Jahren. Diese geänderten Rahmenbedingungen sowie der immanente Verlauf der HAP-Umsetzung legen eine grundsätzliche Evaluation des Mannheimer HAP nahe.

Ziele: Ziel der Arbeit ist es, die Ergebnisse der Evaluation der bisherigen Umsetzung des Mannheimer HAP projektimmanent als auch im Vergleich zu anderen Hitzeaktions- bzw. Hitzeschutzplänen zu beschreiben.

Methode: Auf Grund der Komplexität und Weiterentwicklung der Inhalte von HAP ist sowohl eine projektimmanente als auch nach extern vergleichende Evaluation notwendig. Die projektimmanente Evaluation identifiziert im Rahmen von Workshops und interner SOLL-IST-Analysen fördernde und hemmende Faktoren sowie die Wirkweite des HAP in die Stadtgesellschaft hinein. So können Anpassungsbedarfe im Bereich der Zielgruppen, Maßnahmen und Strukturen abgeleitet werden. Zur Evaluation im Vergleich mit anderen HAP werden parallel bundesweit Pläne und Maßnahmen zur Klimafolgenanpassung identifiziert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse in Anlehnung an Kuckartz analysiert und anschließend mit dem Mannheimer HAP verglichen.

Erwartete Ergebnisse: Bislang konnten über 50 % der Maßnahmen des Mannheimer HAP auf Ebene der Stadtverwaltung bereits umgesetzt werden. Jedoch ist die Wirkweite in die Stadtgesellschaft hinein bei vielen Maßnahmen noch nicht ausreichend. Es wird erwartet, dass sich Förder- und Hemmfaktoren auf Ebene der kommunalen Verwaltung im Rahmen der projektimmanenten Evaluation gut erfassen lassen, auf der häufig verwaltungsextern gelegenen Wirkebene aber schwer zu erfassen sein werden. Es zeichnet sich ab, dass für verschiedene Zielgruppen des HAP sehr ähnliche Maßnahmen erforderlich sind, so dass voraussichtlich Zielgruppen zusammengefasst werden können. Des Weiteren wird die Notwendigkeit eines einheitlichen Datenerhebungskonzeptes, mit dem Erfolgsindikatoren für die Umsetzung des HAP vergleichbar mög-

lich werden, deutlich. Aus der Evaluation im Vergleich zu HAP anderer Kreise wird erwartet, dass sich hieraus ein umfassender Good-Practice-Katalog für HAP ableiten lässt, anhand dessen auch andere HAP evaluiert werden können.

Hitze und Gesundheit

Autorinnen/Autoren S. Ruhrmann¹, N. Lenz², F. Martens², U. Heudorf³

Institute 1 Landkreis Gießen, FD 61 Gesundheit, Gießen; 2 Landkreis Gießen, FD 16 Gefahrenabwehr, Gießen; 3 Justus-Liebig-Universität, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Gießen

DOI 10.1055/s-0044-1781908

Durch den Klimawandel werden verschiedene Hitzeereignisse auch in Deutschland immer wahrscheinlicher und in ihrer Ausprägung extremer. Hitze stellt eine gesundheitliche Belastung dar, die insbesondere für verschiedene Risikogruppen, wie Kinder, Schwangere und Ältere bedrohliche Folgen haben kann. Diese Arbeit stellt lokale Wetterdaten und Mortalität, sowie die Morbidität aus rettungsdienstlichen Daten in einem mittelhessischen Landkreis gegenüber. Den unterschiedlichen Hitzeereignissen werden die jeweiligen Risiken zugeordnet.

Eine Zunahme der Mortalität und Morbidität während Hitzeereignissen ist vor allem bei den ab 70-Jährigen zu verzeichnen. Die Einsatzfrequenz im Rettungsdienst steigt ab dem ersten Tag eines Hitzeereignisses, die Mortalität steigt wenige Tage später. Hitzewochen (Montag bis Freitag mit Wochenmitteltemperatur ≥ 20 °C) und Hitzewellen (mindestens fünf Tage in Folge mit Maximaltemperatur ≥ 32 °C) nehmen Einfluss auf die Sterblichkeit, die Transportfrequenz im Rettungsdienst steigt jedoch nicht zusätzlich (über das erwartete Maß der Summe einzelner Hitzetage) an. Auch in diesem Landkreis zeigt die demographische Entwicklung eine Alterung der Bevölkerung, so dass mit einer Zunahme der Risikogruppe in den nächsten Jahren gerechnet werden muss.

Bayerisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsschutz im Klimawandel

Autorinnen/Autoren S. Senninger¹, V. Weilhammer¹, S. Kutzora¹, C. Korbely¹, C. Herr^{1,2}, S. Heinze^{1,2}, C. Quartucci^{1,2}

Institute 1 Sachbereich für Arbeits-/ Umweltmedizin, Epidemiologie; Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, München; 2 Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Klinikum der Universität München, Ludwig-Maximilians-Universität, München

DOI 10.1055/s-0044-1781909

Hintergrund: Der Klimawandel stellt eine zunehmende Gefahr für die menschliche Gesundheit dar. Dabei spielen sowohl direkte Auswirkungen in Form von Extremwetterereignissen, wie Hitze und Starkregen, als auch indirekte Auswirkungen, wie eine vermehrte Anzahl an Infektionserkrankungen oder eine veränderte Belastung durch Pollen, eine Rolle. Um die negativen Folgen abzumildern, erfordert es Anpassungsstrategien. Am Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) wurde zu diesem Zweck das Bayerische Kompetenzzentrum für Gesundheitsschutz im Klimawandel gegründet. Dieses soll die Bürgerinnen und Bürger sowie Kommunen bei der Anpassung an die Folgen des Klimawandels unterstützen und durch Kompetenzbündelung im Bereich Klimawandel und Gesundheit Synergieeffekte schaffen.

Aktivitäten: Das Bayerische Kompetenzzentrum für Gesundheitsschutz im Klimawandel gliedert sich in drei Schwerpunkte: Dazu gehört unter anderem die Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheitsschutz im Klimawandel (LAGiK), die sich zum Ziel gesetzt hat, die bayerischen Bürgerinnen und Bürger auf die gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels vorzubereiten. Besonders vulnerable Personengruppen stehen dabei im Fokus der interdisziplinären Zusammenarbeit. Das Hitzemanagement als weiterer Bereich des Kompetenzzentrums bietet den bayerischen Kommunen Unterstützung bei der Erarbeitung und Umsetzung von Hitzeschutzmaßnahmen, beispielsweise durch fachliche Beratung oder Informationsveranstaltungen. Der dritte Schwerpunkt des Kompetenzzentrums setzt sich aus den (Forschungs-)Projekten im Bereich

Klimawandel und Gesundheit am LGL zusammen. Beispielsweise wurden im Projekt „KlapP“ vulnerable Personen im Bereich der Pflege adressiert und bezüglich Pflege bei Hitze sensibilisiert. Die Inhalte wurden sowohl für Berufspflegende als auch pflegende Angehörige durch Informationsmaterialien und Schulungen vermittelt. Im Projekt „HitziG“ wurde ein Hitzeaktionsplan für eine GesundheitsregionPlus erstellt, wobei die gewonnenen Erkenntnisse im Nachgang auch für andere Kommunen zugänglich gemacht werden. Das Verbundprojekt Klimawandel und Gesundheit (VKG) wird vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) und vom Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Verbraucherschutz (StMUV) gefördert und dient der evidenzbasierten Forschung zu den gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels. Verschiedene Forschungseinrichtungen arbeiten hierfür zusammen und führen unter anderem Projekte zu vektorübertragenen Krankheiten und Pollenflug durch.

Schlussfolgerung: Die Aktivitäten des Bayerischen Kompetenzzentrums für Gesundheitsschutz im Klimawandel zeigen auf, wie den zunehmenden Gesundheitsrisiken durch den Klimawandel facettenreich auf Landesebene begegnet werden kann.

Hitzeassoziierte Mortalität und Morbidität von Herz-Kreislauf-Krankheiten in Sachsen-Anhalt

Autorinnen/Autoren M. Keitel¹, G. Wahl¹

Institut 1 Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt Fachbereich Hygiene, Magdeburg

DOI 10.1055/s-0044-1781910

Zahlreiche Studien zeigen, dass das Auftreten von Herz-Kreislauf-Krankheiten durch eine steigende thermische Belastung verstärkt wird, speziell bei älteren Menschen. Die Gesundheitsberichterstattung des Landesamtes für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt untersuchte Herz-Kreislauf-bezogene Daten der Todesursachenstatistik und der Krankenhausdiagnosestatistik im Hinblick auf eine mögliche Assoziation mit Hitzedaten im Zeitraum von 2000 bis 2019. Dabei wurde die Altersgruppe der ≥ 65 -Jährigen betrachtet und als Diagnosegruppen die Hauptgruppe der Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10-Code: I00-I99) sowie die beiden zugehörigen Untergruppen der ischämischen Herzkrankheiten und der zerebrovaskulären Krankheiten herangezogen.

In Vorbereitung der Analysen wurden Hitzejahre für Sachsen-Anhalt identifiziert und die Zeitreihen der altersstandardisierten Sterbe- und Krankenhausfallquoten vom Hitze-unabhängigen Abwärtstrend bereinigt. Zudem wurde eine Hitzevariable geschaffen, die Informationen zur Hitzeintensität und Hitzehäufigkeit vereint. Anschließend wurde mit zwei statistischen Signifikanztests geprüft, ob die (trendbereinigten) Sterbe- und Krankenhausfallquoten positiv mit der Hitzevariable korrelieren und ob diese Fallquoten in Hitzejahren größer sind als in Nicht-Hitzejahren.

Im Ergebnis zeigt sich, dass Hitzeereignisse in den letzten Jahren des Untersuchungszeitraums vermehrt auftraten und dass die Häufigkeit von Herz-Kreislauf-bedingten Sterbefällen bei älteren Menschen signifikant mit Hitze assoziiert ist; am stärksten bei den zerebrovaskulären Krankheiten. Bei den Herz-Kreislauf-bedingten Krankenhauseinweisungen ist lediglich für die zerebrovaskulären Krankheiten eine signifikante Hitzeassoziation festzustellen.

Hitzeschutzmaßnahmen für Pflegeheimbewohner im Landkreis Ludwigsburg in Zeiten des Klimawandels

Autor M.-D. Stumpf

Institut Landratsamt Ludwigsburg; Gesundheitsamt Ludwigsburg

DOI 10.1055/s-0044-1781911

Der Klimawandel ist eine der größten Herausforderungen unserer Zeit mit Auswirkungen auf unser tägliches Leben. Besonders davon betroffen sind Menschen die zur vulnerablen Gruppe gehören (Menschen mit akuten oder chronischen Erkrankungen, Pflegebedürftigen mit ggf. reduzierten Mobilität, Menschen die Medikamente einnehmen die Auswirkungen auf Durstempfinden oder auf den Wasserhaushalt haben, Säuglingen, Kleinkinder, Senioren, Ob-

dachlose, Menschen die in sozialschwachen Verhältnisse leben). Im Landkreis Ludwigsburg wurde eine Kreisweite Umfrage mittels Fragebögen durchgeführt um festzustellen ob in den Pflegeheimen des Landkreises Ludwigsburg ein Bewusstsein hinsichtlich der Auswirkungen des Klimawandels auf die Pflegeheimbewohner vorhanden ist, ob Hitzeschutzmaßnahmen bekannt sind bzw. bereits umgesetzt werden und ob ein Optimierungsbedarf besteht. In der Umfrage wurden Die Umfrage bezog sich auf mehrere Kategorien (Informationsbeschaffung /Wetter, Beschattung, Trinkbrunnen, Klimatisierung, Maßnahmenplan, Ernährungsangebot, Flüssigkeitsangebot). Von den 73 angeschriebenen Pflegeheime beantworteten 65 die Fragebögen d.h. 89%. Anhand der Rückmeldungen wurden die Ergebnisse nach festgelegten Kategorien zusammengestellt und analysiert und ein Optimierungsbedarf ausgearbeitet.

Wissen, Einstellungen und Verhalten bezüglich Zeckenprävention und zeckenübertragener Erkrankungen – Befragung von Lyme-Borreliose-Fällen, Bayern 2019

Autorinnen/Autoren S. Böhm^{1,2}, V. Fingerle³, M. M. Böhmer^{1,4}

Institute 1 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Daten- und Modellierungsunit und Surveillance, Infektionsepidemiologie (GI-TF12), München; 2 Medizinische Fakultät Ludwig-Maximilians-Universität, München; 3 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Nationales Referenzzentrum für Borrelien, Oberschleißheim; 4 Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg
DOI 10.1055/s-0044-1781912

Hintergrund: Lyme-Borreliose (LB) ist die häufigste durch Zecken übertragene Erkrankung in Deutschland. Da es keine zugelassene Impfung gibt, stellen individuelle Maßnahmen zum Schutz vor Zeckenstichen die Hauptpräventionsmöglichkeit dar. Die Anwendung derer hängt maßgeblich von Wissens- und Einstellungsfaktoren ab. Wir haben im Rahmen einer Studie LB-Fälle zu ihrem Wissen, ihren Einstellungen und ihrem Verhalten (knowledge, attitudes, behavior (KAB)) in Bezug auf Zeckenprävention und zeckenübertragene Krankheiten vor und nach ihrer LB-Diagnose befragt, um Informationsbedarf und Zielgruppen für zukünftige Präventionskampagnen zu ermitteln.

Methoden: Wir erstellten einen Fragebogen und luden eine Stichprobe der zwischen der 23. und 35. Kalenderwoche 2019 in Bayern gemeldeten LB-Fälle zur Teilnahme an einer KAB-Befragung (online oder Papierform) ein. Einladungen wurden innerhalb von zwei Wochen nach der Meldung verschickt, um eine zeitnahe Teilnahme zu ermöglichen.

Ergebnisse: Von 1.105 eingeladenen Fällen nahmen 377 (34%) an der Studie teil, 298 Jugendliche/Erwachsene (Medianes Alter 59 Jahre, Spanne 14–89) und 79 Kinder (Medianes Alter 6 Jahre, Spanne 0–14). In der Vergangenheit hatten 88% bereits mindestens einen Zeckenstich und 17% eine zeckenübertragene Infektion. Falschwissen oder Unwissenheit zeigten sich vor allem in den Annahmen, es gäbe keine verfügbaren zeckenspezifischen Abwehrmittel (48%), es bestünde kein Risiko einer Borrelien-Infektion im Wohnlandkreis (25%), Zecken fielen von Bäumen (22%) und es gäbe einen Impfstoff der vor LB schützt (21%). Obwohl die meisten Teilnehmenden das Absuchen nach Zecken nach einem Aufenthalt im Freien, das Tragen langer Kleidung, geschlossener Schuhe und die Hose in die Socken zu stecken als einen wirksamen Schutz vor Zeckenstichen einschätzten, wendet ein weitaus geringerer Anteil diese Maßnahmen regelmäßig an (99% vs. 72%; 93% vs. 40%, 88% vs. 51%; 85% vs. 17%).

Diskussion: Obwohl der Großteil der Teilnehmenden gut über LB und Schutzmaßnahmen informiert war, wurde Falschwissen identifiziert, das sowohl die Einschätzung der Wirksamkeit als auch die Anwendung von Schutzmaßnahmen beeinflusst. Allerdings zeigte sich, dass allein das Wissen von Schutzmaßnahmen und diese als effektiv einzuschätzen kein Garant für die Anwendung ist. Zukünftige Informationskampagnen zur LB sollten speziell auf detektierte Wissenslücken und Falschwissen eingehen. Forschung zu Gründen für oder gegen eine Anwendung von Schutzma-

Diagnose- Algorithmus bei Schimmelexposition im Innenraum

Autorinnen/Autoren G. A. Wiesmüller^{1,2,3}, D. Nowak⁴, B. Heinzow⁵, M. Joest⁶, J. Stemler⁷, J. Hurraß⁸

Institute 1 Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Uniklinik RWTH Aachen; 2 Labor Dr. Wisplinghoff, Köln; 3 ZfMK – Zentrum für Umwelt, Hygiene und Mykologie Köln; 4 Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Mitglied Deutsches Zentrum für Lungenforschung, Klinikum der Universität München; 5 Ehemals: Landesamt für soziale Dienste (LAsD) Schleswig-Holstein, Kiel; 6 Allergologisch-immunologisches Labor, Helios Lungen- und Allergiezentrum Bonn; 7 Translational Research, CECAD Cluster of Excellence, Universität zu Köln und Klinik I für Innere Medizin, Uniklinik Köln; 8 Sachgebiet Hygiene in Gesundheitseinrichtungen, Abteilung Infektions- und Umwelthygiene, Gesundheitsamt der Stadt Köln

DOI 10.1055/s-0044-1785543

Schimmelwachstum im Innenraum ist als ein potenzielles Gesundheitsrisiko zu betrachten - auch ohne dass ein quantitativer und/oder kausaler Zusammenhang zwischen dem Vorkommen einzelner Arten und Gesundheitsbeschwerden gesichert werden kann.

Basierend auf der AWMF-Schimmelpilzleitlinie „Medizinisch klinische Diagnostik bei Schimmelpilzexposition in Innenräumen“ Update 2023 wird die rationale Diagnostik bei Schimmelexposition im Innenraum dargestellt.

Sie umfasst unter der Beachtung von Risikofaktoren Anamnese, körperliche Untersuchung und konventionelle Allergiediagnostik sowie ggf. Provokationstests. Manchmal sind zelluläre Testsysteme indiziert. Bzgl. invasiver Schimmelpilzinfektionen wird auf die spezifischen Leitlinien verwiesen. Hinsichtlich der Mykotoxine gibt es derzeit keine zielführenden und validierten Testverfahren für die klinische Diagnostik. Schimmelpilzmessungen in Innenräumen sind aus medizinischen Gründen selten sinnvoll. Innenraummessungen von MVOC und/oder Mykotoxinen sowie HBM-Untersuchungen auf bestimmte Schimmelpilzbestandteile oder -metabolite haben keine Anwendung in der medizinischen Diagnostik. Bei sichtbarem Schimmelbefall sollen statt der quantitativen und qualitativen Bestimmung der Schimmelspezies die Ursachen des Befalls geklärt werden, so dass schnell mit der Sanierung begonnen werden kann.

Das toxische Schwermetall Blei aus globaler Sicht – Gesundheitliche Bedeutung und Präventionsmaßnahmen

Autor B. Zietz

Institut MSH Medical School Hamburg, Campus Schwerin

DOI 10.1055/s-0044-1781913

Das Schwermetall Blei wurde seit der Antike abgebaut und für zahlreiche Produkte und Artefakte verwendet. Seine toxische Wirkung bei Aufnahme wurde schon im 2. Jahrhundert n. Chr. von Nicander beschrieben. In der Neuzeit gab es seit den 16. Jahrhundert weitere Berichte zu toxischen Wirkungen, z. B. bei Bergarbeitern und besonders seit dem 18. Jhd. zu bleihaltigen Produkten und Lebensmittel-Kontaminationen. Seit dem 19. Jahrhundert wurden zunehmend Verwendungsbeschränkungen für Blei eingeführt. Weltweit gesehen, gehören Bleiverbindungen in Einstufungen, z. B. der WHO, weiterhin zu den wichtigsten, die Gesundheit beeinträchtigenden, Substanzen. Heutzutage spielen dabei eine Reihe von Verwendungen von Bleiverbindungen eine besondere Rolle für die Belastung der Bevölkerung. Die Hauptquellen sind dabei regional sehr unterschiedlich. Neben der Freisetzung von Blei und seinen Verbindungen bei Abbau und Verhüttung spielten und spielen Verwendungen, wie Bleifarben, Bleitrinkwasserleitungen, Bleiakumulatoren und verbleite Kraftstoffe, eine besondere Rolle. Trotz Verboten wirken diese Verwendungen teilweise noch jahrzehntelang als Belastungsquelle nach. In Deutschland wurde aktuell in der novellierten Trinkwasserverordnung ab 2026 ein Verbot von Bleileitungen vorgesehen. Weiterhin wird der Bleigrenzwert ab dem Jahr 2028 noch einmal auf

5 Mikrogramm halbiert werden. Der Beitrag möchte einen aktuellen Blick auf die gesundheitliche Bedeutung von Blei und seinen Verbindungen in Deutschland, Europa und weltweit geben. In der Konsequenz sind dann die effektivsten Präventionsmaßnahmen für eine Blei-Exposition im Fokus.

Erstellung eines Konzepts zur Trinkwasserüberwachung in Hotels

Autor M. Abdullah

Institut Kreisverwaltung Recklinghausen, Fachdienst 53-Gesundheit

DOI 10.1055/s-0044-1781914

In dieser Arbeit wurde ein Konzept zur Gewährleistung der angemessenen Überwachung der Trinkwasserqualität in Hotels entwickelt. Die Relevanz dieser Thematik ergibt sich aus der Tatsache, dass 25% der erfassten Erkrankungsfälle durch Legionellen mit Reisen in Verbindung gebracht werden. Zusätzlich stellen außergewöhnliche Situationen wie Pandemien und die aktuelle Energiekrise ein weiteres potenzielles Risiko in Hotels dar. Faktoren wie die Senkung der Wassertemperatur zur Energieeinsparung oder Betriebsunterbrechungen können die Funktionalität der Trinkwassersysteme beeinträchtigen und somit die Vermehrung von Krankheitserregern begünstigen, was wiederum eine potenzielle Gesundheitsgefahr für die Gäste durch kontaminierte Trinkwasserinstallationen darstellt.

Die zentrale Forschungsfrage dieser Arbeit befasst sich damit, in welchem Umfang die aktuelle Rechtslage die Überwachung der Trinkwasserqualität in Hotels regelt. Durch eine qualitative Analyse der Trinkwasservorschriften wurde festgestellt, dass Hotels gemäß § 2 Abs. 2 b Trinkwasserverordnung als Wasserversorgungsanlagen einzustufen sind und somit den Prüfpflichten unterliegen.

In einer anschließenden Befragung von Hoteliers im Kreis Recklinghausen wurde deutlich, dass Informationslücken und mangelndes Bewusstsein mögliche Gründe für die Vernachlässigung der gesetzlichen Prüfpflichten sind. Zur Schließung dieser Wissenslücken enthält das entwickelte Konzept eine umfassende Liste der Prüfverpflichtungen von Hotelbetreibern in Bezug auf mikrobiologische und chemische Parameter. Darüber hinaus werden die Anzeigepflichten vor der Inbetriebnahme, Meldepflichten sowie Leitlinien für den ordnungsgemäßen Betrieb während der laufenden Wartung und Renovierungen in Form einer Broschüre für die Hotelbetreiber bereitgestellt. Zur Förderung einer kostengünstigen und zeitnahen Kommunikation wird die Einrichtung eines E-Mail-Postfachs vorgeschlagen, über das die Hotelbetreiber ihre Meldungen, Berichte und Prüfergebnisse an die Gesundheitsbehörde übermitteln können.

Kein Einfluss der PFOA-Belastung auf die Immunantwort hinsichtlich Diphtherie, Tetanus und SARS-CoV-2: Untersuchung in einem bayerischen Landkreis

Autorinnen/Autoren H. Lahne¹, C. Quartucci^{1,2}, M. Zamfir¹, D. Gerstner¹, W. Völkel¹, W. Schober¹, C. Herr^{1,2}, S. Heinze^{1,2}

Institute 1 Landesinstitut arbeits- und umweltbezogener Gesundheitsschutz und Produktsicherheit, 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-0044-1781915

Hintergrund: Die Produktion von Perfluorooctansäure (PFOA) in einem Industriebetrieb im Landkreis Altötting seit den 1960er Jahren bis zum Jahr 2008 hatte eine großflächige Kontamination der Umwelt und eine Belastung der dort lebenden Bevölkerung zur Folge, wobei das Trinkwasser als wesentlicher Aufnahmepfad galt. Bei einem Human-Biomonitoring (HBM) im Landkreis Altötting im Jahr 2018 wurden erhöhte PFOA-Werte im Blut der teilnehmenden Personen festgestellt. In einem weiteren HBM nach Ablauf einer Halbwertszeit von vier Jahren im Jahr 2022 zeigte sich, dass die ergriffenen Maßnahmen zur Sanierung der Trinkwasserversorgung wirksam waren und zu einer deutlichen

Reduktion der PFOA-Gehalte im Blut der Bevölkerung geführt haben. Da wissenschaftliche Studien über eine verringerte Impfantikörperbildung bei Personen mit erhöhten PFOA-Gehalten berichten, wurde zusätzlich die Menge verschiedener Antikörper (Diphtherie, Tetanus, SARS-CoV-2) im Blut untersucht, um Hinweise auf einen möglichen Zusammenhang zwischen der inneren PFOA-Belastung und der Immunantwort zu erhalten.

Methoden: Zur Untersuchung eines möglichen Einflusses der PFOA-Belastung auf die Immunantwort wurden zwei Personengruppen miteinander verglichen: Personen mit PFOA-Gehalten im Blut unter und über dem HBM-II-Wert von 10 µg/l. Während es bei der Diphtherie- und Tetanusimpfung bereits etablierte Werte für Antikörper im Blut gibt, bei denen von einem bestehenden Immunschutz ausgegangen werden kann, liegt für SARS-CoV-2 derzeit kein solcher Schwellenwert vor. Somit konnte bei SARS-CoV-2 nur die Menge der Antikörper erfasst und unter den beiden Personengruppen verglichen werden. Die Analysen erfolgten mittels logistischer Regressionen.

Ergebnisse: Für die Antikörperauswertungen lagen Daten von insgesamt 662 Erwachsenen vor. Hinsichtlich des Immunschutzes zeigte sich, dass dieser für Tetanus bei 91,9% und für Diphtherie bei 48,1% der untersuchten Personen ausreichend war. Als wichtiger Einflussfaktor auf die Höhe des Diphtherie-Antikörpertiters konnte das Alter identifiziert werden. Der Diphtherie-Immunschutz sank deutlich mit steigendem Alter sowohl in der Gruppe mit hohen als auch in der Gruppe mit niedrigen PFOA-Gehalten im Blut. Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen der inneren PFOA-Belastung und der Ausprägung des Diphtherie- und Tetanus-Immunschutzes. Hinsichtlich SARS-CoV-2 war bei nahezu allen untersuchten Personen ein hoher Antikörperspiegel zu verzeichnen. Auch hier war kein Zusammenhang zwischen der Höhe der PFOA-Gehalte im Blut und der Antikörpermenge erkennbar.

Schlussfolgerung: Die Ausprägung des Immunschutzes hinsichtlich Diphtherie, Tetanus und SARS-CoV-2 war durch die innere PFOA-Belastung nicht beeinflusst.

Vom Wissen in die Praxis: Hitzeschutz in Köln als Aufgabe des ÖGD

Autorinnen/Autoren B. Grüne¹, A. Küfer-Weiß¹, C. Goeke¹, M. Kreutzer¹, E. Fiessler¹, A. Diedrich¹, J. Hildebrandt^{3,4}, B. Schiefer², Y. Wiczorrek², S. Scharkus¹

Institute 1 Gesundheitsamt der Stadt Köln; 2 Umwelt- und Verbraucherschutzamt der Stadt Köln; 3 GeoHealth Centre, Institut für Hygiene & Public Health, Universitätsklinikum Bonn; 4 Zentrum für Entwicklungsforschung, Universität Bonn

DOI 10.1055/s-0044-1781916

Einleitung: Die Weltgesundheitsorganisation bezeichnet den Klimawandel als die größte gesundheitliche Bedrohung der Menschheit. Das Überschreiten planetarer Grenzen und der damit projizierte Anstieg der globalen Durchschnittstemperatur resultiert in sich zunehmend verschärfenden Gesundheitsgefahren. In Europa starben im Sommer 2022 über 61.000 Menschen an hitzebedingten Todesursachen, 8.173 davon allein in Deutschland. Das RKI schätzt für 2023 deutschlandweit rund 3.200 hitzebedingte Sterbefälle. Darüber hinaus verlängern sich Hitzeperioden in den europäischen Herbst. Nach Auswertungen des Deutschen Wetter Dienstes (DWD) lag das Temperaturmittel im September 2023 in NRW mit 17,8 °C um 4,2 °C über dem Wert der international gültigen Referenzperiode von 1961-1990. Der September war in ganz Deutschland der Wärmste seit Beginn der Wetteraufzeichnungen.

Trotz der zunehmenden Häufigkeit von Extremwetterereignissen im In- und Ausland, sowie öffentlicher Debatten, ist die Risikowahrnehmung vieler Menschen in Bezug auf den Klimawandel oft abstrakt und seine Bedeutung für die menschliche Gesundheit wird unterschätzt. Da der kommunale Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) Bedarfskennntnisse über die lokale Bevölkerung besitzt, ist er für eine zielgruppenadaptierte Kommunikation prädestiniert und nimmt in der Gesundheitsförderung und Prävention eine bedeutende Rolle ein. Dazu gehört die Förderung gesundheitsbezogener Anpassungsstrategien in

der Bevölkerung an die Folgen des Klimawandels, unter besonderer Berücksichtigung der vulnerablen Gruppen: Säuglinge und Kleinkinder, Menschen im Alter (>65 Jahre) ohne soziale Anbindung, sowie Menschen mit Behinderung oder Vorerkrankungen.

Unsere Interventionen sollen daher durch Wissensvermittlung zu konkreten Mitigations- und Anpassungsstrategien insbesondere die Selbstkompetenz und Resilienz vulnerabler Gruppen stärken.

Methode: Das Gesundheitsamt der Stadt Köln hat basierend auf Erkenntnissen aus dem „Hitzeaktionsplan für Menschen im Alter für die Stadt Köln“ (Juli 2022) mit zielgruppenspezifischen Informationskampagnen und individueller Aufklärungsarbeit begonnen. Hierzu wurde die im Rahmen der bestehenden Netzwerkarbeit der Hitzeaktionsplanung in Form eines regelmäßigen Austausches mit anderen Ämtern der Stadtverwaltung, Mediziner*innen, Seniorenvertretung sowie dem Landeszentrum Gesundheit und universitären Instituten genutzt und ausgebaut:

Für die Kölner Bevölkerung wird ein ärztlich geleitetes Hitzetelefon eingerichtet, ebenso ein Online-Formular für die Anmeldung auf der Homepage der Stadt Köln. Das Hitzetelefon wird beworben über die Homepage der Stadt Köln, Tageszeitungen, soziale Medien, Radio- und Fernsehbeiträge, sowie über den Druck von Postkarten, die in Apotheken, Sanitätshäusern, über Seniorennetzwerke und Hausärzt*innen verteilt werden. Personen, die sich für das Hitzetelefon anmelden, erhalten auf den Warnungen des Deutschen Wetterdienstes (DWD) basierende Hinweise auf bevorstehende Hitze, allgemeine und individuelle Tipps zum Schutz vor einer zu großen Hitzebelastung.

Im Rahmen der Erwachsenenbildung informieren wir in den Sommermonaten mit multidisziplinären Teams des Gesundheitsamtes in Zusammenarbeit mit dem Amt für Umwelt- und Verbraucherschutz über Informationsstände auf Wochenmärkte und in der Fußgängerzone über gesundheitliche Aspekte des Klimawandels, regionale Angebote und lokale Frühwarnsysteme.

Auf Anfrage führen wir in Pflegeeinrichtungen Schulungen zu den Themen Prävention hitzebedingter Gesundheitsschäden und Erstellung von einrichtungsbezogenen Hitzeschutzplänen durch.

Zur Sensibilisierung von städtischen Kindertagesstätten (KiTas) führen wir zunächst eine Querschnittsbefragung zur Hitzebelastung und Umsetzung von Anpassungsmaßnahmen durch. Der Fragebogen wurde mit dem Universitätsklinikum Bonn erarbeitet und das Projekt befindet sich (Stand: Oktober 2023) in der Phase der Datenerhebung.

Ergebnisse: In der Zeit vom 21.06.23 bis zum 22.09.23 richteten wir ein ärztlich geleitetes Hitzetelefon für die Kölner Bevölkerung ein, dass werktags erreichbar ist. Das Angebot des Hitzetelefons erfuhr eine sehr gute Resonanz und war durch die Einbindung in das Netzwerk der Hitzeaktionsplanung gut etabliert. Dennoch wurde das Angebot durch die Gruppe der Menschen im Alter ohne funktionierende soziale Anbindung nur wenig genutzt. Thematische Schwerpunkte der Telefonberatung sind u.a. Empfehlungen individueller Anpassungsstrategien, sowie ärztlich bewertete Medikamentenanpassung vor und während Hitzeperioden. Darüber hinaus wird eine Anmeldung zum Erhalt von Hitzewarnungen angeboten, die wir vom Deutschen Wetterdienst (DWD) erhalten und an Registrierte telefonisch weitergeben.

Informationsstände auf Wochenmärkten, u.a. im Rahmen der „Woche der Klimaanpassung“ wurden rege frequentiert. Dort zeigte sich großes Interesse der Bevölkerung an den Angeboten der Stadt Köln auf dem sogenannten Hitzeportal, sowie ein hoher Informationsbedarf. Thematisch standen auch hier individuelle gesundheitliche Aspekte und der Wunsch nach konkreten Handlungsstrategien im Vordergrund.

Die Pflegeeinrichtungen in Köln wurden über die Heimaufsicht kontaktiert, bisher meldeten sich 36 Pflegeeinrichtungen in Köln zurück. Davon hatten 72% Interesse an einem Schulungsangebot, 16 Schulungen konnten terminiert werden. Die vorhandenen Kenntnisse zu und Umsetzung von Klimaanpassungsmaßnahmen variieren in den aufgesuchten Einrichtungen stark, wobei viele Einzelmaßnahmen bereits erfolgen. Hitzewarnungen des DWD werden von 28% der Einrichtungen noch nicht empfangen und in 41% der geschulten Einrichtungen fehlen bisher ausgearbeitete Hitzeschutzpläne. Die Schulungen

dienen der Erarbeitung konkreter Handlungspläne zur praktischen Umsetzung des Wissens sowie der Festlegung von Verantwortlichkeiten.

Schlussfolgerungen: Um die ältere Bevölkerung als Zielgruppe zu erreichen, sind gute Vernetzungen, aber auch eine gewisse Zeit zur Etablierung des Angebotes erforderlich. Weiterhin ist eine direkte Ansprache über soziale Netzwerke (Nachbarschaft, Freund*innen, Familie, Seniorenkreise, Kaffeetreffen, u.Ä.), sowie über die ärztlichen und/oder therapeutischen Ansprechpartner*innen sinnvoll und wünschenswert, um die Zielgruppe zu sensibilisieren und zu informieren.

Die Einrichtung eines Hitzetelefon ist ein geeignetes Instrument, um Risikopersonen in Hitzeperioden zu warnen und zu beraten. Die relativ geringe Inanspruchnahme des Hitzetelefon in Köln kann durch den Zugangsweg, der eine aktive Kontaktaufnahme erforderte, durch lokal eher milden Sommer ohne langanhaltende Hitzeperioden, sowie der nur kurzen Bewerbung des Angebotes begründet sein.

Eine niederschwellige Risikokommunikation durch Informationskampagnen ermöglicht eine Sensibilisierung für die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels und erlaubt eine Vermittlung von präventiven Handlungsstrategien. In Pflegeeinrichtungen besteht ein großes Interesse an Informationen zu alltagstauglichen Hitzeanpassungsmaßnahmen zum Schutz von Bewohner*innen und Personal, sowie an Unterstützung in der Erarbeitung von Kommunikationswegen und einrichtungsbezogenen Hitzeschutzplänen.

Gesundheitliche Aspekte müssen in allen Belangen der Klimaanpassung mitgedacht werden. Der ÖGD kann dabei seine starken Netzwerke auf kommunaler und Landesebene nutzen, um die Bevölkerung und insbesondere vulnerable Zielgruppen zu erreichen. Eine Bedarfsermittlung und darauf aufbauende, gezielte präventive Angebote sollten in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren des Gesundheitssystems entwickelt werden.

KJGD – Postersitzung

08:30 – 10:00 | Saal Z

Gesundheitszustand von Jugendlichen im Land Brandenburg – Ergebnisse aus den Schulabgangsuntersuchungen (SAU) der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste des ÖGD

Autorinnen/Autoren K. Mühlenbruch¹, B. Gundermann¹

Institut 1 Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) Brandenburg

DOI 10.1055/s-0044-1781917

Hintergrund: Jugendliche, die eine berufliche Tätigkeit aufnehmen wollen, erhalten gemäß § 32 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG) eine Untersuchung, in der die Gefährdung für die Ausübung von bestimmten Arbeiten bewertet wird. Die Untersuchung wird – und dies ist eine Besonderheit im Land Brandenburg – von den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten (KJGD) der Landkreise und kreisfreien Städte durchgeführt (§ 6 Abs. 2 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz (BbgDGG)). Die erhobenen Daten werden anonymisiert gemäß Verordnung über die Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes der Gesundheitsämter (Kinder- und Jugendgesundheitsdienstverordnung – KJGDV) schuljahresweise an das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) übermittelt.

Methoden: Die seit 1995 fast vollständig jährlich übermittelten Daten zum Gesundheitszustand der Jugendlichen aus überwiegend 10. Klassen in Oberschulen und Gesamtschulen bilden eine umfangreiche Datengrundlage für diese Altersgruppe. Seit Einführung des Handbuchs für den KJGD im Jahr 2004 wird diese Untersuchung mit einheitlichen standardisierten Verfahren umgesetzt. Trotz inhaltlicher Anpassungen über die Jahre, ermöglichen die erfassten Daten aus der SAU eine umfassende Darstellung der gesundheitlichen Lage der

Jugendlichen im Land Brandenburg [1] – die Daten umfassen auch die Jahre der Pandemie und das Schuljahr 2022/2023.

Ergebnisse: Die Daten der letzten zehn Jahre zeigen, dass ca. 10.000 bis 12.000 Jugendliche eine Erstuntersuchung nach § 32 JArbSchG erhalten haben. Dabei wurden durchschnittlich ca. 55 % Jungen und 45 % Mädchen untersucht und das Alter betrug in mehr als 80 % der Fälle 15 und 16 Jahre. Der mittlere BMI betrug 23 kg/m² (SD 5 kg/m²) bei beiden Geschlechtern, wobei der Anteil an Jugendlichen mit Adipositas nach Kromeyer-Hauschild et al. [2] von 12,5 % (2013) auf 18,7 % (2022) kontinuierlich angestiegen ist. Der am häufigsten vorkommende Befund in der Gruppe der Befunde des Stütz- und Bewegungsapparates stellte die Fehlstellung von Thorax, Wirbelsäule und Schultergürtel mit durchschnittlich ca. 11 % dar. Eine zeitliche Veränderung der Prävalenz dieser Befundgruppe konnte nicht beobachtet werden. Bei der Impfquote ist insbesondere ein Anstieg bei der Impfung Humane Papillomviren (HPV) zu festzustellen [3].

Ausblick: Mit Beginn des Schuljahres 2022/2023 wurde eine Anpassung des Handbuchs für den KJGD umgesetzt und für die SAU insbesondere der nach JArbSchG vorgegebene Erhebungsbogen in die Datenübermittlung aufgenommen. Diese Ergebnisse liegen mit Frist zum 01.11.2023 vor und sollen die Ergebnisdarstellungen – insbesondere zur Anamnese ergänzen.

Literatur

[1] Mühlenbruch K, Höppner S, Jatzkowski S Gesundheitszustand der Schulabgänger/-innen in Brandenburg

[2] Kromeyer-Hauschild K., Wabitsch M., Kunze D. et al. Monatsschr. Kinderheilk 2001; 149: 807–818

[3] Gesundheitsplattform des Landes Brandenburg: <https://gesundheitsplattform.brandenburg.de/#/SA> Zugriff am 19.09.2023

Zahnärztliche Aspekte für Kinderärzte im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst unter besonderer Berücksichtigung der sozialräumlichen Situation

Autor F. Heuser

Institut 53/Gesundheitsamt, 533-3/Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst, Köln

DOI 10.1055/s-0044-1781918

Zunächst wird ein kurzer Überblick über die Zahngesund von Kindern dargestellt.

Hier wird besonders auf die für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst relevanten Altersgruppen und Befunde eingegangen.

Es soll daher ein kurzer Überblick über mögliche beziehungsweise häufige zahnmedizinische Diagnosen und der Differentialdiagnosen gegeben werden, um eine Einschätzung über einen möglichen zahnmedizinischen Behandlungsbedarf frühzeitig zu identifizieren und die Dringlichkeit für weitere therapeutische Maßnahmen einordnen zu können.

Weiter wird die sozialräumliche Situation dargestellt und die prophylaktischen Möglichkeiten hier eine Verbesserung zu bewirken.

Besondere Beachtung soll hier die sozialräumliche Situation finden und die prophylaktischen Möglichkeiten hier eine Verbesserung zu bewirken.

Für die durch das Kölner Amt für Stadtentwicklung und Statistik definierten Sozialraumgebiete konnte eine Assoziation zu der Prävalenz von kariös bedingten Zahnhartsubstanzdefekten gezeigt werden.

Die Pfunde der Schulanfänger – Das Gewicht der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung der letzten 10 Jahre in Magdeburg -

Autor A. Mühlenbruch-Kränzel

Institut Gesundheits- und Veterinärämter der Landeshauptstadt Magdeburg

DOI 10.1055/s-0044-1781919

Die Gewichtsentwicklung der deutschen Bevölkerung ist ein viel besprochenes Thema. Die Problematik der allgemeinen Gewichtszunahme hat sich seit der COVID-Pandemie weiter gesteigert. In dieser Abhandlung wird der Fokus auf

die Kinder gelegt. Ausgewertet und dargestellt werden die Daten aller Kinder in Magdeburg zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchungen von 2013 bis 2023. Allein im Jahre 2023 wurden 2300 Kinder eingeschult.

Schuluntersuchungen in Jena – Darstellung ausgewählter Befunde und Ergebnisse von Befragungen, unter anderem zur Häufigkeit von Long COVID

Autorinnen/Autoren H. Beyermann¹, D. Freesmeyer¹, O. Pfeiffer¹, C. Suck¹, A. Wilberg¹, V. Holzendorf¹

Institut 1 Stadtverwaltung Jena Fachdienst Gesundheit Team Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Jena

DOI 10.1055/s-0044-1781920

Neben den Schuleingangsuntersuchungen (SEU) finden in Thüringen verpflichtend Schulreihenuntersuchungen in den 4. und 8. Klassen sowie das Angebot zu Kindergartenuntersuchungen statt. Während die SEU in Jena in der Zeit der Corona-Pandemie zeitgerecht und vollständig durchgeführt werden konnten, wurden die Schulreihenuntersuchungen für ein Jahr pausiert, konnten aber bereits für das Schuljahr 2021/22 wieder erfolgen. Ausgewählte Befunde dieser Untersuchungen werden im zeitlichen Verlauf der Schuljahre 2014/15 bis 2022/23 dargestellt und diskutiert, die Entwicklung von Adipositas und Übergewicht bereits ab dem Schuljahr 1997/1998. In der Auswertung zeigen sich interessante Trends. Beispielsweise stieg vor bzw. während der Corona-Pandemie der Befund Adipositas zur SEU stark an. Ist der Anteil im Schuljahr 2018/19 bei 2,8%, steigt er auf 4,95% im Schuljahr 2020/21, um im laufenden Schuljahr 2022/23 wieder auf 3,24 abzusinken. Als Risikofaktoren zur Entwicklung von Adipositas konnten wir in einem ersten Modell ein Migrationshintergrund (Odds-Ratio (OR) 2.0 (95%-CI: 1,5 – 2.7) und die vollständige Teilnahme an den U-Untersuchungen (OR 1.4 (95%-CI: 1.1 – 1.9) identifizieren. Unvollständige Teilnahme an den U-Untersuchungen definieren wir als mindestens eine fehlende U-Untersuchung zwischen U1 und U9. Bei Jugendlichen in den 8. Klassen findet sich eine Zunahme der Verhaltensauffälligkeiten von 6,3% im Schuljahr 2014/15 auf 15% im Schuljahr 2022/23. Zusätzlich zu den Thüringer Untersuchungssitems wurden die Untersuchungen genutzt, um Eltern bzw. Kinder- und Jugendliche u. a. zu Mediennutzungsverhalten, regelmäßigem Sport, Drogen- und Alkoholkonsum sowie zu COVID zu befragen. Die Ergebnisse sowie die Häufigkeiten von Long COVID bei Kindern werden dargestellt. Fazit: Schuleingangs- und Schulreihenuntersuchungen durch den ÖGD sind wertvolle Instrumente für die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen, Ressource für Primär- und Sekundärprävention. Sie sind eine Grundlage für GBE und datenbasiertes Handeln in Kommunen. Neben der individualmedizinischen Beratung der Familien und Lehrpersonen zu schulbezogenen Gesundheitsfragen ergibt sich die Möglichkeit der Etablierung zielgruppenorientierter Präventionsmaßnahmen.

Kleiner Schritt für kleine Füße (Projekt zur Zusammenarbeit von Akteuren der frühkindlichen Bildung zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung)

Autor H. Dinklage

Institut Gesundheitsamt Mainz-Bingen Mainz

DOI 10.1055/s-0044-1781921

Einleitung: Das seit 2007 im Landkreis Mainz-Bingen und der Stadt Mainz durchgeführte Projekt "Kleiner Schritt für kleine Füße" ist eine innovative Form der Schuleingangsuntersuchung mit Vernetzung der in der Frühpädagogik beteiligten Akteur:innen (Kindertagesstätte, Grundschule, Erziehungsberechtigte, Schulärzt:innen) zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung

Ziele: Durch das offene Gespräch soll ein soziales System geschaffen werden, in dessen Mittelpunkt das Kind steht.

Der in der Frühpädagogik begonnene Bildungsprozess soll kontinuierlich und verzahnend in der Schule fortgesetzt werden.

Durch das offene Gespräch wird ein respektvolles, wertschätzendes Klima zwischen den Akteur:innen geschaffen und der gemeinsame Kontakt zwischen Mitarbeiter:innen der Grundschulen und Kindertagesstätten intensiviert.

Die Entwicklung des Kindergartenkindes wird auf dem Weg in die Schule optimal begleitet und gefördert.

Methoden: Die Schuleingangsuntersuchung findet in der Kindertagesstätte nach den in RLP vorgegebenen Standards statt.

Nach den Untersuchungen finden Entwicklungsgespräche mit den Sorgeberechtigten, Erzieher:innen, Vertreter:innen der Grundschule und den Schulärzt:innen statt.

Es wird ein Entwicklungs- und Ressourcenplan erstellt, in welchem die weiteren Aufgaben zur Förderung des Kindes und die entsprechenden Akteur:innen benannt werden.

ABLÄUFE UND VORAUSSETZUNGEN

Grundlegende Voraussetzung dieses Projektes sind gutfunktionierende Kooperationen zwischen den Bildungseinrichtungen und die Bereitschaft der Akteur:innen Zeit zu investieren.

Abläufe: Kooperationstreffen (Kooperationspartner:innen stellen sich der Mänoverkritik, Abläufe werden besprochen und optimiert) -> ca. 1 Jahr vor Einschulung

Elterninformationsabend (Projekt und Schuleingangsuntersuchung werden den Eltern vorgestellt) -> nach der Einschreibung der neuen Schulkinder Informationen (schriftliche Erläuterung, Schweigepflichtentbindungen und Termine zur Schuleingangsuntersuchung) werden den Eltern durch die Kita ausgehändigt -> September/Oktober im Jahr vor der Einschulung

Einschulungsuntersuchung mit anschließendem Entwicklungsgespräch -> ab Oktober im Jahr vor der Einschulung

Evaluation und Ausgabe des Elternfragebogens zum Projekt -> nach der Schuleingangsuntersuchung

Ergebnisse: Zum Schuljahr 2024/2025 werden 20% der Kinder im Rahmen des Projektes untersucht.

99% der Eltern, welche die Möglichkeit zur Beteiligung an dem Projekt erhielten, entschieden sich für die Teilnahme.

98% der Eltern fühlen sich bezüglich der Beschulung ihres Kindes ausreichend informiert.

Positive Resonanzen seitens der Bildungseinrichtungen -> niedrigschwelliger Zugang + konstruktive Zusammenarbeit + medizinische und pädagogische Diagnostik werden verzahnt -> Fördermöglichkeiten für das Kind werden optimiert

Kinder ohne Chancen? Niederschwelliges Angebot einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abklärung für Kinder/Jugendliche aus bildungsfernen und hochbelasteten Familien

Autorinnen/Autoren N. Neuhoff¹, S. Distler¹, K. Mildenerger¹, M. Reincke¹

Institut 1 Landeshauptstadt München Gesundheitsreferat Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche – SG seelische Gesundheit München

DOI 10.1055/s-0044-1781922

Schon in der BELLA-Studie und auch in den einzelnen Copsy-Wellen zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Lebenslagen überdurchschnittlich häufig von Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit betroffen sind. Gleichzeitig nehmen Familien mit prekärem Lebenshintergrund aus verschiedensten Gründen Angebote des regulären medizinischen Versorgungssystems in geringerem Maße in Anspruch, sodass eine adäquate Versorgung der hochbelasteten Kinder und Jugendlichen gefährdet sein kann. Für diese besonders belasteten Kinder und Jugendlichen besteht die Möglichkeit einer niederschweligen kinder- und jugendpsychiatrischen Erstabklärung in der Beratungsstelle für seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen der LH München mit Überleitung in das medizinische Versorgungssystem.

Anhand der Inanspruchnahmepopulation aus dem Jahr 2022 wird diese besonders belastete Gruppe dargestellt sowie jene Maßnahmen aufgezeigt, die das zuverlässige Erreichen der Zielgruppe gewährleisten. Vielfältige Belastungs-

faktoren der Kinder und Jugendlichen aus benachteiligenden Lebenslagen und die daraus resultierenden Schwierigkeiten der Anbindung im regulären Versorgungssystem werden reflektiert sowie Überlegungen hinsichtlich eines Abbaus von Hürden für einen erleichterten Zugang zum Versorgungssystem dargelegt.

Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen – Besteht die Notwendigkeit von Reformen? Ergebnisse einer Befragung in Südhessen.

Autor S. T. Gardecki

Institut Gesundheitsamt für die Stadt Darmstadt und den Landkreis Darmstadt-Dieburg, Darmstadt

DOI 10.1055/s-0044-1781923

Hintergrund: Sowohl von Seiten der Jugendhilfe als auch von Seiten der kinder- und jugendpsychiatrischen und -therapeutischen Praxen in der Stadt Darmstadt und im Landkreis Darmstadt-Dieburg wird eine hohe Überlastung der Versorgungssysteme wahrgenommen.

Das Ziel dieser Forschungsarbeit des Gesundheitsamtes der Stadt Darmstadt und des Landkreises Darmstadt-Dieburg ist, die wahrgenommene Überlastung zu quantifizieren und daraus Reformansätze zur Verbesserung der Versorgung abzuleiten.

Methode: Zur Ermittlung der Überlastung wurde eine quantitative und qualitative Befragung mittels Fragebogen bei insgesamt 67 Stellen der ambulanten Versorgung in der Stadt Darmstadt und im Landkreis Darmstadt-Dieburg durchgeführt (Versorgungsgebiet: 161 Tsd. Personen im Stadtgebiet und 300 Tsd. Personen im Landkreis). Zusätzlich wurden öffentliche Gesundheitsdaten der KV Hessen herangezogen und nicht-öffentliche Daten der KV Hessen durch eine Abfrage ergänzt.

Ergebnisse: Fachkräfte aus der ambulanten Versorgung der Stadt Darmstadt und des Landkreises Darmstadt-Dieburg berichten von einem Anstieg des Behandlungsbedarfs in der kinder- und jugendpsychiatrischen und -therapeutischen Versorgung. Insbesondere die Wartezeiten für Diagnostik und Therapie zeigen deutliche Belastungen des Systems. Die Folgen sind eine mangelhafte Versorgung, eine häufigere Chronifizierung und eine Verschlechterung der Symptomatik mit entsprechend höherem Zeitaufwand für die Behandlung.

Schlussfolgerung: Aus den analysierten Überlastungen und den daraus abgeleiteten Bedarfen werden Reformansätze für die Praxis generiert. Diese Empfehlungen erfordern in verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems sowie auf politischer Ebene eine bedarfsorientierte Optimierung der Behandlungsstrategien sowie einen effizienteren Einsatz der Etats im Angebotsspektrum der psychischen Gesundheit. Um multidisziplinäre Ansätze in der Praxis zu etablieren, ist es unerlässlich, den Menschen zuzuhören, die diese Systeme am Laufen halten, insbesondere dem Gesundheitspersonal und den Menschen mit eigenen Erfahrungen.

Elternbefragung zur Evaluation eines aufsuchenden Angebots zur Gesundheitsberatung durch Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen

Autorinnen/Autoren E. Bielecki¹, C. Söllner-Schaar¹

Institut 1 Landeshauptstadt München, Gesundheitsreferat Sachgebiet Frühkindliche Gesundheitsförderung München

DOI 10.1055/s-0044-1781924

Hintergrund: Seit 50 Jahren gibt es beim Gesundheitsreferat der Stadt München ein aufsuchendes Beratungsangebot durch Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen für Familien mit Kindern bis 6 Jahre. Das Angebot ist kostenlos und freiwillig.

Bei der Auswertung der Daten zur Anzahl der Hausbesuche im Verlauf der letzten Jahre ist aufgefallen, dass zwar mehr Anfragen von Eltern über E-Mail-Kontakt oder telefonisch über das Beratungstelefon eingehen, aber die Anzahl der stattgefundenen Hausbesuche etwas rückläufig ist. Es werden immer häufiger „Fehlbesuche“ dokumentiert, bei denen die Familien trotz Ankündigung nicht

angetroffen werden bzw. Termine nicht abgesagt wurden. Dies ist verbunden mit einem zeitlichen Aufwand der Fachkräfte, so dass deren Kapazitäten und Ressourcen an anderer Stelle nicht verfügbar sind.

Fragen: Um die Wünsche der Familien bezüglich einer gesundheitlichen Beratung in Erfahrung zu bringen, wird eine Online-Befragung durchgeführt:

Die Eltern werden gebeten zu beantworten, ob und aus welchen Gründen sie gerne eine Beratung zu Gesundheitsthemen bei Kindern in Form eines Hausbesuchs wünschen oder dies nicht möchten. Außerdem werden die Eltern gefragt, ob sie das Angebot bereits kannten und wie sie davon erfahren haben.

Methoden: Es wird ein Online-Befragungstool (Lime Survey) verwendet, was in der Verwaltung der Landeshauptstadt München etabliert ist. Alle Eltern, die ein Kind bekommen haben, erhalten gemeinsam mit dem Informationsschreiben über das aufsuchende Beratungsangebot ein Anschreiben mit der Bitte um Teilnahme an einer kurzen Befragung. Die Befragung findet online statt und ist über einen QR-Code zu erreichen. Sie umfasst 3 Fragen mit Auswahlmöglichkeiten und jeweils einem Freitextfeld. Ab Oktober 2023 wird die Befragung durchgeführt und soll je nach Rücklaufquote 3 bis 5 Monate laufen.

Fazit: Das Ziel der Befragung ist, das Beratungsangebot an geänderte Bedarfe anzupassen. Außerdem sollen mit den Ergebnissen neue Strategien entwickelt werden, wie das Angebot bekannter gemacht werden kann, so dass mehr Familien davon profitieren können.

Sektorenübergreifende Regionale Versorgung bei Anorexia nervosa (SeRIVA) – Etablierung einer Koordinationsstelle für Betroffene und Angehörige im Kreisgesundheitsamt Reutlingen

Autorinnen/Autoren C. Hilberath¹, T. Renner², F. Kosel², D. Hagmann², G. Resmark³, S. Zipfel³, A. Weingärtner³, K. Schuh³, P. Bross¹, B. Kling¹, K. Wolfers¹

Institute 1 Kreisgesundheitsamt Reutlingen; 2 Universitätsklinikum Tübingen, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter; 3 Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

DOI 10.1055/s-0044-1781925

Einleitung: Ziel des Projektes SeRIVA war die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Betroffenen mit Anorexia nervosa in den baden-württembergischen Regionen Tübingen und Reutlingen. Insbesondere der Inzidenzanstieg von Essstörungen während der COVID-19-Pandemie (z.B. Taquet et al., 2021) verdeutlicht die dringende Notwendigkeit neuer Behandlungswege, wobei der Vernetzung von Versorgungsakteur:innen eine entscheidende Rolle zukommt.

Neben der Etablierung eines Versorgungsnetzwerks wurde im Rahmen von SeRIVA eine Koordinationsstelle im Kreisgesundheitsamt Reutlingen für Betroffene und Angehörige sowie eine telemedizinischen Fachberatung für Versorgungsakteur:innen implementiert.

Das Netzwerk sollte einerseits Betroffenen und deren Angehörigen dabei helfen, sich besser im „Versorgungsdschungel“ zurechtzufinden. Andererseits richtete sich das Netzwerk auch an alle Fachleute, die in ihrer Arbeit dem Thema Magersucht begegnen.

Über die Koordinationsstelle erfolgte eine Bündelung und bessere Nutzbarmachung bestehender Angebote, die Bereitstellung von Informationsmaterialien sowie der niederschwellige Zugang für Betroffene und Angehörige zu den regionalen und überregionalen Behandlungsangeboten (Lotsenfunktion).

Methoden: Die Evaluation der Koordinationsstelle sowie der telemedizinischen Fachberatung erfolgte über die Nutzung und Bewertung der hieran angegliederten Angebote. So wurden die hierfür konzipierten Standarddokumentationen im Erhebungszeitraum 07/2022-08/2023 ausgewertet.

Ergebnisse: In der Analyse der Standarddokumentationen mit insgesamt 67 Kontakten zeigte sich der überwiegende Zugang zu den Angeboten per Mail/über das Kontaktformular (86,6% n = 58) und nur in deutlich geringerem Umfang telefonisch (13,6% n = 9). Die Anfragen (n = 28) erfolgten in 50% (n = 14)

aus dem Landkreis Reutlingen, in 25% (n = 7) aus dem Landkreis Tübingen sowie in 25% (n = 7) aus anderen Landkreisen.

Die Nutzer:innen waren in 44,8% (n = 30) selbst Betroffene, in 38,8% (n = 26) Angehörige oder Freund:innen, in 4,5% (n = 3) Schulsozialarbeiter:innen: sowie in 11,9% (n = 8) Sonstige.

In der Charakterisierung der Betroffenen (n = 52) zeigte sich das Geschlecht in 92,3% (n = 48) als weiblich und in 7,7% (n = 4) als männlich. Das Alter der Betroffenen (n = 49) lag in 67,3% (n = 33) und somit in der Mehrzahl der Fälle über 18 Jahren, in 28,6% (n = 14) zwischen 14 und 18 Jahren und in zwei Fällen (4,1%) unter 14 Jahren.

Bei den Anliegen (Mehrfachantworten waren möglich) zeigte sich der größte Bedarf bei der Unterstützung in der Suche nach Psychotherapieplätzen (35,8% n = 24) sowie in der Suche nach Behandlungsmöglichkeiten (28,4% n = 19). Es folgten Fragen nach Angehörigenangeboten (14,9% n = 10) und Selbsthilfeangeboten (10,4% n = 7). Weitere Anliegen waren Wünsche nach Informationen zu (Teil-)Stationären Angeboten (22,4% n = 15), zu Beratungsangeboten (7,5% n = 5) sowie zur Vernetzung (9,0% n = 6).

Diskussion: In der Evaluation wurde der digitale Zugang zur Koordinationsstelle (per Mail oder Kontaktformular) gut angenommen und erwies sich somit als sehr niederschwellig. Sowohl bei Betroffenen als auch bei Angehörigen im Landkreis Reutlingen zeigte sich ein deutlicher Mehrbedarf an regionalen Behandlungsmöglichkeiten (wie z.B. Psychotherapieplätzen) sowie darüberhinaus an niederschweligen Angeboten wie Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und Angehörigengruppen vor Ort.

Ausblick: Geplant ist nun die Verstetigung der Koordinationsstelle im Kreisgesundheitsamt. Daneben ist beabsichtigt, durch Nutzung des im Projekt geschaffenen Netzwerkes eine nachhaltige Angebotsstruktur zu gestalten. Gelingen soll dies über die Vernetzung und Weiterentwicklung bereits bestehender Versorgungsstrukturen wie beispielsweise dem Arbeitskreis für Mädchen „Flotte Lotte“ mit den Akteur:innen der Koordinationsstelle und der telemedizinischen Fachberatung sowie über die Etablierung von Selbsthilfeangeboten bei freien Trägern der Jugendhilfe.

Sonnenschutzklärung im individuellen Kontakt und einen ganzen Jahrgang betreffend

Autor S. Kellner

Institut Gesundheitsamt Kreis Lippe, Medicum Lemgo, Lemgo

DOI 10.1055/s-0044-1781927

Hautkrebs ist mit über 270.000 Neuerkrankungen die häufigste Krebserkrankung in Deutschland [1]. Von einer jährlichen Zunahme von 10% ist derzeit auszugehen und damit von einer Verdopplung der Erkrankungsfälle in einem Zeitraum von 10 Jahren [2]. Das Hautkrebsrisiko bei Sonnenbränden in der Kindheit ist um 50% erhöht. [3]. Essentiell sind vermehrt präventive Anstrengungen. Das Beispiel Australien zeigt, dass sich Kontinuität und Konsequenz der Präventionsbemühungen, die auch bereits Kinder einschließt, auszahlt. Australien ist das einzige Land mit hellhäutiger Bevölkerung mit einer rückläufigen Inzidenzquote.[2]. Was wird in Deutschland derzeit für die Schulung im richtigen Umgang mit der Sonne getan?

Es gibt zahlreiche Kampagnen und Informationsveranstaltungen, aber längst nicht jedes Kind wird erreicht. Im Buchhandel gibt es nur wenige Geschichten zum Thema.

Es entstand die Idee zu einem Kinderbuch, das möglichst einen ganzen Jahrgang erreichen sollte. In Deutschland ist die Untersuchung der Schulanfänger in allen Bundesländern gesetzlich vorgeschrieben. Es wird also ein ganzer Jahrgang gesehen. Im Kinderbuch sollte das Thema Sonnenschutz kindgerecht, wissenschaftlich fundiert und alltagstauglich angesprochen werden. Das Buch trägt den Titel "Mo und der Sonnenzauberer". Es ist mit 12 illustrierten Seiten im Postkartenformat erschienen. Es greift die Verhaltensweisen der S3 Leitlinie zur Hautkrebsprävention auf. Die Hauptfigur lernt gemeinsam mit dem LeserIn den richtigen Umgang mit der Sonne. Die Verhaltensweisen (Kleidung, Hut und

Sonnenbrille tragen, Mittagszeit meiden, Sonnencreme verwenden) werden von einem "Experten", hier dem Sonnenzauberer, vermittelt.

Durch den Illustrator André Seldaczek wurde das Buch frech und fröhlich illustriert. Die wichtigsten Elemente zum Sonnenschutz werden bildlich aufgegriffen. Dadurch werden die Kernaussagen der Thematik über mehrere Sinne vermittelt.

Seit Ostern 2023 wird als Pilotprojekt das Kinderbuch im Kreis Lippe an die Schulanfänger im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung verteilt. In Lippe werden ca. 3700 Kinder in einem Jahrgang eingeschult. In einem 1:1 Kontakt zwischen medizinischem Personal und dem Vorschulkind wird das Buch übergeben. In der Regel wird das Kind von einem Erziehungsberechtigten begleitet. In dieser Situation kann die Sachinformation im persönlichen Bezug z.Bsp. zum Hauttyp des Kindes oder der Jahreszeit erläutert werden. Es gibt die Möglichkeit Fragen der Eltern zu besprechen. Anschließend wird das Buch idealer Weise von einer Bezugsperson in entspannter Atmosphäre vorgelesen. Ist die Geschichte interessant, die Bilder niedlich und das Format ansprechend, kann durch viele Wiederholungen, das Thema verinnerlicht werden.

Ab 2024 startet das Projekt auch in den Gesundheitsämtern der Städte/Kreise Minden, Paderborn, Gütersloh und Bielefeld. Dann werden ca 17.000 Schulanfänger teilnehmen.

Mit dem Buch soll wissenschaftlich fundierte Information über die Möglichkeiten zum Sonnenschutz in die Familien gebracht werden. Wenn Kinder und Eltern zeitgleich spielerisch geschult werden, motivieren die Kinder ihre Eltern zur Vorbildfunktion. Durch niederschwellige wiederholte Bewusstmachung der Gefahr der Sonne kann auf eine Verhaltensänderung zum Thema hingearbeitet werden. Erreicht die Schulung eine breite Bevölkerungsschicht wie z.Bsp. einen kompletten Jahrgang, kann Prävention gelingen und im Verlauf das Hautkrebsrisiko sinken.

Literatur

[1] Hautkrebsreport 2019 Prof. M: Augustin und Prof G. Glaeske, unterstützt von der TK

[2] Online Artikel, Univ. Prof. Dr. med. John Osnabrück, Vortrag Derm Albin, BVDD und Online Pressekonferenz: "Spektrum Dermatologie-Unterwegs im Klimawandel", 28.10.2022; Veranstalter: Bayer Vital GmbH, Prof John, Osnabrück

[3] Primäre Sonnenbrände in Kindheit für Hautkrebsrisiko relevant, Langzeitanalyse, Thomas Müller, Lergenmüller S et al. Lifetime Sunburn Trajectories and Associated Risks of Cutaneous Melanoma and Squamous Cell Carcinoma Among a Cohort of Norwegian Women. JAMA Dermatol 2022; <https://doi.org/10.1001/jamadermol.2022.4053>

Händigkeitsbeobachtung bei der Schuleingangsuntersuchung

Autorinnen/Autoren S. Heusler¹, S. Heidrich¹, K. Tribe¹

Institut 1 Landkreis Vorpommern-Rügen Der Landrat Fachdienst Gesundheit, Stralsund

DOI 10.1055/s-0044-1781928

Schwierigkeiten, die mit einer umgeschulten Linkshändigkeit einhergehen, werden seit Jahren von Betroffenen und Fachleuten beschrieben. Spezialisierte LinkshänderberaterInnen diagnostizieren mit verschiedenen Materialien die Händigkeit und bieten Rückschulung auf die dominante Hand an.

Heute wird nicht mehr gewaltsam umgeschult. Leider findet eine sanfte Umschulung und die Selbstumschulung der (Klein-)Kinder alltäglich statt, da Kinder am Vorbild der Erwachsenen lernen. Diese Vorbilder sind laut Statistik 90% Rechtshänder, welche mit rechts schreiben und sich in einer „rechtshändigen“ Welt arrangieren.

Statistiken erfassen circa 10% Linkshänder, so auch bei den Einschulungsuntersuchungen im Land Mecklenburg-Vorpommern. Beim Merkmal "Händigkeit" wird die Hand dokumentiert, welche beim Malen bevorzugt wird.

Verschiedene Untersuchungen, Theorien und Fachleute beschreiben einen Linkshänderanteil von 30% und mehr. Die Studienlage dazu ist noch ungenügend.

Durch einen fokussierten Blick bei den Schuleingangsuntersuchungen werden wesentlich mehr links-agierende Kinder beobachtet, welche jedoch mit der rechten Hand malen und dabei mit Problemen z.B. bei den Aufgaben der Visuo- und Feinmotorik zu kämpfen haben. Gezielte anamnestische Fragen weisen auf eine unbewusste Umschulung der Kinder auf rechts durch Nachahmung aber auch durch Unwissenheit der Erwachsenen, sowie mangelnden linkshändigen Angeboten hin.

Dieses Poster stellt Wissenswertes zur (Links-)Händigkeit und Anwendung in der Schuleingangsuntersuchung dar.

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst kann durch Information, Beratung und Förderung beim Gebrauch der linken Hand breitenwirksam Eltern, ErzieherInnen in Kindertagesstätten und PädagogInnen in Schulen aufklären und dazu beitragen, vielen Kindern das Schreiben mit links und somit den Schulalltag zu erleichtern und Folgeschäden zu vermeiden. Durch das Poster möchten wir auf die Linkshändigkeitsproblematik aufmerksam machen und die MitarbeiterInnen im KJÄD sensibilisieren.

Zahnmedizin – Block 3

08:30 – 10:00 | Saal X.2

Daten der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in Niedersachsen. Überblick – Rückblick und Ausblick

Autorinnen/Autoren J. Kluba¹, N. Jahn², U. Junius-Walker²

Institute 1 Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Niedersachsen e.V. (LAGJ), Hannover; 2 Landesgesundheitsamt (NLGA), Hannover

DOI 10.1055/s-0044-1781930

Hintergrund: Die Durchführung der Gruppenprophylaxe ist in § 21 SGB V und spezifisch für Niedersachsen in der entsprechenden Landes-Rahmenvereinbarung geregelt. Alle durchgeführten Maßnahmen der Zahnärzt*innen sowie der Prophylaxefachkräfte im Zahnärztlichen Dienst (ZäD) werden dokumentiert. Die Übermittlung dieser Daten erfolgte bisher getrennt an die Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege e.V. (LAGJ) auf Basis der Dokumentationsvorlage der DAJ (A2 Bogen) und an das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) im Rahmen der Jahresstatistik. Eine landesweite, gemeinsame Auswertung dieser Daten für Niedersachsen hat bisher noch nicht stattgefunden.

Ziel: Darstellung der Daten über die in Niedersachsen durchgeführten Maßnahmen der GP sowie deren Untersuchungsergebnisse. Diese Auswertung geht über die reguläre, reine Beschreibung der Maßnahmen bzw. rein epidemiologische Betrachtung der Befundergebnisse hinaus und dient als Basis für die zukünftig geplante standardisierte Jahresauswertung mittels des niedersächsischen Dokumentationsbogens (DJN).

Methode: Zusammenführen der Datensätze der ZäD zu den GP-Maßnahmen und zahnärztlichen Befundungen in Niedersachsen aus den Untersuchungs-jahren 2010/11 bis 2019/20 (n = 861) und deskriptive Analyse der Daten altersgruppen- und einrichtungsstratifiziert.

Resultate: Jährlich finden durch die GP um die 900.000 Kontakte zu Kindern und Jugendlichen durch die ZäD statt. Diese Maßnahmen werden vorrangig auf die Kinder in Kindergärten, Grund- und Förderschulen fokussiert. Dadurch, dass die Daten erstmalig auch in Bezug zu den Befunddaten aus den zahnärztlichen Untersuchungen im Rahmen der GP gesetzt wurden, ist ersichtlich, dass die Präventionsmaßnahmen verstärkt in den Einrichtungen stattfinden, in denen Kinder mit hohem Präventionsbedarf anzutreffen sind. Aus der Auswertung werden Limitationen ersichtlich, welche durch die bisherigen Erhebungsmodalitäten bedingt sind. Es werden Möglichkeiten gezeigt, durch organisatorische und formale Anpassungen eine qualitativ hochwertige Datenbasis zu schaffen, welche zudem eine Möglichkeit der Arbeitsentlastung in Bezug auf die Dokumentation für die ZäD beinhaltet.

Schlussfolgerung: Diese Auswertung bietet einen Überblick über die jährlichen Aktivitäten der GP in den zehn Jahren vor Pandemiebeginn in Bezug zu den entsprechenden Untersuchungsergebnissen. Sie zeigt die Potentiale auf, um die Maßnahmen der GP in Niedersachsen fortwährend zielgerichtet an den Bedarfen zur Förderung der Mundgesundheit der Kinder auszurichten. Gleichzeitig wird deutlich, dass für eine optimale und zielführende Präventionslenkung eine angepasste Datenerhebungen erforderlich ist.

Interessenkonflikte Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

Psychiatrie – Postersitzung

08:45 – 09:00 | Saal X.6

„Krisenhilfen“ im Sinne des hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes: Der Rettungsdienst als potenzieller Koordinationspartner?

Autorinnen/Autoren W. Lenz¹, L. Hofmann¹, M. Latka¹, M. Wilhelm¹, J. Plath¹

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

DOI 10.1055/s-0044-1781931

Hintergrund: Die Aufgabenstellung des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) und der Psychiatrie-Koordination ist vielerorts den Gesundheitsämtern zugeordnet. Im hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) sind unter dem Begriff der „Hilfen“ insbesondere die Beratung, Begleitung, Hinführung zu ärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung, die Vermittlung von Hilfen zur Selbsthilfe und Angeboten des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems sowie ehrenamtliche Hilfen subsummiert; diese Hilfen sollen von den SpDi koordiniert oder ggf. selbst erbracht werden. Außerhalb der Regelarbeitszeit sind „Krisenhilfen“ vorzusehen (§5 Abs. 6 PsychKHG), welche jedoch nur allenfalls in einigen Kommunen als telefonische Beratung, nicht jedoch im aufsuchenden Sinne realisiert sind.

Flächendeckend ist jedoch der rund um die Uhr zur Versorgung lebensbedrohlicher Notfälle unter der Notrufnummer 112 erreichbare Rettungsdienst auf jeweils landesrettungsdienstgesetzlicher Grundlage tätig. Er wird letztlich auch dann alarmiert, wenn in einer Rettungsleitstelle eine psychiatrische Krisensituation geschildert werden, eine vitale Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann und keine spezifischen Hilfsangebote vorhanden sind. Ziel dieser Untersuchung war es, die gewachsene Status-Quo-Situation zu quantifizieren, um eine Grundlage zur Ermittlung konkreter Bedarfe, aber auch zum Vorhandensein nutzbarer Ressourcen zu erhalten.

Methode: Zur Beantwortung der Fragestellung wurden Routinedaten der Rettungsleitstelle Main-Kinzig-Kreis aus einem Zeitraum von zwei Jahren (01/2021-12/2022) zu Notfalleinsätzen mit Rettungswagen ausgewertet. Disponentinnen und Disponenten der Rettungsleitstelle erhalten nach Beendigung des Einsatzes vom durchführenden Rettungsmittel eine Kategorisierung des Einsatzes zu Diagnose und Dringlichkeit (Patientenzuweisungscode und Rückmeldeindikation). Aus diesen Daten des Einsatzleitsystems lässt sich analysieren, welche Einsätze einen psychiatrischen Bezug aufweisen und wie die Einschätzung zur Dringlichkeit der Versorgung war. In der Analyse wurde folgend deskriptiv die Verteilung von Einsätzen mit psychiatrischen Bezug untersucht.

Ergebnisse: Zu 110.414 Einsätzen von Rettungswagen lagen alle relevanten Informationen vor. Dabei wurden in 2.830 Fällen (2,56 %) eine psychiatrisch führende Notfallsituation vorgefunden. Unter diesen Fällen wurde bei 529 (18,7 %) Patientinnen und Patienten kein Transport in eine Behandlungseinrichtung durchgeführt. Die Mehrheit der Einsätze ohne Patiententransport fand tagsüber statt (n = 278; 52,5 %) und etwa drei Viertel wurden an Wochentagen durchgeführt (n = 388; 73,6 %).

Diskussion: Aus der Fallkonstellation einer vom Rettungsdienstpersonal klassifizierten psychiatrischen Notfallsituation, die nicht zum Transport in eine Behandlungseinrichtung führt, liegt die Vermutung nahe, dass vor Ort eine „Krisenhilfe“ durch den Rettungsdienst stattgefunden haben könnte. Dies erfolgt ohnehin vermutlich auch im Rahmen vieler anderer Rettungseinsätze als begleitende Maßnahme. Insofern legt die Größenordnung der rettungsdienstlichen Fallzahlen nahe, den Rettungsdienst substanziell in das von den Gesundheitsämtern zu koordinierende Netzwerk sozialpsychiatrischer Krisenhilfen einzubeziehen.

Psychiatrie – Aktuelles von den Bundesländern

09:00 – 10:00 | Saal X.6

Psychiatrieplan für Hamburg

Autorinnen/Autoren C. Daniels¹, S. Lenefeldt¹

Institut 1 Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration, Amt für Gesundheit Fachabteilung Versorgungsplanung Referat Psychiatrieplanung und Maßregelvollzug, G 1224 Hamburg, Behörde für Arbeit

DOI 10.1055/s-0044-1781932

Schwerpunkthemen: A. Komorbidität, B. Gemeindepsychiatrische Verbünde (GPV) C. Psychiatriekoordination D. aufsuchende Angebote in der Regelversorgung E. Forensische Psychiatrie/Allgemeinpsychiatrie

Peer-gestützte Krisenintervention zur Vermeidung von Zwangseinweisungen (PeerIntervent)

Autorinnen/Autoren L. Oeltjen¹, M. Schulz², G. Knigge³, I. Heuer³, D. Briel², R. Nixdorf³, W. Brannath⁴, K. Bultmann⁵, J. Ponke⁵, J. Utschakowski⁶, C. Mahlke³, A. Gerhardus¹

Institute 1 Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abteilung für Versorgungsforschung, Bremen; 2 Klinikum Bremen-Ost, Stabsstelle Wissenschaftliche Begleitung und Psychiatrie-Entwicklung, Gesundheit Nord gGmbH | Klinikverbund Bremen; 3 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, AG sozialpsychiatrische & partizipative Forschung, Hamburg; 4 Universität Bremen, Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb) und Institut für Statistik (IfS), Bremen; 5 Gesundheitsamt Bremen, Abteilung Sozialpsychiatrie und Prävention, Bremen; 6 Senatorische Behörde für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz Bremen, Referat Psychiatrie und Sucht, Bremen

DOI 10.1055/s-0044-1781933

Zwangseinweisungen stellen einen schwerwiegenden Eingriff in die Grundrechte der betroffenen Personen dar. Dennoch lässt sich in den vergangenen Jahren ein stetiger Anstieg bei den Zwangseinweisungen in Deutschland verzeichnen. Ein mögliches Mittel zur Vermeidung von Zwangseinweisungen kann Genesungsbegleitung sein: In Studien aus anderen Ländern hat sich gezeigt, dass Genesungsbegleitung durch sog. Peers die Genesungswahrscheinlichkeit und Lebensqualität von Betroffenen erhöhen und den Einsatz von Zwangsmaßnahmen reduzieren kann. Ziel des Projektes ist es, die Versorgung von Menschen in akuten psychischen Krisen durch den Einsatz von Peers zu verbessern und die Anzahl von Zwangseinweisungen zu reduzieren.

Im Rahmen der explorativen, cluster-randomisierten, kontrollierten Pilotstudie „PeerIntervent“ werden in zwei von insgesamt fünf regionalen Teams des bremischen Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpsD) geschulte Peers eingesetzt. Als fester Bestandteil der Teams begleiten sie Kriseneinsätze und bieten im weiteren Verlauf Gesprächs- und Unterstützungsangebote für die Betroffenen an.

Der Anteil von Zwangseinweisungen an den Kriseneinsätzen wird zwischen Interventions- und Kontrollregionen verglichen. Mittels qualitativer Methoden werden die Auswirkungen der Genesungsbegleitung in Krisensituationen und das Erleben aller Beteiligten untersucht.

Im Vortrag werden Ergebnisse aus qualitativen Interviews mit den Peers und aus Fokusgruppen mit anderen Mitarbeitenden des SpsD präsentiert und diskutiert.

Die finalen Ergebnisse der Studie werden zeigen, ob Genesungsbegleitung durch Peers einen Einfluss auf den Anteil von Zwangseinweisungen bei Kriseneinsätzen haben und das Erleben der Betroffenen in Krisensituationen verbessern kann.

Digitalisierung – Poster (ohne Postersitzung)

Abbau von Sprachbarrieren im öffentlichen Gesundheitsdienst durch Einsatz eines Telefondolmetschdienstes – Ein Pilotprojekt des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main

Autorinnen/Autoren L. Grünberg¹, S. Lang¹

Institut 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0044-1781934

Hintergrund: Die fehlende Möglichkeit, gesundheitlich relevante Informationen korrekt und vertraulich zu übersetzen, stellt für medizinische Sprechstunden und gesundheitsbezogene Beratung generell eine große Hürde dar. Das Gesundheitsamt Frankfurt am Main setzt daher in einigen Bereichen seit vielen Jahren Sprachmittler:innen ein. Aufgrund der häufigen Notwendigkeit einer ad-hoc-Übersetzung im niederschweligen medizinischen Bereich, z. B. in den Humanitären Sprechstunden für Kinder und Erwachsene und den Sprechstunden bezogen auf sexuelle Gesundheit, ist dies nur selten möglich. Stattdessen wird häufig versucht, Sprachbarrieren bei Patient:innen über die Einbindung von deutschsprachigen Begleitpersonen zu überwinden. Dass medizinische Begrifflichkeiten und sensible Informationen fachlich korrekt und werteneutral übersetzt werden, ist so jedoch nicht sichergestellt. Insbesondere für die ärztliche Anamnese und die Kommunikation von Behandlungsempfehlungen ist eine ad-hoc verfügbare, medizinische Übersetzungsmöglichkeit, zumindest für häufig vorkommende Sprachen, dringend notwendig.

Methodik: Im Rahmen eines zunächst auf 6 Monate angelegten Pilotprojektes wurde im Juli 2021 ein Vertrag mit der gemeinnützigen Berliner GmbH Triaphon, einem medizinischen Telefondolmetschdienst für acht Sprachen (Arabisch, Farsi/Dari, Vietnamesisch, Russisch, Türkisch, Rumänisch, Polnisch und Bulgarisch), abgeschlossen. Als Startkontingent wurde ein Anrufvolumen von 4.200 Minuten gesetzt. Für die Nutzung der 24h täglich verfügbaren anonymen Dolmetsch-Hotline wurden zunächst nur Telefone in den niederschweligen Sprechstunden für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz freigeschaltet. Im Vorfeld erhielten die dort tätigen Ärzt:innen, Sozialarbeiter:innen und medizinische Fachangestellten eine Schulung zur korrekten Nutzung des Telefondolmetschdienstes durch den Anbieter. Um den Einsatz von Triaphon wurde von der Projektkoordination ein Fragebogen zur Erhebung von Informationen zum Nutzungsverhalten, zur Zufriedenheit der Nutzer:innen sowie zur Eignung der Anwendung im Gesundheitsamt entwickelt.

Ergebnisse: Während der Projektlaufzeit wurden (Stand 01.06.2023) 1.239 Minuten verbraucht – das entspricht 30% des verfügbaren Kontingents. Um das Kontingent ausschöpfen zu können, erfolgte eine mehrmalige Verlängerung des Vertrags mit Triaphon; dieser wird nun Ende 2023 auslaufen. Im weiteren Verlauf des Pilotprojektes wurde der Teilnehmendenkreis erweitert, sodass weitere Angebote am Gesundheitsamt wie die Seiteneinsteigeruntersuchungen in der Kinder- und Jugendmedizin vom Einsatz von Triaphon profitieren konnten. Am häufigs-

ten genutzt wurde der Telefondolmetschdienst in den Humanitären Sprechstunden für Erwachsene und Kinder (46 %) während er z. B. in der Tuberkulosesprechstunde selten zur Anwendung kam (1 %). Die vier am häufigsten angefragten Sprachen waren Rumänisch (27 %) und Ukrainisch (21 %; ab 2022 als zusätzliche Sprache verfügbar), gefolgt von Vietnamesisch (19 %) und Bulgarisch (15 %). Die Nutzer:innen berichteten eine hohe Zufriedenheit mit dem Angebot sowie dass der Einsatz des Telefondolmetschdienstes zu einem effektiven Abbau von Sprachbarrieren in den Sprechstunden beitrüge und so zu einer Entlastung im Arbeitsalltag führe.

Schlussfolgerungen: Der Einsatz von Triaphon wurde von Nutzer:innen sehr positiv bewertet und viele weitere Mitarbeitende innerhalb des Gesundheitsamtes bekundeten großes Interesse an einem Einsatz in ihrem Bereich. Die geringe Nutzung lässt sich angesichts eines hohen Anteils von Patient:innen ohne bzw. mit geringen Deutschkenntnissen nur zum Teil durch die pandemiebedingte Einschränkung von Sprechstunden erklären. Durch fehlende Vertrautheit mit der Handhabung wurde die neue Übersetzungsmöglichkeit teilweise von Mitarbeitenden nicht routinemäßig, sondern nur punktuell eingesetzt. Zur Erhöhung der Inanspruchnahme, empfiehlt es sich, kontinuierlich Schulungen anzubieten, die Nutzer:innen Sicherheit und Routine beim Einsatz einer solchen Sprachmittlung geben. Grundsätzlich ist das Angebot von medizinischer ad-hoc Übersetzung für alle Bereiche eines Gesundheitsamtes sinnvoll und scheint im Zuge einer fortschreitenden Professionalisierung, unerlässlich.

Abenteuer Digitalisierung – erste Übersicht digitaler Tools im ÖGD

Autorinnen/Autoren A. Freitag¹, A. Kreft¹, X. Reimer¹, S. Lisak-Wahl¹, A. Braasch¹, F. Naundorf¹, D. Starke¹

Institut 1 Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf
DOI 10.1055/s-0044-1781935

Hintergrund: Die Covid-19-Pandemie hat den Digitalisierungsbedarf im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) sichtbar gemacht. Derzeit existiert keine bundesweit einheitlich verwendete Gesundheitsamts-Software oder eine hinreichend aussagekräftige Übersicht über die IT-Landschaft im ÖGD. Dabei könnte eine einheitliche Verwendung digitaler Tools eine langfristige Koordination, Weiterentwicklung und Qualitätssicherung der Gesundheitsämter vereinfachen. Digitale Tools sind Anwendungen wie Programme, Apps, Softwares und Fachverfahren auf digitalen Geräten, welche die Ausübung bestimmter Tätigkeiten unterstützen.

Ziel: Ziel des Teilprojektes „Projektbüro Digitale Tools“ (PDT) im Forschungsprojekt „Bedarfsorientierte Unterstützung und Qualifizierung für digitale Transformationsprozesse im Öffentlichen Gesundheitsdienst“ (BUDDI) ist unter anderem die Identifizierung digitaler Tools, die derzeit in den Gesundheitsämtern Anwendung finden.

Methode: Mit Hilfe von definierten Suchterms sowie der Anwendung von Ein- und Ausschlusskriterien wurde eine systematische Recherche durchgeführt. Jeweils zwei Wissenschaftlerinnen recherchierten unabhängig voneinander die Quellen und glichen anschließend ihre Ergebnisse ab. Im ersten Schritt wurde eine Literaturrecherche in der Fachdatenbank PubMed vollzogen. Im Anschluss wurde ein Screening der Websites der Gesundheitsämter und der Agora-Plattform, einem internen Austausch-Forum der Gesundheitsämter, durchgeführt. Zusätzlich wurden Tools durch eine Abfrage bei der Anbietervereinigung Bundesverband Gesundheits-IT (BVITG) ergänzt und genannte Beiträge der PDT-Beiräte berücksichtigt. Des Weiteren wurde auf den Websites der Anbieter:innen von identifizierten Fachanwendungen/-verfahren nach ergänzenden gesundheitsamtsspezifischen Modulen gesucht.

Nach Ausschluss von Duplikaten erfolgte eine Kategorisierung aller identifizierten digitalen Tools in Bezug auf ihren funktionellen und fachlichen Einsatz.

Ergebnisse: Nach jeweiliger Dublettenprüfung wurden von PubMed 7 Tools, 152 von den Gesundheitsamtswebsites, 106 aus Agora, 5 von der BVITG, 29 von den Beiräten und 79 Fachanwendungsmodule in einer Gesamtübersicht

zusammengeführt. Nach Ausschluss von weiteren Dubletten wurden final 291 Tools ermittelt.

Diskussion: Es ist gelungen, eine erste Übersicht über in Gesundheitsämtern genutzte digitale Tools zu erstellen. Sie dient dazu, sich einen Überblick zu verschaffen und für das eigene Gesundheitsamt relevante Tools auszuwählen. Die fachliche und funktionelle Kategorisierung erleichtert das gezielte Finden von Tools für bestimmte Tätigkeiten bzw. Fachgebiete. Dadurch hat diese Liste das Potenzial in den Gesundheitsämtern zugleich Ressourcen einzusparen und die digitale Transformation voranzutreiben. Aufgrund der teilweise geringen Transparenz bzgl. genutzter Tools ist davon auszugehen, dass diese Übersicht nicht vollständig ist und einen ersten Überblick der digitalen Tools im ÖGD darstellt, der einer Weiterentwicklung und Fortführung bedarf.

Das Projekt „Digitalisierung ÖGD BW“

Autorinnen/Autoren J. Zettler¹, D. Oriwol², J. Krieger¹, B. Geisel²

Institute 1 RGE Unternehmensberatung, München; 2 Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, Stuttgart
DOI 10.1055/s-0044-1781936

Darstellung von Erfolgsfaktoren und Hürden des Projekts „Digitalisierung ÖGD BW“ entlang der fünf Projektphasen (Konzeption, Ausschreibung, Umsetzung, Pilotierung, Rollout). Einordnung von Besonderheiten des Projektmanagements im Kontext einer föderalen Struktur. Darstellung von Erfolgsfaktoren und Hürden des Projekts „Digitalisierung ÖGD BW“ entlang der fünf Projektphasen (Konzeption, Ausschreibung, Umsetzung, Pilotierung, Rollout). Einordnung von Besonderheiten des Projektmanagements im Kontext einer föderalen Struktur.

Datenpotenziale unter Einsatz von modernen Lösungen optimal nutzen

Autorinnen/Autoren D. Oriwol¹, J. Krieger², J. Zettler²

Institute 1 Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, Landesgesundheitsamt, Stuttgart; 2 RGE Unternehmensberatung, München
DOI 10.1055/s-0044-1781937

Skizzierung der künftigen Sammlung, Verarbeitung und Nutzung von primären und sekundären Daten im ÖGD BW. Darstellung des Zusammenspiels von zentralen Lösungen (Data-Warehouse, BI-Software) zur Entwicklung von Reporting-Dashboards für den Endanwender anhand eines konkreten Beispiels.

GENTRAIN – genomisch-gestützte Infektionskettenanalyse zur Steigerung des digitalen Reifegrads im ÖGD

Autorinnen/Autoren M. Tröger¹, A. Jack¹, A. Dilthey², C. Hornberg¹

Institute 1 Medizinische Fakultät OWL AG1 – Sustainable Environmental Health Sciences, Universität Bielefeld; 2 AG Genomische Mikrobiologie und Immunologie, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
DOI 10.1055/s-0044-1781938

Die Überwachung der Ausbreitungsdynamiken von Krankheitserregern durch den ÖGD ist bei pandemischen Lagen oder auch in inter-pandemischen Phasen ein Kernelement der Infektionsprävention. Dabei sind Maßnahmen zum Infektionsmanagement vorteilhaft, die an individuelle und lokale (Ausbruchs-) Situationen und Gegebenheiten adaptierbar sind. Ein Beispiel dafür ist die genomisch-gestützte oder integrierte Infektionskettenanalyse. Dieses Konzept verbindet Methoden klassischer Fall- und Kontaktnachverfolgung mit genomischen Sequenzdaten aus molekularbiologischen Verwandtschaftsanalysen der Erregerproben. Dadurch wird ermöglicht, Infektionsketten in der Allgemeinbevölkerung oder auch in diffusen lokalen Ausbruchsszenarien mit hoher Auflösung zu untersuchen. Die digital gestützte Infektionskettenanalyse hat mit einigen erfolgreichen Anwendungsfällen bereits während der SARS-CoV-2-Pan-

demie gezeigt, dass diese Methode wertvolles Potential aufweist (Walker et al. 2022). Ziel des Projektes GENTRAIN (GENetic TRacing of INfection Chains, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit) ist die Entwicklung digitaler Anwendungen zur Nutzung der genomisch gestützten Infektionskettenanalyse durch den ÖGD, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Gegebenheiten und Voraussetzungen teilnehmender Standorte. Um einen Beitrag zur nachhaltigen und messbaren Steigerung des digitalen Reifegrades zu leisten, adressiert das Projekt vorwiegend die Reifegraddimensionen *Daten* und *Interoperabilität*, *Software* sowie auch den Bereich Mitarbeitende/Schulungen. Die Nutzung dieses Potentials durch den ÖGD ist besonders vor dem Hintergrund prognostizierter Krisensituationen essentiell. Damit lässt sich in Zukunft eine präzisere, evidenzbasierte und schnellere Berichterstattung für politische Entscheidungsgremien gewährleisten – sowohl kommunal als auch auf Länderebene [1].

Begleitet wird das Projekt von den Standorten Düsseldorf und Bielefeld, um die Zusammenarbeit zwischen dem ÖGD und der Universitätsmedizin zu fördern. Es werden die bislang erreichten Meilensteine beschrieben, aber auch Hürden bei der Implementierung der genomisch gestützten Infektionskettenanalyse im ÖGD beleuchtet.

Literatur

[1] German COVID-19 OMICS Initiative (DeCOI) Walker A, Houwaart T, Finzer P, Ehlkes L, Tyshaieva A, Damagnez M, Strelow D, Duplessis A, Nicolai J, Wienemann T, Tamayo T, Kohns Vasconcelos M, Hülse L, Hoffmann K, Lübke N, Hauka S, Andree M, Däumer MP, Thielen A, Kolbe-Busch S, Göbels K, Zotz R, Pfeffer K, Timm J, Dilthey AT Characterization of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection Clusters Based on Integrated Genomic Surveillance, Outbreak Analysis and Contact Tracing in an Urban Setting. *Clin Infect Dis* 2022; 74 (6): 1039–1046. doi:10.1093/cid/ciab588. PMID: 34181711; PMCID: PMC8406867

Gesundheitsfolgenabschätzung in der Stadtentwicklung

Autorinnen/Autoren J. Westenhöfer¹, H. Sinning³, T. Adami¹, A. Benneckenstein¹, C. Bojahr³, J. Buchcik¹, A. Sibilis², B. Tolg²

Institute 1 Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg; Department Gesundheitswissenschaften; Hamburg; 2 Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg; Department Medizintechnik; Hamburg; 3 Fachhochschule Erfurt; Institut für Stadtforschung, Planung und Kommunikation, Erfurt

DOI 10.1055/s-0044-1781939

Hintergrund: Stadtplanung und Gesundheit sind auf den ersten Blick zwei völlig unterschiedliche Bereiche, bei näherer Betrachtung jedoch eng miteinander verbunden. So kann beispielsweise der Zugang zu fußgängerfreundlichen Wohnumgebungen und gut ausgebauten Radwegen in Städten indirekt dazu beitragen, dass Menschen körperlich aktiver sind. Gleichmaßen wirkt sich der Anteil von grünen Freiräumen auf die innerstädtische Luftqualität aus. Bei diesen und vielen weiteren Ansatzpunkten spielt die Gestaltung des städtischen Umfelds eine entscheidende Rolle für die Gesundheit der Bewohner*innen. Viele Gesundheitsdeterminanten werden dabei in der Stadtentwicklung bislang kaum systematisch berücksichtigt. In anderen europäischen Ländern wie Großbritannien, Schweden und den Niederlanden ist die Methode der Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) bereits ein fester Bestandteil von Planungsprozessen, wohingegen das Verfahren in Deutschland weitestgehend unbekannt ist. Zielstellung des Projekts „Gesundheitsfolgenabschätzung in der Stadtentwicklung“ ist es, ein integriertes, partizipatives Modell zur Gesundheitsfolgenabschätzung für Kommunen in Deutschland zu entwickeln und umzusetzen.

Methodik: Auf der Basis von Fachliteratur, Expert*inneninterviews und bestehenden GFA-Systemen wird im Rahmen des Projekts ein integriertes Online-Tool zur Durchführung einer Gesundheitsfolgenabschätzung im Kontext von Stadtentwicklungsprozessen entwickelt und umgesetzt.

Ergebnisse: Die Online-Anwendung umfasst die in einer GFA typischen Phasen der Vorprüfung (Screening), Analysevorbereitung (Scoping) und Analyse. Das

Tool erlaubt eine partizipative Nutzung in Planungsvorhaben durch die Integration von Kommentar- und Hinweisfunktionen, um den individuellen Gegebenheiten unterschiedlicher Vorhaben zu entsprechen. Eine erste Version des webbasierten Screening-Tools konnte bereits durch Akteur*innen aus der Stadtplanung sowie dem öffentlichen Gesundheitsdienst in zwei Modellquartieren getestet und verbessert werden. Die GFA-Phasen des Scopings und der Analyse wurden im Online-Tool zusammengeführt, konzeptionell fertiggestellt und stehen als Webanwendung zur Verfügung.

Diskussion: Das Projekt zielt darauf ab, den GFA-Prozess zielführend, partizipativ sowie ressourcenschonend in kommunale Stadtentwicklungsprozesse zu integrieren und bisherige Anwendungshürden zu reduzieren. Das onlinebasierte GFA-Tool ermöglicht es, vermehrt Gesundheitsaspekte in der Stadtentwicklung zu berücksichtigen. Für die Zukunft ist insbesondere die Praxiserprobung und Validierung des Tools von Bedeutung, um die Ergebnisse nachhaltig zu sichern. Ein parallel entwickeltes Fortbildungsprogramm für Akteur*innen aus der kommunalen Verwaltung trägt dazu bei, die Relevanz und das Potenzial der GFA in Deutschland zu betonen und den Prozess fortlaufend zu etablieren.

Von der Anforderung zur fertigen Fachanwendung

Autorinnen/Autoren J. Metken¹, J. Zettler², D. Oriwol³, S. Hesse¹
Institute 1 HBSN GmbH, Hornburg; 2 RGE Unternehmensberatung, München; 3 Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, Landesgesundheitsamt, Stuttgart

DOI 10.1055/s-0044-1781940

Vorstellung des Entwicklungsprozesses der Fachanwendungslandschaft über 38 Gesundheitsämter in Baden-Württemberg am Beispiel eines Fachanwendungsmoduls:

1. Ableitung und Konsolidierung der Anforderungen;
2. Modellierung der Ziel-Prozesse;
3. Prototyping der Prozesse;
4. Technische Umsetzung

Krisenmanagement – Poster (ohne Postersitzung)

09:15 – 10:00 | Saal Y

Aufrechterhaltung der ambulanten medizinischen Versorgung im Falle einer langanhaltenden Unterbrechung der Stromversorgung

Autorinnen/Autoren J. Lennings¹, S. Schwarzbach¹, K. Gronbach¹, F. Hölzl¹, S. Ehehalt¹

Institut 1 Gesundheitsamt Stuttgart, Infektionsschutz, Stuttgart
DOI 10.1055/s-0044-1781942

Im Verlauf des Jahres 2022 erfuhr das Szenario Stromausfall eine immer höhere Dringlichkeit, da aufgrund des Angriffskriegs durch Russland auf die Ukraine und der drohenden Gasmangellage eine Überlastung der Stromnetze deutlich realistischer wurde.

Infolgedessen wurde das Stuttgarter Gesundheitsamt damit beauftragt, gemeinsam mit Vertreter*innen der niedergelassenen Ärzteschaft, der Stuttgarter Krankenhäuser, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg sowie der Branddirektion als untere Katastrophenschutzbehörde für die Landeshauptstadt Stuttgart einen Handlungsleitfaden zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Stuttgarter Bürger*innen im Falle einer Unterbrechung der Stromversorgung zu erarbeiten.

In zahlreichen Austauschen mit den relevanten Akteuren über einen Zeitraum von ca. 10 Monaten wurden zentrale Problemstellungen für die verschiedenen Bereiche der medizinischen Versorgung erhoben und erste Lösungsansätze erarbeitet.

Insgesamt wurden vier Bereiche der Patientenversorgung identifiziert, welche in Bezug auf die Stromversorgung als besonders vulnerabel einzustufen sind: Kliniken, Altenpflegeheime, Dialysepatient*innen und heimbeatmete Patient*innen. Für diese wurden anschließend gemeinsam mit Akteuren und Vertretern dieser Bereiche eigene Unterarbeitsgruppen einberufen, um mögliche Probleme und Lösungsansätze im Falle einer vorübergehenden Unterbrechung der Stromversorgung spezifisch für die vier Bereiche zu diskutieren. Basierend auf den gemeinsam erarbeiteten Punkten wurde ein Konzept zur Bewältigung einer Unterbrechung der Stromversorgung erstellt, welches im Zuge der weiteren Planung kontinuierlich fortgeschrieben wird.

In diesem Zusammenhang wird die stationäre Patientenversorgung durch die Notstromversorgung der Stuttgarter Kliniken gesichert. Der Rettungsdienst wird weiterhin im Einsatz sein und von der Branddirektion organisiert. Die maßgebliche Aufgabe des Gesundheitsamtes in diesem Szenario ist somit die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung.

Containment Scouts – Evaluation einer Initiative zur personellen Unterstützung der Gesundheitsämter während der COVID-19 Pandemie

Autorinnen/Autoren A. Meinen¹, D. Said¹, S. Brinkwirth, T. Eckmanns, J. Hermes

Institut 1 Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Fachgebiet 37: Nosokomiale Infektionen, Surveillance von Antibiotikaresistenz und -verbrauch, Berlin

DOI 10.1055/s-0044-1781944

Hintergrund: Das Fallmanagement und die Kontaktpersonennachverfolgung von SARS-CoV-2-Fällen galten insbesondere vor der Verfügbarkeit von Impfpfäparaten als eine der wirksamsten Maßnahmen. In Deutschland befindet sich die Kontaktpersonenverfolgung gemäß § 11 Infektionsschutzgesetz (IfSG) im Zuständigkeitsbereich der Gesundheitsämter. Bereits vor Pandemiebeginn wurden jedoch die dortigen mangelnden personellen und monetären Ressourcen kritisiert. Deshalb wurde im Frühjahr 2020 die Containment-Scout-Initiative (CSI) ins Leben gerufen. Ziel war es, mit Hilfe vom zusätzlichen Unterstützungspersonal, s.g. Containment Scouts (CS), die personellen Ressourcen in den Gesundheitsämtern schnellstmöglich zu erhöhen und somit die Kontaktpersonennachverfolgung und das Fallmanagement in Anbetracht rasch steigender Infektionszahlen weiterhin gewährleisten zu können. In der Ausgestaltung war das Projekt weltweit einmalig. Der vorliegende Beitrag stellt die Ergebnisse der Evaluation der CSI vor.

Methode: Im Herbst 2021 wurden die zuständigen Kontaktpersonen in den Landesgesundheitsbehörden und Gesundheitsämtern bundesweit per E-Mail-Anschreiben eingeladen an einer Online-Befragung teilzunehmen. Insgesamt ca. 3800 (ehemalige) Containment Scouts wurden über das Bundesverwaltungsamt, dem Arbeitgeber, kontaktiert. Für die Befragung wurde die Online-Fragebogensoftware Voxco genutzt. Die Teilnahme war freiwillig und anonym.

Ergebnisse: An der Befragung beteiligten sich etwa ein Drittel aller kontaktierten CS (36,5%), 20,1% der angefragten Mitarbeitenden der Gesundheitsämter und etwas mehr als 60,0% der Mitarbeitenden in den Landesgesundheitsbehörden. Die Mehrzahl der CS (54,1%) wurden durch die Gesundheitsämter ausgesucht (vom BVA: 36,1%), waren weiblich (59,7%), hauptsächlich zwischen 25 bis 34 Jahre alt (44,5%) und hatten überwiegend einen akademischen Hintergrund (40,0%). Ein Drittel der CS hatten einen fachlichen Hintergrund mit Gesundheitsbezug (32,3%), wohingegen 60,5% der CS einen anderen fachlichen Hintergrund angaben. Bei über 65% wurde durch die Tätigkeit ein Interesse an einer weiterführenden Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) geweckt. Mobile CS wurden vor allem zur Unterstützung bei Ausbruchsgeschehen angefordert (65,6%), aber auch bei Verzug von Meldedaten (18,8%). Über 69% der Gesundheitsamt-Mitar-

beitenden wünschen sich das Konzept der mobilen Scouts auch zur Unterstützung bei Ausbrüchen in Nicht-Pandemiezeiten.

Von den CS, den Gesundheitsamt-Mitarbeitenden und den Landesgesundheitsbehörden wurden die CSI überwiegend als sehr gut oder gut bewertet (79,7%, 82,2%, 100%).

Schlussfolgerung: Die CSI hat sich als geeignetes Tool für eine kurzfristige personelle Aufstockung von Gesundheitsämtern in der COVID-19 Pandemie herausgestellt, in der auch Personen ohne spezifische Ausbildung oder medizinische Vorkenntnisse erfolgreich eingesetzt wurden. Für aktuelle Ausbrüche und zukünftige Krisen bzw. Pandemien empfiehlt sich das Konzept der CSI und für letztere sollte diskutiert werden, ob es daher in den Nationalen Pandemieplan für Deutschland aufgenommen werden soll.

Die COVID-19-Patient*innen der Münchner Krankenhäuser

Autorinnen/Autoren M. Schaffner¹, V. Koncz², M. Brandt², E. Rosenfeld², L. Barth³, S. Gleich², A. Klima², S. Schmidt²

Institute 1 Hochschule München, Fakultät 11, München; 2 Landeshauptstadt München; 3 Landeshauptstadt München, IT-Referat, München

DOI 10.1055/s-0044-1781944

Hintergrund und Zielsetzung: Die SARS-CoV-2-Pandemie hat die Gesundheitssysteme, insbesondere Krankenhäuser und Intensivstationen (ICU), mit einer noch nie dagewesenen Belastung konfrontiert. In der Landeshauptstadt München wurde ein digitaler Runder Tisch mit allen Münchner Kliniken eingerichtet, um das Zusammenspiel und den Informationsfluss untereinander zu verbessern. Um die Situation zum Infektionsgeschehen und Patient*innenaufkommen in den Krankenhäusern besser verstehen zu können, wurden monatlich kumulierte Krankenhausdaten von COVID-19 positiven Patient*innen in München erhoben und analysiert. Der mit den Daten mögliche Blick zurück auf die Jahre 2020-22 erlaubt, die Herausforderung in den Krankenhäusern in der Hochzeit der Pandemie für die Zukunft zu dokumentieren.

Methoden: Mit den Münchner Kliniken wurde eine Auswertung von Krankenhausdaten vereinbart. Grundlage stellten die gemäß § 21 Krankenhausentgeltgesetz routinemäßig erfassten Daten dar. Diese unter Berücksichtigung des Bayerischen Datenschutzgesetzes erhobenen Informationen wurden von den Krankenhäusern in Form von anonymisierten Sekundärdaten zusammengeführt und weitergeleitet.

Der Datenbestand umfasst alle Patient*innen mit einer bestätigten COVID-19-Infektion, die zwischen dem 01.02.2020 und 31.12.2022 (letzte Datenübermittlung) in einem Münchner Krankenhaus behandelt wurden. Es werden somit fast vollständig die ersten drei Jahre der SARS-CoV-2-Pandemie in München abgedeckt. Die Auswertung der Daten erlaubt einen Blick auf die Patient*innenstruktur, den Behandlungsort (Normalstation/Intensivstation), die Behandlungsdauer und die Mortalität im Verlauf der Pandemie. Das Mortalitätsrisiko wird unter Berücksichtigung der Phasen der Pandemie und von Patient*innenmerkmalen geschätzt. Angegeben werden die Odds Ratios (OR) und die zugehörigen 95%-Konfidenzintervalle (95%-KI).

Ergebnis und Schlussfolgerung: Bis Ende 2022 wurde bei 28.418 Patient*innen mit COVID-19 Diagnose in den Münchner Kliniken die Behandlung beendet. Von diesen benötigten 5.461 (19,2%) eine Behandlung auf der Intensivstation und 2.881 (10,1%) Patient*innen verstarben im Verlauf der Behandlung im Krankenhaus. Die höchste Belegung war in der 5. (KW 52/21 – 21/22) und 6. Welle (ab KW 22/22) der SARS-CoV-2-Pandemie. Ein ausgeprägtes Sommerplateau mit niedrigen Belegungszahlen gab es nur im Sommer 2020, im Sommer 2021 gab es nur eine kurze Phase mit niedriger Belegung, im Sommer 2022 gab es keine Kalenderwoche mit weniger als 100 Neuaufnahmen.

Ein großer Teil der Patient*innen war älter als 60 (17.340, 61,0%), ein relevanter Teil älter als 80 (7.488, 26,4%). Das mittlere Alter der Patient*innen variierte im Verlauf der Pandemie, das höchste mittlere Alter konnte in München in der 2. Welle beobachtet werden, das niedrigste in der 3. und 4. Welle. Der

Anteil der Patientinnen betrug dabei 47,2%. Bei gemeinsamer Betrachtung von Alter und Geschlecht zeigt sich bei Patientinnen in den mittleren Alterskategorien eine erhöhte Hospitalisierung. Das Vorliegen einer Schwangerschaft scheint dabei von Bedeutung gewesen zu sein.

Die Liegedauer im Krankenhaus hing vom Behandlungsort ab. Patient*innen, bei denen eine Behandlung auf der Intensivstation notwendig war, lagen im Mittel deutlich länger im Krankenhaus als Patient*innen, die nur auf der Normalstation behandelt wurden. Bei der mittleren Liegedauer gab es im Verlauf der Pandemie nur vergleichsweise geringe Änderungen, ab der 5. Welle kam es jedoch zu einer leichten Reduktion. Der Anteil der Patient*innen, bei denen eine Behandlung auf der Intensivstation notwendig war, sank im Verlauf der Pandemie. Verstorbene Patient*innen wurden im Mittel länger als 10 Tage im Krankenhaus versorgt.

Das Mortalitätsrisiko wurde maßgeblich vom Alter bestimmt. Höheres Alter bedeutete ein deutlich erhöhtes Risiko zu versterben (z.B. OR von 23,5 bei der Altersgruppe 81 – 90 im Vergleich zur Referenzkategorie 0 – 40). Ein weiterer bedeutender Faktor war die Behandlung auf der Intensivstation und eine durchgeführte Beatmung während der Behandlung (OR 12,95). Das Vorliegen einer onkologischen Erkrankung ging ebenfalls mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko (OR 2,97) einher. Bei den Wellen zeigt sich, dass in der 2. (OR 1,69), 3. (OR 1,20) und 4. Welle (OR 1,34) ein höheres Mortalitätsrisiko im Vergleich zur ersten Welle bestand. In der 5. (OR 0,57) und 6. Welle (OR 0,52) gab es eine relativ deutliche Verringerung des Risikos.

Eine Schätzung des Mortalitätsrisikos ohne Berücksichtigung weiterer Patient*innenmerkmale führt zu scheinbar inhaltlich anderen Ergebnissen. Das Mortalitätsrisiko war danach nur in der 2. Welle (OR 1,57) erhöht, in allen anderen Wellen bestand ein vergleichbares oder niedrigeres Risiko als in der ersten Welle. Die sich ändernde Patient*innenstruktur im Verlauf der Wellen ist maßgeblich dafür verantwortlich. In der dritten Welle waren die Patient*innen im Mittel jünger. Eine detaillierte Betrachtung zeigt auch, dass in München für jüngere Patient*innen die 3. Welle mit einem erhöhten Risiko zu versterben einherging.

Die Auswertung der COVID-19 Fälle der Münchner Kliniken dokumentiert die enorme Belastung des Gesundheitssystem in den Hochphasen der Pandemie. Obwohl es in der 5. und 6. Welle eine Reduktion des Risikos bei den Patient*innen gab, war aufgrund des insgesamt höheren Fallgeschehens die Belastung des Gesundheitssystems weiterhin sehr hoch. Während gewisse Größen relativ konstant im Laufe der Wellen geblieben sind, zeigen sich z.B. beim Patient*innenalter durchaus Veränderungen, die nicht direkt in dieser Art hätten antizipiert werden können.

Erfahrungen lokaler Gesundheitsbehörden in Deutschland mit dem Krisenmanagement während der COVID-19-Pandemie, 2020–2022

Autorinnen/Autoren F. Mock^{1,2}, M. Schöll¹, M. an der Heiden¹, U. Rexroth¹

Institute 1 Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, ÖGD Kontaktstelle | Krisenmanagement, Ausbruchsuntersuchungen und Trainingsprogramme (Fachgebiet 31), Berlin; 2 Berlin School of Public Health, Berlin

DOI 10.1055/s-0044-1781945

Hintergrund: Die Reaktion auf die COVID-19-Pandemie stellte für den ÖGD eine schwere Krisensituation dar. Die hier vorgestellte Studie hat das Ziel, Erfahrungen der lokalen Gesundheitsbehörden mit dem Krisenmanagement während der COVID-19-Pandemie in den Jahren 2020–2022 darzustellen, um daraus für die Vorbereitung auf weitere Lagen zu lernen.

Methodik: Im Oktober 2022 wurde retrospektiv eine strukturierte, schriftliche Online-Befragung für die Jahre 2020–2022 durchgeführt. Zielgruppe waren Mitarbeitende der Managementebene in lokalen Gesundheitsbehörden in Deutschland. Die erhobenen Daten hatten keinen Personen- oder Behördenbezug. Eine Zuordnung zu Bundesländern erfolgte nicht. Abgefragte Themenkomplexe waren z. B. die Krisenplanung vor der Pandemie, Ressourcen in der

Krisenbewältigung sowie Bedarfe bei der Kommunikation. Die erhobenen Daten wurden größtenteils mit R und Microsoft Excel deskriptiv ausgewertet. Freie Textantworten wurden mittels Inhaltsanalyse nach Mayring mit induktiver Kategorienbildung analysiert.

Ergebnisse: Ausgewertet wurden die Antworten von 92 vollständig ausgefüllten Fragebögen. Vor der Pandemie lagen in etwa weniger als der Hälfte aller teilnehmenden Behörden Krisenpläne vor. In weiteren knapp 20% der Behörden wurden zu Beginn der Pandemie Krisenpläne erstellt. Während der Pandemie sahen sich die Teilnehmenden mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert. Darunter fiel z. B. die Kommunikation der lokalen Gesundheitsbehörden untereinander. Nur etwa 2% der Teilnehmenden gaben an, dass sie andere lokale Gesundheitsbehörden „gut“ zeitnah erreichen konnten. Auch bei der Kommunikation mit den Bundes- und Landesebenen bestanden aus Sicht der lokalen Gesundheitsbehörden offene Bedarfe, über die in freien Textantworten berichtet wurde. Am häufigsten wurden die Verfügbarkeit von Ansprechpersonen aus den Bundes- und Landesbehörden sowie eine frühzeitigere Kommunikation sich ändernder Rechtsgrundlagen genannt. Zudem stellte für 83% der Teilnehmenden Personalmanagement und -reserve eine große Herausforderung dar. Keine der befragten Behörden konnte während der Pandemie den Normalbetrieb vollständig aufrechterhalten.

Diskussion: Die Befragung ermöglichte Einblicke in die Krisenmanagement-Strukturen aus Sicht der der lokalen Gesundheitsbehörden in Deutschland während der COVID-19-Pandemie, ist aber keine repräsentative Umfrage. Etwa ein Drittel der Behörden gingen ohne festgelegte vorgedachte Krisenmanagement-Strukturen in die Pandemiebewältigung; unbekannt ist jedoch, wie nützlich die vorhandenen Krisenpläne tatsächlich waren. Die größten Herausforderungen für die lokalen Gesundheitsbehörden lagen in den Bereichen Personal und mangelnde Kommunikationsstrukturen. Neben einer besseren Vernetzung der Behörden, die u.a. im Pakt für den ÖGD vorgesehen ist, ist auch eine Aufarbeitung der Krisenkommunikationsstrukturen notwendig. Die Befragung verdeutlicht, dass es weitere Ressourcen braucht, um die Erkenntnisse aus der Bewältigung der COVID-19-Pandemie in die Vorbereitung auf die nächste Krise einbauen zu können, um dadurch tatsächlich die Krise als Chance zu sehen und an den Herausforderungen zu wachsen.

From airport to school to hospital – the story of a rare SARS-CoV-2 virus variant import

Autorinnen/Autoren S. Sachse^{1,2}, O. E. Anastasiou³, C. Elsner³, R. S. Ross³, S. C. Goretzki⁴, S. Goer², R. Nagel², M. Koldehoff², M. Savin-Hoffmeyer⁵, M. Döhla⁵, N. T. Mutters⁵, A. Thomas¹, I. Kraiselburd¹, F. Meyer¹, R. M. Schmithausen^{1,2,5}, U. Dittmer³

Institute 1 Institute for Artificial Intelligence (IKIM), Essen University Hospital, University of Duisburg-Essen; 2 Department of Hygiene and Environmental Medicine, University Hospital Essen, University of Duisburg-Essen; 3 Institute of Virology, Essen University Hospital, University of Duisburg-Essen; 4 Pediatric Hematology and Oncology, Department of Pediatrics III, University Hospital Essen, University of Duisburg-Essen; 5 Institute for Hygiene and Public Health, Bonn University Hospital, Medical Faculty University of Bonn

DOI 10.1055/s-0044-1781946

We investigated a COVID-19 outbreak with the first case of hitherto rare viral variant B.1.640.2 of possible Cameroonian origin in a high school in Germany in December 2021.

The full-length SARS-CoV-2 sequences obtained from the infected individuals were classified as B.1.640.1 and B.1.640.2 pangolin lineage (IHU-variant).

The index case was an adult returned from a three-week development aid residence in the Republic of the Congo. He introduced the atypical variant through his children into the school setting, which was further transmitted to a vulnerable ward in a hospital, and finally infiltrated several other Communities. These data are a further example of the unpredictability of the emergence of

SARS-CoV-2 variants, and of their possible introduction into a given geographical area and several vulnerable institutions from abroad.

However, hygiene management and crisis management strategies based on early research of clinical signs associated with self-quarantine was effective.

Pandemiereaktion der Gesundheitsämter Sachsen-Anhalts – Ergebnisse einer Interviewstudie

Autorinnen/Autoren P. Samtlebe¹, A. Knöchelmann¹

Institut 1 Institut für Medizinische Soziologie; Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle(Saale)

DOI 10.1055/s-0044-1781947

Die Gesundheitsämter erwiesen sich während der Covid-19 Pandemie als zentrale Säule und wichtige kommunale Infrastruktur zum Schutz der Bevölkerung und der Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit der Gesundheitsversorgung. Die in der Pandemie gesammelten Erfahrungen im ÖGD sind ein wichtiger Bestandteil der Vorbereitung auf kommende gesundheitliche Herausforderungen, Notlagen und Krisen.

Unser Projekt zur Pandemiebewältigung widmet sich über einen sequenziellen Mixed-Methods-Ansatz den Perspektiven und der Expertise der Gesundheitsämter Sachsen-Anhalts. Wir verfolgen das Ziel gemeinsam mit Vertreter:innen des ÖGDs einen Beitrag zur Aufarbeitung der Pandemiebewältigung zu bieten. Es sollen wichtige best-practice Beispiele identifiziert sowie Ressourcenbedarfe und Lösungsvorschläge für die Herausforderungen in Notlagen zu erarbeitet werden.

In diesem Vortrag werden erste Ergebnisse aus Interviews mit Amtsleitungen vorgestellt. Zentrale Aspekte unserer Interviews sind die Anforderungen an zukünftige Pandemiepläne, organisationale Anpassungen und der konkrete Umgang mit pandemiebezogenen Aufgaben sowie die Einbettung und Zusammenarbeit der Gesundheitsämter in kommunale und überregionale Strukturen.

Quo vadis, Gesundheitsamt – Transformation zur zukunftsfähigen Dienstleisterin

Autorinnen/Autoren R. Zöllner¹, P. Tinnemann¹

Institut 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0044-1781948

Einleitung: Als Folge von Klimaveränderungen und weltweiter Konflikte werden sich auch die Anforderungen an Gesundheitsämter verändern. Davon betroffen sind insbesondere Gesundheitsämter in Metropolregionen mit starker internationaler Vernetzung (exemplarisch sind hier das Rhein-Ruhr-Gebiet, Rhein-Main-Gebiet und die Hauptstadtregion Berlin zu nennen). Gesundheitsämter mit überregionalen Aufgaben müssen eine strukturelle und zukunftsfähige Weiterentwicklung erfahren. Hier wird der geplante Weg für das Gesundheitsamt Frankfurt am Main beispielhaft dargestellt. Es erfolgt eine Transformation, vom reinen Dienstleister mit selektiver Datensammlung, hin zum prospektiven und wissenschaftlichen Arbeiten.

Methode: In einem Planungsfeld von fünf Jahren (2023 – 2027) soll die Transformation erfolgen. Auf der Basis der Zielformulierung (*Was wollen wir*) und dem Ergebnis zur Statuserfassung (*Wo stehen wir*), lässt sich der Transformationsprozess (*Wie erreichen wir unser Ziel*) beschreiben. Für die Transformation greift das Gesundheitsamt Frankfurt am Main übliche Profilelemente von Universitäten und Hochschulen auf und etabliert, in Erweiterung der Basisaufgaben, die Aufgaben (1) Forschung und Lehre, (2) Ausbildung und Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses, sowie (3) wissenschaftliche Weiterbildung.

Erwartetes Ergebnis: Mitarbeitende können – neben ihren Basisaufgaben – kontinuierlich Lern- und Lehrangebote nutzen und damit die wissenschaftliche Fach- und Methodenkompetenz im Gesundheitsamt verbessern. Durch geeignetes Qualitätsmanagement wird der Erfolg vom Transformationsprozess bewertet und – soweit erforderlich – der Prozess angepasst.

Diskussion: Das Gesundheitsamt Frankfurt am Main will sich für die Herausforderungen der Bevölkerungsgesundheit der Zukunft optimal aufstellen.

Wesentlich dafür ist initial die Weiterbildung und Weiterentwicklung der Mitarbeitenden, die bereits in der Planungsphase 2025/26 über das Qualitätsmanagement dokumentiert wird. Parallel muss die Entwicklung von neuen Strukturen erfolgen, um den wissenschaftlichen Austausch im Gesundheitsamt und im Verbund mit anderen Gesundheitsämtern zu fördern, sowie bereits etablierte Forschungsstrukturen und Politik stärker anbindet.

The scientific chaos phase of the Great Pandemic: An analysis of the first surge of clinical research concerning COVID-19

Autorinnen/Autoren T. Adami^{1,2}, M. Ries¹

Institute 1 Universitätsklinikum Heidelberg, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Heidelberg, Sektion für Neuropädiatrie und Stoffwechselmedizin, Heidelberg; 2 Universitätsklinikum Heidelberg, Thoraxklinik Heidelberg, Sektion Thoraxonkologie, Heidelberg

DOI 10.1055/s-0044-1781949

Background: Early stages of catastrophes like COVID-19 are often led by chaos and panic. To characterize the initial chaos phase of clinical research in such situations, we analyzed the first surge of more than 1000 clinical trials about the new disease at baseline and after two years follow-up. Our 3 main objectives were: (1) Assessment of spatial and temporal evolution of clinical research of COVID-19 across the globe, (2) Assessment of transparency and quality – trial registration, (3) Assessment of research waste and redundancies.

Methods: By entering the keyword “COVID-19” we screened the International Clinical Trials Registry Platform of the WHO and downloaded the search output when our goal of 1000 trials was reached on the 1st of April. Additionally, we verified the integrity of the downloaded data from the meta registry by comparing the data with each individual registration record on their source register. Also, we conducted a follow-up after two years to track their progress.

Results: (1) The spatial evolution followed the geographical spread of the disease as expected, however, the temporal development suggested that panic was the main driver for clinical research activities. (2) Trial registrations and registers showed a huge lack of transparency by allowing retrospective registrations and not keeping their registration records up to date. Quality of trial registration seems to have improved over the last decade, yet crucial information still was missing. (3) Research waste and redundancies were present as suggested by discontinuation of trials, preventable flaws in study design, and similar but uncoordinated research topics operationally fragmented in isolated silo-structures.

Conclusion: The scientific response mechanism across the globe was intact during the chaos phase. However, supervision, leadership, and accountability are urgently needed to prevent research waste, to ensure effective structure, quality, and validity to ultimately break the “panic-then-forget” cycle in future catastrophes.

Zahnmedizin – Block 5

13:00 – 14:30 | Saal X.2

Karieslast bei Kleinkindern nach Corona

Autor U. Schiffner

Institut Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Poliklinik für Parodontologie, Präventive Zahnmedizin und Zahnerhaltung, Hamburg

DOI 10.1055/s-0044-1781950

Noch immer haben zu viele Kinder im Vorschulalter Karies, die unter den Kindern zudem stark polarisiert verteilt ist. Vor diesem Hintergrund wurden ab 2019 zusätzliche Präventionsmöglichkeiten implementiert. Dies sind die neuen Bema-Leistungspositionen sowie die neuen Empfehlungen zur Kariespro-

phylaxe mit Fluorid mit Kinderzahnpasten, die 1000 ppm Fluorid enthalten sollen. Der unmittelbare Effekt dieser Maßnahmen wird jedoch dadurch in Frage gestellt, dass während der Corona-Pandemie gruppenprophylaktische Maßnahmen ausgesetzt wurden und auch zahlreiche individualpräventive Kontakte unterblieben.

Der Beitrag hat eine Einschätzung der aktuellen Situation zum Ziel. Erste Daten zur Karieslast bei Kleinkindern nach der Pandemie haben bis zum Zeitpunkt der Formulierung dieser Vortragsübersicht keine allgemeine Verschlechterung der Kariesbefunde ergeben, sondern zumindest konstante Karies-Mittelwerte gezeigt. Ob die präventionsfördernden Maßnahmen somit ein erkennbares Gegengewicht zu den coronabedingten Restriktionen ausmachen konnten, ist jedoch schwer einschätzbar. Zudem stellt sich die Entwicklung bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko bislang uneindeutig dar. Zu dieser besonderen Gruppe der Kinder sowie vor einer Verallgemeinerung der aktuellen Tendenz sind weitere Daten erforderlich. Der Beitrag wird die zum Tagungszeitpunkt vorliegende aktuelle Datenlage darstellen und diskutieren.

Auswirkung auf Mundgesundheit durch pandemiebedingte Einschränkungen in der öffentlichen Gesundheitsvorsorge, basierend auf Reihenuntersuchung in Frankfurter Kindergärten und Schulen

Autor A. Füllkrug

Institut Gesundheitsamt Frankfurt/Main Abteilung Zahnmedizin, Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0044-1781951

Hintergrund: Während der SarsCoV19 Pandemie wurden die zahnärztlichen Reihenuntersuchungen sowie die Gruppenprophylaxe vollständig ausgesetzt. Darüber hinaus entfielen die von den Einrichtungen (Kindergärten/Schulen) selbst durchgeführten Mundhygienemaßnahmen, wie zum Beispiel das Zahnputztraining, für zwei Jahre vollständig. Nach Wiederaufnahme der gesetzlichen Aufgaben wird erwartet, dass bei der Mundgesundheit der Kinder Defizite aufgetreten sind, zum Beispiel im Zahnstatus, der Karieshäufigkeit bzw. in erkennbaren Wissenslücken. Möglicherweise können aus der ersten Reihenuntersuchung nach der Pandemie mögliche Indikatoren abgeleitet werden, die im Sinne eines Frühwarnsystems, für den ÖGD künftig relevant sind. Mit Beginn der ersten regulären und vollständigen Reihenuntersuchung sollen auch Bezugswerte für künftige Auswertungen neu gesetzt werden, um Effekte in den jeweiligen Altersgruppen in den nächsten Betrachtungsperioden identifizieren zu können.

Auf Basis verfügbarer Vergleichsdaten aus den Jahren vor dem Pandemiezeitraum ist eine Analyse von Daten zu über 20.000 Frankfurter Kindern möglich. Ziel der Untersuchung ist es Erkenntnisse über Einfluß und Auswirkungen der Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) im Bereich der Mundgesundheit zu gewinnen.

Vorgehensmodell/Methode: Basiswerte sind die zahnmedizinischen Reihenuntersuchungen und Prophylaxemaßnahmen die seitens des ÖGD im Bereich der Stadt Frankfurt für über 20.000 Kinder in der Altersgruppe 3 bis 12 Jahre durchgeführt werden. Als Vergleichszeitraum werden die drei Schuljahre (2016/17, 2017/18, 2018/19) vor Pandemiebeginn herangezogen und in Korrelation zum Schuljahr (2022/23) gesetzt.

Nicht in die Betrachtung einbezogen werden die zahlenmäßig unvollständigen Schuljahre 2019/20 sowie 2021/22, die bereits durch die Pandemiemaßnahmen beeinflusst waren. Der Auswertung zugrunde liegen die medizinischen Befunde dmft/DMFT, Kariesfreiheit, etc.

Außer den medizinischen Fakten wurden im ersten Reihenuntersuchungsjahr nach der Pandemie aktiv auch weiche Faktoren in Bezug auf die motorischen Fähigkeiten, Wissen der Kinder zur Mundgesundheit und Ernährungsverhalten subjektiv mit betrachtet.

Erkenntnisse, Indikatoren, Diskussion: Bei Kinder in der Altersgruppe 3 bis 5 Jahre ist die Kariesfreiheit positiv angestiegen. Hier könnte sich als positiv ausgewirkt haben, dass Eltern pandemiebedingt häufig im Homeoffice/Kurzarbeit waren und für die Kinder so genügend Zeit für die Zahnpflege zur Verfügung stand. Bei der Altersgruppe 6 bis 7 Jahre ist eine minimale Verbesserung der Kariesfreiheit festzustellen, auffallend jedoch deutliche motorische Defizite in Abhängigkeit der Bevölkerungsstruktur des jeweiligen Stadtteiles. Weitere Aufmerksamkeit erlangt die Altersgruppe der 11 jährigen, hier war in den Vergleichsjahren bei der Kariesfreiheit eine jährlich stetige Verbesserung festzustellen, die nach der Pandemie jedoch außergewöhnlich stark zurückgegangen ist. Dieser Altersgruppe wurde in den Grundschulen eine Eigenständigkeit auferlegt, die zu mehr Kompensationsleistung durch die Eltern geführt hat.

Bei den subjektiven/weichen Faktoren ist festzustellen, dass bei den Kinder in der Altersgruppe 3 bis 5 Jahre signifikante Wissenslücken und motorische Einschränkungen vorhanden sind. Bei der Altersgruppe 6 bis 8 Jahre sind überwiegend motorische Defizite sichtbar, zum Beispiel ist richtiges Zähneputzen nicht bekannt oder nur rudimentär bekannt, Begriffe wie „Kaufläche, Außenseite, Innenseite“ können nicht zugeordnet werden. Bei der Altersgruppe 8 bis 12 Jahre ist keine oder nur eine geringe Sensibilisierung für eine ausgewogene Gesundheit und Mundhygiene vorhanden, bedingt durch das Ausbleiben des Wiederholungseffektes der Gruppenprophylaxe.

Dentale Vernachlässigung bei Kindern und Jugendlichen: Scoping Review zu Ansätzen der Identifikation und Prävention von Kindeswohlgefährdung

Autorinnen/Autoren M. Kollek¹, J. Seidler¹, F. De Bock¹, A. Reinhart¹, A. Bergmann¹, P. Petrakakis¹, S. Ritz-Timme¹, A. Alayli¹

Institut 1 Bereich Versorgungsforschung im Kindes- und Jugendalter, Klinik für Allgemeine Pädiatrie, Neonatologie und Kinderkardiologie und Center for Health and Society Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

DOI 10.1055/s-0044-1781952

Einleitung: Die Vernachlässigung der kindlichen Mundgesundheit kann ein Anhaltspunkt für Kindeswohlgefährdung sein. Zahnärzt:innen in Praxen, Kliniken und im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) kommt eine zentrale Rolle bei der Identifikation möglicher Kindeswohlgefährdung (KWG) zu. Das frühe Erkennen einer dentalen Vernachlässigung ist essentiell um negative Folgen auf die körperliche und psychische Entwicklung sowie Einbußen der Lebensqualität zu verhindern. Ziel dieses Scoping Reviews ist die Erstellung einer Übersicht des aktuellen internationalen Forschungsstandes zu Screeningansätzen und -instrumenten zur Identifikation von dentaler Vernachlässigung sowie zu Modellen der Prävention und Versorgung im Zusammenhang mit dentaler Vernachlässigung.

Methoden: Basierend auf dem Population, Concept and Context (PCC)-Schema wurde eine systematische Suchstrategie entwickelt und in drei elektronischen Datenbanken (PubMed, PsycInfo, Scopus) durchgeführt. Da für Dentale Vernachlässigung bislang keine einheitliche Definition besteht, wurde die aktuelle Definition der „Kinderschutzleitlinie“ herangezogen. Berücksichtigt wurden Veröffentlichungen in allen Sprachen, sofern ein Abstract in englischer oder deutscher Sprache verfügbar war. Das Screening von Titeln und Abstracts wurde anhand vorab festgelegter Ein- und Ausschlusskriterien durchgeführt und das Vorgehen vorab pilotiert. Sowohl das Screening als auch die Datenextraktion erfolgte im 4-Augenprinzip. Unterschiede in der Bewertung wurden im Konsens-Verfahren gelöst.

Ergebnisse: Die Literatursuche resultierte in insgesamt 4.763 Treffern. Davon wurden 149 Treffer einer Volltext-Bewertung unterzogen und bei Eignung in das Scoping Review eingeschlossen. Insgesamt konnten wenig Screeningansätze und -instrumente identifiziert werden. Diese werden hinsichtlich ihrer Charakteristiken (u.a. Inhalte, Formate, wissenschaftliche Erprobung u. Validierung) vorgestellt. Umfassende, intersektorale Modelle zur Prävention und

Versorgung im Zusammenhang mit dentaler Vernachlässigung sind national sowie international kaum vorhanden. Die identifizierten Modelle adressieren meist einzelne Aspekte zur Prävention, wie z.B. ein standardisiertes Vorgehen bei Nichteinhalten von Terminen. Handlungsempfehlungen für ambulant tätige Zahnärzt:innen sind bislang wenig konkret.

Fazit: Ansätze zur systematischen Identifikation von dentaler Vernachlässigung bei Kindern und Jugendlichen sowie zur Prävention und Versorgung sind international kaum beschrieben und etabliert. Das Potenzial zum präventiven Kinderschutz in zahnärztlichen Settings kann deshalb aktuell nicht optimal genutzt werden. Die Entwicklung eines Instruments zur systematischen Identifikation von dentaler Vernachlässigung aufbauend auf einer einheitlichen operationellen Definition ist zu empfehlen. Dies wäre eine wichtige Grundlage zur Etablierung eines strukturierten Modells der Prävention und Versorgung sowie Förderung der systematischen Zusammenarbeit zwischen Zahnärzt:innen und weiteren Fachkräften, insbesondere im ÖGD und den Jugendämtern.

Plenum III – Fallen wir in der Krise aus dem Rahmen?

13:15 – 14:45 | Saal Z

Crisis Management in Frankfurt aM: A Collaborative Approach Using United Nations Guidance for Cross-Authority Risk Assessment and Strategy Development

Autorinnen/Autoren P. Tinnemann¹, F. Naujoks¹, E. Wiggerich¹

Institut 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Amtsleitung, Frankfurt; Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, Frankfurt; Bereich 3 – 4 Gesundheit, Amtsleitung, Oberhausen
DOI 10.1055/s-0044-1781953

Background: Frankfurt am Main, located centrally within Europe and Germany, possesses the fifth-largest city population and is the heart of the third-largest metropolitan area in the nation. Its unique security profile emerges from several factors: its central location within the densest motorway network of Germany, serving as a terminus for the vital German and European train networks, hosting the largest international airport in the nation, being home to three of the major internet hubs, and serving as the base for both the Federal German Bank and the Central European Bank. This unique combination of attributes establishes a unique security profile for the city and gives rise to distinct security, health, and emergency considerations that require a systematic assessment for effective crisis planning.

Method: In our study, we used key guidance provided by the United Nations to develop potential scenarios for crisis planning. This process was conducted in collaboration with local, state, and federal security, health, and emergency authorities, allowing for the comprehensive examination of potential risks.

Results: We conducted a collaborative process that led to the assessment of risks and the development of a joint strategy across different authorities responsible for security, health, and emergency management. By utilising the United Nations guidance, we were able to establish a common understanding of scenarios, work processes, and internal cultures within different authorities, thereby facilitating the identification and rectification of challenges arising from interorganizational interfaces.

Conclusion: Our experiences and findings suggest that the application of frameworks and guidance from supranational levels can be effective in fostering a unified strategic and tactical understanding across various levels of government and across disparate authorities. Moreover, the collaboration facilitated through this process has proven beneficial in bridging gaps in understanding and fostering a culture of cooperation amongst the

Zahnmedizin – Block 6

14:30 – 16:00 | Saal X.2

Dental Neglect und die Arbeitsgruppe Kinderschutz der Zahnärztlichen Gesundheitsdienste

Autorinnen/Autoren P. Petrakakis¹, A. Bergmann², U. Brix³, I. Gottstein¹

Institute 1 Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BZÖG), Unna; 2 Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf, Zahnärztlicher Dienst, Düsseldorf; 3 Rhein-Erft-Kreis, Gesundheitsamt, Zahnärztlicher Dienst, Bergheim
DOI 10.1055/s-0044-1781954

Basierend auf Erfahrungen zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Kitas und Schulen fällt auf, dass trotz entsprechender Mitteilungen an die Sorgeberechtigten bestimmte Kinder zahnärztlich unter- bzw. unversorgt bleiben. Dieser, auch als „Dental neglect“ (DN) oder Dentale Vernachlässigung (DV) bezeichnete Befund ist bedeutsam, da er ein erster Hinweis auf eine Kindesvernachlässigung bzw. Kindeswohlgefährdung sein kann. Obwohl der großen Mehrheit der im ÖGD tätigen Mitarbeitenden diese Problematik bewusst ist, bestehen derzeit bundesweit nur einige wenige strukturierte Präventionsprogramme zur Früherkennung einer zahnärztlichen Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen und zur Kooperation mit den Jugendämtern. Daten zur Prävalenz eines DN sowie zum Wirksamkeitsnachweis bestehender Präventionsprogramme im Sinne einer Verbesserung der Versorgungssituation von Kindern mit DN liegen in Deutschland dem entsprechend nur sehr vereinzelt vor. Die derzeit gültige S3-Leitlinie zum Kinderschutz gibt zwar gute Empfehlungen zur Vorgehensweise bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung, es fehlen jedoch Angaben zu definierten Schwellenwerten, ab welcher ein Mundgesundheitszustand als kritisch im Sinne des Kinderschutzes eingestuft werden kann. Dieser Umstand wirkt sich zusätzlich erschwerend auf die sichere Früherkennung eines DN aus. Der Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BZÖG) hat es sich daher zur Aufgabe gemacht, bestehende Konzepte zusammenzuführen, eine einheitliche Wissens- und Datenbasis zu schaffen und Unterstützung zur Umsetzung strukturierter und angepasster Kinderschutzkonzepte anzubieten. Der Vortrag gibt u.a. eine Übersicht über die derzeitigen Erkenntnisse zu DN sowie zu den Zielsetzungen und der Arbeitsweise der Arbeitsgruppe Kinderschutz des BZÖG.

Kinderschutz im Zahnärztlichen Gesundheitsdienst – eine Bestandsanalyse acht Jahre nach Einführung eines Präventions- und Früherkennungsprogramms

Autorinnen/Autoren P. Petrakakis¹, A. Bergmann², A. Flottmann¹, S. Fiedler¹, X. Braun¹, U. Brix¹

Institute 1 Rhein-Erft-Kreis, Gesundheitsamt, Zahnärztlicher Dienst, Bergheim; 2 Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf, Zahnärztlicher Dienst, Düsseldorf

DOI 10.1055/s-0044-1781955

Kinderschutz stellt eine gesellschaftliche Querschnittsaufgabe dar und ist wichtiger denn je. Beschäftigte in der Gesundheitsversorgung sind durch ihre Ausbildung in der Lage, körperliche Anzeichen von Misshandlung oder Vernachlässigung eher zu erkennen, als dies in der Normalbevölkerung der Fall ist. Die Erkennung einer potenziellen Gefährdung ist jedoch nicht ausreichend, denn es kommt in hohem Maße auf die entsprechende Einschätzung des Falls in Kooperation mit dem jeweiligen kommunalen Jugendamt an, um eine Gefährdung sichtbar zu machen und die betroffenen Kinder und Sorgeberechtigten in geeignete Präventionsprogramme aufzunehmen. Da eine potenzielle Kindeswohlgefährdung sich zuerst in einer dentalen Vernachlässigung (DV) manifestieren kann, sind Zahnärztinnen und Zahnärzte in der Lage, diese in einem

frühen Stadium zu erkennen. Insbesondere die kommunalen Zahnärztlichen Dienste können aufgrund ihrer aufsuchenden Tätigkeit in Kitas und Schulen bei der Früherkennung einer DV und einer möglichen Kindeswohlgefährdung wertvolle Dienste leisten und auf die freiwillige Annahme von Hilfen hinwirken. Im Rhein-Erft-Kreis (REK) wurde im Schuljahr 2015/2016 mit dem so genannten „Stufenmodell“ ein Präventionsprogramm zur Früherkennung von DV, zur strukturierten Begleitung der betroffenen Familien und zur interdisziplinären Kooperation mit den Jugendämtern eingeführt. Das Programm orientiert sich am Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) und zeigt anhand der bisher erworbenen Erkenntnisse, dass ein strukturiertes Vorgehen wirksam zur zahnärztlichen Versorgung betroffener Kinder beitragen kann. Der Vortrag spannt einen Bogen von den Anfängen des Stufenmodells bis heute und zeigt auf, wie Kinderschutz in den kommunalen Zahnärztlichen Diensten wirkungsvoll umgesetzt werden kann.

Postervorstellung: Entwicklung des Zahnstatus von Kita-Kindern im Main-Kinzig-Kreis vor und nach der SARS-CoV-2-Pandemie

Autorinnen/Autoren G. Adolph¹, W. Lenz¹

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

DOI 10.1055/s-0044-1781956

Einleitung: Die SARS-CoV-2-Pandemie hatte Auswirkungen auf das gesamte gesellschaftliche Leben. Insbesondere Kinder waren von zahlreichen Restriktionen betroffen. So wurden zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen im Gegensatz zu den Jahren vor der Pandemie deutlich häufiger ausgesetzt (Rückgang bei Kindern bis 5 Jahre um fast 40 %). Der Trend zu häufigerem Konsum von zuckerhaltigen Lebensmitteln setzte sich in den vergangenen Jahren laut der EsKiMo II-Studie des RKI weiter fort. In den Kitas des Main-Kinzig-Kreises wurde zudem eine Reduktion des Frühstücksangebotes durch die Kitas um 50 % verzeichnet. Hier waren die Eltern in der Verantwortung, den Kindern eine gesunde Auswahl anzubieten. Diese Umstände lassen vermuten, dass sich während der SARS-CoV-2-Pandemie Veränderungen im Zahnstatus ergeben haben.

Methodik: Der Main-Kinzig-Kreis erhebt regelmäßig den Zahnstatus aller Kita-Kinder mit Einverständniserklärung der Eltern. Für die Beobachtung werden die Zahnstatus der Reihenuntersuchungen aus den Kindergärten des Main-Kinzig-Kreises im Gesamtzeitraum von 1999 – 2023 herangezogen und explorativ auf mögliche Tendenzen im Hinblick auf Veränderungen während der SARS-CoV-2-Pandemie analysiert. Die erfassten Daten werden mit der Software Octaware deskriptiv ausgewertet, in den Jahren vor Corona mit der Software Epiinfo.

Ergebnisse: Bei 3-jährigen Kindern ist im Zeitraum von 1999-2000 die Anzahl naturgesunder Zahnstatus von 82 % auf 86 % gestiegen. Bei 6-jährigen Kindern ist ebenfalls ein Anstieg um 4 Prozentpunkte, von 54 % auf 59 %, beobachtbar. Konsistent mit dieser Tendenz lässt sich von 2022 bis 2023 ein wachsender naturgesunder Zahnstatus bei 3-, sowie 6-jährigen Kita-Kindern verzeichnen. Bei 3-jährigen liegt der Sanierungsgrad in 2019/2020 bei 4 % und fällt in 2022/2023 auf nur noch 2 %. Bei 6-jährigen sinkt der Sanierungsgrad von 14 % in 2019/2020 auf 11 % in 2022/2023.

Diskussion: Auch unter Einfluss der SARS-CoV-2-Pandemie ist die Zahl der Kinder mit naturgesundem Zahnstatus weiter gestiegen. Die Zahlen zum Sanierungsgrad der Zähne von 3- bzw. 6-jährigen Kita-Kindern lassen vermuten, dass zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen und Leistungen während der SARS-CoV-2-Pandemie seltener in Anspruch genommen worden. Die weitere Beobachtung der Entwicklung des Zahnstatus der Kita-Kinder ist zur langfristigen Folgenabschätzung der Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Mundgesundheit unerlässlich.

Qualitätssicherung im KJGD – Block 1

15:15 – 17:15 | Saal Z

Stärkung diagnostischer Grundkompetenzen im Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreenings (SOPESS) der Schuleingangsuntersuchung (SEU). Welche Barrieren und förderliche Faktoren gibt es?

Autorinnen/Autoren J. Maurer¹, J. Jaščenoka¹, K. Simon², M. Daseking¹

Institute 1 Professur für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, Helmut-Schmidt-Universität/Universität der Bundeswehr Hamburg, Hamburg; 2 Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bochum; 2 Helmut-Schmidt-Universität/Universität der Bundeswehr Hamburg, Professur für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie Hamburg

DOI 10.1055/s-0044-1781957

Hintergrund: Die Schuleingangsuntersuchung (SEU) ist als einzige verpflichtende und flächendeckende Untersuchung von Kindern eine bedeutende Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Unterstützungs- und Förderbedarfe sollen so frühzeitig aufgedeckt werden. Im Rahmen der SEU wird in den meisten Bundesländern der BRD das Sozialpädiatrische Entwicklungsscreening (SOPESS) (Petermann, Daseking, Oldenhage & Simon, 2009) als validiertes Screening-Instrument zur Erfassung des Entwicklungsstandes von Kindern eingesetzt. Für den größtmöglichen Nutzen der erfassten Daten soll die Durchführung der SEU und des SOPESS standardisiert erfolgen. Aus der Praxis der ÖGD zeigte sich jedoch, dass häufig eine methodenbedingte Heterogenität der Daten vorliegt. Dies kann die Validität und den Nutzen der Daten negativ beeinflussen.

Ziele und Methoden: Ein Ziel des Projektes KOMET-SEU¹ ist es, die Validität und den Nutzen der Daten des SOPESS zu sichern. Erfahrungen und Perspektiven von Mitarbeitenden des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) wurden herangezogen, um Ursachen für eine methodenbedingte Heterogenität der Daten zu identifizieren, mögliche Barrieren und förderliche Faktoren zu ermitteln sowie die Kommunikations- und Fehlerkultur in der Durchführung, Dokumentation und Erfassung vom SOPESS zu verbessern. Dazu wurden zwischen Oktober 2021 und April 2022 insgesamt $n = 56$ leitfadengestützte problemzentrierte Telefoninterviews mit Schulärztinnen und -ärzten ($n = 33$) sowie Assistentinnen und Assistenten ($n = 23$) aus 21 KJGD aus sechs verschiedenen Bundesländern durchgeführt. Der Leitfaden enthielt 59 Leitfragen und die durchschnittliche Dauer der Telefoninterviews betrug ca. 60 Minuten (min. 35 bis max. 120 Minuten).

Erste Ergebnisse: Um Barrieren ab- und förderliche Faktoren für verbesserte diagnostische Grundkompetenzen aufzubauen, wurde der Wunsch nach SOPESS-Online-Fortbildungen formuliert. Als zentrale Ergebnisse zu Erwartungen und Wünschen hinsichtlich von Fortbildungsmaßnahmen, konnten der Wunsch nach einem Videotutorial zur Durchführung des SOPESS ($n = 21$), Vermittlung theoretischer Grundlagen ($n = 16$), Hilfestellung bei der Bewertung (z.B. Visuomotorik) ($n = 11$), Kenntnissen zu Qualitätsmanagement ($n = 10$), Kenntnissen zur Durchführung und Bewertung des SOPESS bei Kindern mit geringen Deutschkenntnissen ($n = 8$), Kenntnissen im Umgang mit herausfordernden Kinder ($n = 5$) sowie Kenntnissen zu Rahmenbedingungen bei der Durchführung des SOPESS ($n = 5$) identifiziert werden [1–3].

Impact: Die Ergebnisse der Befragung der Mitarbeitenden des KJGD bilden die Grundlage einer modular aufgebauten Online-Fortbildung zu SOPESS (Jaščenoka, Maurer, Simon & Daseking, 2024), welche bereits pilotiert und modifiziert wurde (Malonga Makosi, Diefenbach, König & Urschitz, 2024). Die Online-Fortbildung und die Evaluation dieser Maßnahme sollen dazu beitragen Barrieren ab- und förderliche Faktoren für verbesserte diagnostische Grundkompetenzen aufzubauen und somit die Validität und den Nutzen der Daten des SOPESS und der SEU bestmöglich zu sichern.

¹Das Projekt KOMET-SEU wird vom Bundesministerium für Gesundheit (Förderkennzeichen ZMI1-2521FSB101) gefördert.

Literatur

[1] Jaščenoka J., Maurer J., Simon K., Daseking M. Stärkung diagnostischer Grundkompetenzen in der Schuleingangsuntersuchung: Entwicklung einer Online-Fortbildung zum Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS). Abstract eingereicht zum 73. Wissenschaftlichen Kongress des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD); Hamburg, Deutschland: 2024

[2] Malonga Makosi D., Diefenbach C., König J., Urschitz M. Evaluation einer Online-Fortbildung zur Stärkung diagnostischer Grundkompetenzen beim SOPESS als Teil der Schuleingangsuntersuchung (KOMET-SEU). Abstract eingereicht zum 73. Wissenschaftlichen Kongress des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD); Hamburg, Deutschland: 2024

[3] Petermann F., Daseking M., Oldenhage M., Simon K. SOPESS. Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen. Theoretische und statistische Grundlagen zur Testkonstruktion, Normierung und Validierung. Düsseldorf: LIGA.NRW 2009

Stärkung diagnostischer Grundkompetenzen in der Schuleingangsuntersuchung: Entwicklung einer Online-Fortbildung zum Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS)

Autorinnen/Autoren J. Jaščenoka¹, J. Maurer¹, K. Simon², M. Daseking¹
 Institute 1 Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, Helmut-Schmidt-Universität/Universität der Bundeswehr Hamburg; 2 Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bochum
 DOI 10.1055/s-0044-1781958

Hintergrund: Die Schuleingangsuntersuchung (SEU) leistet individuell und gesellschaftlich einen bedeutsamen Beitrag zur orientierenden Beurteilung der schulrelevanten gesundheitlichen Situation von Einschüler und Einschülerinnen (Preuschhof, Küster, Radmacher & Baumgarten, 2023). So lassen sich auf individualmedizinischer Ebene frühzeitig Förderbedarfe ermitteln und auf bevölkerungsmedizinischer Ebene die Sozial-, Gesundheits- und Bildungsplanung gezielter gestalten. Um optimalen Nutzen aus diesen Daten zu gewinnen, ist es erforderlich, dass der Ablauf der Schuleingangsuntersuchung mit SOPESS (Petermann, Daseking, Oldenhage & Simon, 2009) einheitlich und standardisiert erfolgt.

Ziele und Methodik: Zur Stärkung der diagnostischen Grundkompetenzen von Schulärzten und Schulärztinnen sowie Assistenten und Assistentinnen wurde im Rahmen des Projektes KOMET-SEU¹ eine modular aufgebaute Online-Fortbildung zum SOPESS entwickelt. Die Auswahl der Module und Inhalte basieren auf einer Befragung von 56 Personen aus verschiedenen KJGD Deutschlands mittels problemzentrierter Interviews (Maurer, Jaščenoka, Simon & Daseking, 2024). Das Fortbildungspaket wurde nach der Erstellung zunächst an 23 Personen pilotiert (Malonga, Diefenbach, König & Urschitz, 2024) und anschließend modifiziert. Es umfasst in seiner Endfassung acht Module (Einführung in SOPESS, Testpsychologische und Entwicklungspsychologische Grundlagen, Standardisierte Durchführung von SOPESS, Auswertung Visuomotorik, Kinder mit nicht-deutscher Erstsprache untersuchen, Qualitätssicherung, Lexikon zu wichtigen Themen rund um die SEU). Kernelement ist ein 20-minütiges Video-Tutorial, welches die standardisierte Durchführung des SOPESS fallbasiert demonstriert und die Bewertung der einzelnen Testaufgaben detailliert erläutert. Zusätzliche Checklisten, Tutorials, Bewertungsbeispiele, Podcasts, videobasierte Experteninterviews sowie schriftliche Sachbeiträge runden das Maßnahmenpaket ab [1–4].

Impact: Das Maßnahmenpaket wird in einer ersten Anwendungsphase den Mitarbeitenden von 34 KJGD aus Nordrhein-Westfalen und Rheinlandpfalz über

die Lernplattform der Akademie für das Öffentliche Gesundheitswesen (AÖGW) passwortgeschützt zur Verfügung gestellt und hinsichtlich seiner Wirksamkeit evaluiert. Nach Abschluss der Evaluationsphase wird die Online-Fortbildung ab Sommer 2024 allen SOPESS-Anwendern und -anwenderinnen zur Einarbeitung und Weiterbildung angeboten. Die AÖGW als bundesweit länderübergreifende Institution zur Aus- und Weiterbildung der Beschäftigten im ÖGD ist eine zentrale Bildungseinrichtung in Deutschland, weshalb die Bereitstellung der Materialien über diese Plattform eine langfristige und nachhaltige Nutzung sichert. Auf diese Weise wird bedeutsam dazu beigetragen, die Durchführung des SOPESS langfristig zu vereinheitlichen und so valide Daten für die individual- und bevölkerungsmedizinische Perspektive der SEU zu generieren.

¹Das Projekt KOMET-SEU wird vom Bundesministerium für Gesundheit (Förderkennzeichen ZMI1-2521FSB101) gefördert.

Literatur

[1] Malonga Makosi D., Diefenbach C., Jaščenoka J., König J., Urschitz M. Evaluation einer Online-Fortbildung zur Stärkung diagnostischer Grundkompetenzen beim SOPESS als Teil der Schuleingangsuntersuchung: das KOMET-SEU-Projekt. Abstract eingereicht zum 73. Wissenschaftlichen Kongress des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD); Hamburg, Deutschland: 2024

[2] Maurer J., Jaščenoka J., Simon K., Daseking M. Stärkung diagnostischer Grundkompetenzen im Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreenings (SOPESS) der Schuleingangsuntersuchung (SEU). Welche Barrieren und förderliche Faktoren gibt es?. Abstract eingereicht zum 73. Wissenschaftlichen Kongress des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD); Hamburg, Deutschland: 2024

[3] Petermann F., Daseking M., Oldenhage M., Simon K. (2009). Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS). Bielefeld: LIGA.NRW.

[4] Preuschhof C., Küster T., Radmacher J., Baumgartner M. Alle Kinder fit für die Schule? Die Gestaltung des Entwicklungsscreenings im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2023; 85: 937–944

Evaluation einer Onlinefortbildung zur Stärkung diagnostischer Grundkompetenzen bei Anwendung des SOPESS als Teil der Schuleingangsuntersuchung: das KOMET-SEU-Projekt

Autorinnen/Autoren D. Malonga Makosi¹, C. Diefenbach¹, J. Jaščenoka², J. König¹, M. Urschitz¹

Institute 1 Abteilung für Pädiatrische Epidemiologie, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz; 2 Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, Helmut-Schmidt-Universität/Universität der Bundeswehr Hamburg
 DOI 10.1055/s-0044-1781959

Hintergrund: Die Durchführung der Schuleingangsuntersuchung (SEU) gehört zu den Schlüsselaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Sie leistet einen wichtigen Beitrag zur individualmedizinischen Prävention, indem sie etwaige Unterstützungs- und Förderbedarfe sowie Versorgungslücken identifiziert. Im Rahmen der SEU dient das Sozialpädiatrische Entwicklungsscreening SOPESS zur Früherkennung von schulrelevanten Entwicklungsproblemen bzw. –risiken [1]. In der Vergangenheit zeigte sich wiederholt eine hohe methodenbedingte Heterogenität in den erhobenen SOPESS-Daten, was die Validität und den Nutzen der Daten in Frage stellte. Als Gründe wurden Unterschiede in der Testanwendung, -durchführung, -dokumentation oder –interpretation angenommen.

Ziele & Methoden: Das Projekt KOMET-SEU zielt darauf ab, den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) in der qualitätsgesicherten Durchführung des SOPESS und einer praxisrelevanten Nutzung der erhobenen Daten zu unterstützen. Dafür wurde auf Basis einer Stakeholder-Befragung ein auf die Bedarfe des KJGD zugeschnittenes Maßnahmenpaket bestehend aus digitalen Tools

und einer Online-Fortbildung [2] entwickelt und zur Anwendung gebracht. Im Rahmen einer Evaluation soll nun der Effekt auf das Untersuchungsverhalten untersucht werden (primärer Endpunkt). Dazu werden Aspekte des Untersuchungsverhaltens anhand eines Online-Fragebogens mit 37 Items vor (t0) und nach (t1) der Online-Fortbildung auf einer 4-stufigen Likert-Skala erhoben und verglichen (Effektevaluation). Im Zuge einer zusätzlichen Prozessevaluation werden Reichweite, Akzeptanz, Nutzung, Zufriedenheit, Praxisrelevanz und Implementierungsqualität mittels weiterer Online-Fragebögen und strukturierter Interviews untersucht.

Erste Ergebnisse: An einer Pilotphase (04 bis 06/2023) haben 4 Gesundheitsämter mit 23 Mitarbeitenden des KJGD teilgenommen. Der Mittelwert für das Untersuchungsverhalten betrug zum Zeitpunkt t0 3,5 Punkte (SD = 0,3). Bis zum Zeitpunkt t1 stieg er um 0,2 Punkte auf M = 3,7 (SD = 0,3) und zeigt sich somit änderungssensitiv. Im September 2023 startete die Hauptphase in Form einer cluster-randomisierten multizentrischen Studie mit 34 Gesundheitsämtern (Interventionsgruppe n = 17; Wartelistenkontrollgruppe n = 17). An der Baseline-Erhebung (t0) haben bislang 327 Mitarbeitende des KJGDs teilgenommen. Endgültige Ergebnisse der Effekt- und Prozessevaluation werden bis März 2024 erwartet.

Impact: Die Ergebnisse und Outputs von KOMET-SEU könnten zu i) einer praxisorientierten Qualitätssicherung in der SOPESS-Durchführung, ii) einer erhöhten Validität der SOPESS-Daten sowie iii) einer verbesserten länderübergreifenden Vergleichbarkeit der SOPESS-Ergebnisse beitragen. Dies könnte die nationale Gesundheitsberichterstattung stärken. Nach Abschluss des Projekts wird die Online-Fortbildung durch die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen weiter angeboten.

Literatur

- [1] Daseking M., Petermann F., Röske D., Trost-Brinkhues G., Simon K., Oldenhage M. „Entwicklung und Normierung des Einschulungsscreenings SOPESS. Development and Standardisation of the Social-Pediatric Screening SOPESS.“. *Gesundheitswesen* 2009; 71: 648–655
- [2] Jaščenoka J., Maurer J., Simon K., Daseking M. „Stärkung diagnostischer Grundkompetenzen in der Schuleingangsuntersuchung: Entwicklung einer Online-Fortbildung zum Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS).“ Abstract eingereicht zum 73. Wissenschaftlichen Kongress des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD); Hamburg, Deutschland: 2024

Übergewicht und Adipositas genauer unter die Lupe genommen: Erkenntnisse aus den Schuleingangsuntersuchung der Region Hannover

Autorinnen/Autoren S. Bantel¹, M. Dreier², A. Wünsch¹

Institute 1 Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Fachbereich Jugend, Region Hannover; 2 Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
DOI 10.1055/s-0044-1781960

Einleitung: Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter sind während der Corona-Pandemie deutlich angestiegen und damit wieder zu einem bedeutsamen Gesundheitsthema geworden. Anhand der Schuleingangsdaten der Region Hannover wird aufgezeigt, dass nicht alle Vorschulkinder gleichermaßen von Übergewicht betroffen sind, sondern nach soziodemographischen und soziokulturellen Faktoren differenziert werden muss.

Methoden: Aus den Schuleingangsdaten des Einschulungsjahrgangs 2021/22 (n = 11.546) der Region Hannover werden die Häufigkeiten von Übergewicht und Adipositas ausgewertet und nach Subgruppen stratifiziert. Anhand von multivariablen logistischen Regressionsanalysen werden Zusammenhänge zwischen möglichen Einflussfaktoren und der Prävalenz von Übergewicht ermittelt.

Ergebnisse: Insgesamt haben 14,5% der untersuchten Kinder Übergewicht. In Familien mit einem geringen Haushaltbildungsindex (HBI) sind Kinder mit

22,3% überproportional von Übergewicht betroffen, aber auch Kinder mit beidseitigem (bds.) Migrationshintergrund haben mit 20,9% eine hohe Übergewichtsprävalenz. Beide Faktoren sind am stärksten mit Übergewicht assoziiert (geringer vs. hoher HBI OR 2,4; 95%-KI 2,1-2,9, beidseitiger vs. ohne Migrationshintergrund OR 1,8; 95%-KI 1,6-2,1). Subgruppenanalysen zeigen bei übergewichtigen Kindern mit bds. Migrationshintergrund nur einen geringen Bildungsgradienten der Eltern.

Schlussfolgerung: Auf Grundlage dieser Ergebnisse hat die Region Hannover ein Übergewichts-Präventionsprojekt initiiert. Dies unterstreicht die Bedeutung der Schuleingangsdaten für die Entwicklung konkreter Handlungsansätze und zielgruppenspezifischer Präventionsarbeit. Die Vollerhebung sollte zudem genutzt werden, um bessere Erklärungsansätze für Übergewicht von sonst weniger gut erreichbaren Gruppen zu identifizieren.

E-health basiertes individualisiertes Stufenmodell für Adipositasprävention und -therapie im Kindes- und Jugendalter am Beispiel der STARKIDS-Studie

Autorinnen/Autoren S. Ehehalt¹, R. Erschens², K. Ziser², A. Herschbach², K. Giel², S. Zipfel², F. Junne³

Institute 1 Stadt Stuttgart, Gesundheitsamt, Stuttgart; 2 Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Tübingen; 3 Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Magdeburg
DOI 10.1055/s-0044-1781961

Hintergrund: Übergewicht und Adipositas treten bei Kindern und Jugendlichen mit einer Prävalenz von ca. 15% bzw. 6% auf. Trotz der hohen Prävalenz gibt es weder ausreichende Therapieangebote noch einen umfassenden Überblick über bestehende Angebote. Ziel der STARKIDS-Studie ist die Entwicklung und Evaluation eines individualisierten E-Health-basierten transsektoralen Versorgungsmodells für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas. Die Studie wird im Rahmen des Programms neue Versorgungsformen durch den Innovationsfonds des GBA gefördert und in Kooperation mit der AOK Baden-Württemberg durchgeführt.

Fragestellung: STARKIDS wird im Rahmen einer cluster-randomisierten, kontrollierten Interventionsstudie evaluiert. Die Hauptfragestellungen beziehen sich auf die Gewichtsreduktion (BMI-SDS LMS), die Verbesserung der Lebensqualität, sowie Folgeerkrankungen der Adipositas, günstige Verläufe hinsichtlich psycho-bio-sozialer Determinanten bzw. Folgen wie Motivation, Stigmatisierung und soziale Teilhabe, sowie ein günstiges Kosten-Effektivitäts-Verhältnis des Interventionsprogramms.

Methodik: Folgende Bereiche werden durch die neue Versorgungsform abgedeckt: (i) Implementierung eines Tablet-basierten ambulanten Präsenzs Schulungsprogramms, das in der Kinder- und Jugendarzt- sowie Hausarztpraxis gemeinsam mit betroffenen Familien durchgeführt wird. (ii) Beratungsangebot durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst für übergewichtige und adipöse Kinder & Jugendliche mit mäßigem/fehlendem Therapieerfolg zur weiteren Therapieplanung. (iii) Angebot einer Online-Ressource zur Vertiefung der Schulungsinhalte im häuslichen Umfeld mit spielerisch-kreativer Vermittlung relevanter Inhalte. Die Interventionsgruppe erhält das skizzierte Interventionsprogramm. Die Kontrollgruppe erhält eine einmalige Basisberatung („TAU“). Beide Gruppen durchlaufen drei Messzeitpunkte: T0 = Baseline, T1 = T0 + 12 Monate und T2 = T1 + 6 Monate.

Ergebnisse und Diskussion: Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas soll mit diesem neuen Versorgungsansatz erstmals in einem flächendeckenden, strukturierten und niederschweligen Ansatz ermöglicht werden. Es konnten 581 Probanden in die Studie eingeschlossen werden. Die TeilnehmerInnen waren im Mittel M = 10,72 (SD = 3,15) Jahre alt mit einem BMI Perzentil 98.29 (SD = 4,57). Zum Kongressvortrag liegen weitere Analysen vor.

Infektionsschutz – Block 3

15:15 – 16:45 | Saal X.3

Evaluierung eines Bremer Schulimpfprogramms zur Steigerung von HPV-Impfquoten

Autorinnen/Autoren R. Singer^{1, 2, 3}, A. Takla¹, I. Hübotter⁴, T. Rieck¹, O. Wichmann¹, J. Hoebel⁵, N. Michalski⁵, G. Tempel⁴

Institute 1 Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin; 2 Postgraduierenausbildung für angewandte Epidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin; 3 ECDC Fellowship Programm, Feld Epidemiologie Pfad (EPIET), Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), Stockholm, Schweden; 4 Gesundheitsamt Bremen; 5 Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin

DOI 10.1055/s-0044-1781962

In Deutschland erkranken jedes Jahr mehr als 6.000 Frauen und etwa 1.600 Männer an HPV-bedingten Karzinomen. Die Ständige Impfkommission empfiehlt seit 2007 für Mädchen und seit Juni 2018 auch für Jungen die Impfung gegen HPV (Impfalter: 9-14 Jahren, Nachholimpfungen bis 17 Jahre). Dennoch liegen die HPV-Impfquoten bei 15-jährigen Mädchen und Jungen mit 54% bzw. 27% (KV-Impfsurveillance des RKI, Stand 2021) auf einem niedrigen Niveau und variieren darüber hinaus um bis zu 30 Prozentpunkte zwischen den Bundesländern.

Flächendeckende Schulimpfprogramme werden immer wieder als Maßnahme zur Steigerung der HPV-Impfquoten in Deutschland vorgeschlagen. Dies begründet sich vor allem dadurch, dass insbesondere Länder im angelsächsischen und skandinavischen Raum mit Schulimpfprogrammen in der Regel hohe Impfquoten von deutlich über 70% erreichen, während die Impfquoten in vielen Ländern ohne Schulimpfprogramm deutlich niedriger liegen. Für Deutschland liegen bisher keine robusten Daten aus Evaluationen von Schulimpfprogrammen vor.

In Bremen besteht seit dem Schuljahr 2013/14 ein durch das Gesundheitsamt Bremen durchgeführtes HPV-Schulimpfprogramm. Zielgruppe sind alle Mädchen und seit dem Schuljahr 2022/23 alle Mädchen und Jungen der 8. Klasse (meist 14-Jährige) im Stadtkreis Bremen. Ziel des hier vorgestellten Vorhabens ist die Evaluierung des Potentials von Schulimpfprogrammen als Maßnahme zur Steigerung der HPV-Impfquoten in Deutschland. Berücksichtigt wird in der Analyse auch der jeweilige Schulsozialindex der Schulen, der sich aus dem sozioökonomischen Hintergrund der Schülerschaft errechnet. Dies ist in Bremen von besonderer Bedeutung, da die Stadt neben der zweithöchsten Armutsgefährdungsquote unter deutschen Städten und einem Bevölkerungsdrittel mit Migrationshintergrund gleichzeitig das zweithöchste Bruttoinlandsprodukt pro Einwohner verzeichnet. Im Detail werden in der Evaluierung folgende Fragen untersucht:

Wie groß ist der jährliche Anteil an ungeimpften Jugendlichen der 8. Klasse, der sich im Rahmen des organisierten Schulimpfprogrammes in der Stadt Bremen impfen lässt?

Gibt es Unterschiede bzgl. der durch das Schulimpfprogramm erreichten Impfquoten nach Schulsozialindex?

Aus den bis Ende 2023 vorliegenden und im Rahmen des Kongresses vorgestellten Ergebnissen werden Empfehlungen für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgeleitet, ob allgemein oder ggf. bei speziellen Zielgruppen (oder Kontext) der Einsatz von Schulimpfprogrammen zu einer HPV-Impfquotensteigerung führen kann. Damit kann erstmalig eine evidenzbasierte Aussage zum Potential von HPV-Schulimpfprogrammen als Maßnahme zur Steigerung der Impfquoten im deutschen Kontext getroffen werden.

Der Grippe zuvorkommen: Impfkommunikation am Beispiel Influenza

Autorinnen/Autoren N. Horstkötter¹, A.-L. Caille-Brillet¹, L. Seefeld¹, A. Rose¹, C. Peter¹

Institut 1 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

DOI 10.1055/s-0044-1781963

Die Ergebnisse der Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) „Einstellungen, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen“ aus dem Jahr 2022 zeigen eine allgemein hohe Impfakzeptanz und -bereitschaft in Deutschland. Dabei wurden 5.000 Personen im Alter von 16 bis 85 Jahren von Juli bis August 2022 befragt. Ein besonderer Schwerpunkt der Befragung lag auf den Gruppen mit erhöhtem gesundheitlichem Risiko, für die eine Grippeimpfung gemäß STIKO empfohlen ist. Der überwiegende Teil der Allgemeinbevölkerung ist Impfungen gegenüber positiv eingestellt. Dies hat sich auch über die Zeit der Corona-Pandemie hinweg fortgesetzt. Gesundheitskommunikation zum Impfen auf allen Ebenen hat hierzu einen wichtigen Beitrag geleistet.

Noch immer befolgen zu wenige Menschen mit erhöhtem gesundheitlichem Risiko die Impfempfehlung gegen Influenza: Die Ergebnisse der BZgA-Befragung 2022 zeigen, dass sich nur 58 Prozent der über 60-Jährigen, 50 Prozent der chronisch Kranken und lediglich ein Drittel der im medizinischen Bereich mit Patientenkontakt Tätigen jedes Jahr gegen Grippe impfen lassen. Die meisten Befragten mit erhöhtem Risiko kennen die Empfehlung zur jährlichen Grippeimpfung häufiger als „besonders wichtig“ oder „wichtig“ ein. Doch immer noch denken zu viele Menschen, dass die Grippe keine schwere Krankheit sei. Einigen Menschen ist nicht bewusst, dass sie zu einer Gruppe mit erhöhtem gesundheitlichem Risiko gehören oder haben Zweifel an der Wirksamkeit der Impfung. Angst vor Nebenwirkungen oder fehlende Hinweise auf die Notwendigkeit der Impfung sind weitere Gründe, die Befragte von einer Impfung abhalten.

Um bundesweit auf die Bedeutung der Gripeschutzimpfung hinzuweisen, Wissenslücken der Bevölkerung zu schließen und Vorbehalte gegenüber der Impfung abzubauen, rücken die BZgA und das Robert Koch-Institut (RKI) von Oktober bis Dezember 2023 mit großflächigen Plakatmotiven und dem Slogan „Wir kommen der Grippe zuvor“ die Grippeimpfung in die öffentliche Wahrnehmung. Durch eine Kooperation von BZgA und der Stadt Hamburg wurden die Plakatmotive zusätzlich mit dem Logo der Hansestadt versehen und die Grippe-Impfung beworben. Damit konnten bei der Stadt Hamburg Ressourcen für die Erstellung eigener Motive geschont werden und im Sinne der „One Voice Policy“ mit einer einheitlichen Bildsprache kommuniziert werden. Dieses Best Practice Beispiel ist auch auf andere Kommunen übertragbar.

Ergänzend werden Poster und Broschüren für Praxen und Gesundheitsämter auch in größerer Stückzahl zur Verfügung gestellt. Weiterhin wurde mit dem Grippe-Impfcheck durch die BZgA ein interaktives Online-Tool entwickelt, das auch auf kommunalen Webseiten eingebunden werden kann. Dabei wird durch die Abfrage individueller Daten, eine der STIKO entsprechende Impfempfehlung zur Grippe gegeben.

Screenings auf Tuberkulose und Erhebung des Impfstatus gegen Masern bei unter 15-jährigen bei Geflüchteten aus der Ukraine

Autorinnen/Autoren J. Balko¹, H. Al-Fadel Saleh¹

Institut 1 Landratsamt Schwarzwald-Baar-Kreis Gesundheitsamt, Villingen-Schwenningen

DOI 10.1055/s-0044-1781964

Hintergrund: Die Ukraine gehört zu den Ländern in Europa mit eines der höchsten Tuberkulose Prävalenzen. Schätzungen gehen hier von 73/100 000 Einwohnern aus. Seit dem russischen Überfall auf die Ukraine flüchten täglich Menschen nach ganz Europa. Seitdem sind unter den in Deutschland gemeldeten Ukrainerinnen und Ukrainern überproportional häufig Kinder vertreten.

Ziel: Screening auf Anzeichen einer aktiven Tuberkulose bei ukrainischen geflüchteten und gleichzeitig die Überprüfung vom Impfstatus gegen Masern bei Kindern < 15 Jahren.

Methode: Alle ukrainischen geflüchteten welche in Einrichtungen zur Unterbringung von Asylbewerbern und Flüchtlingen untergebracht sind, werden auf Tuberkulose gescreent. Personen ab dem 15. Lebensjahr mittels Röntgen-Thorax. Personen < 15 Jahren mittels Anamnese und klinischer Untersuchung. Bei Letzteren wurde außerdem die Vorlage eines Impfbuches verlangt.

Ergebnisse: Es wurden bei 298 Personen ab dem 15. Lebensjahr Röntgen Thorax Untersuchungen durchgeführt. Bei Personen unter dem 15. Lebensjahr wurden 141 klinisch untersucht. Ggf. erfolgte die weiterführende Diagnostik mittels CT-Thorax, einer Laboruntersuchung mittels Interferon-γ-Test oder klinischer Verlaufskontrolle. Es konnte kein Fall von aktiver (oder auch latenter-) Tuberkulose diagnostiziert werden.

Lediglich bei 47 Kindern (32%) konnten Impfnachweise vorgelegt werden. Davon hatten 25 (53%) einen vollständigen Impfstatus gegen Masern gemäß STIKO Empfehlung.

Implementierung eines Impfangebotes zur Umsetzung des Masernschutzgesetzes in Einrichtungen der gemeinschaftlichen Unterbringung (EgU) für Geflüchtete

Autorinnen/Autoren A. K. Filser¹, F. Schuhbeck¹, M. Dell¹

Institut 1 Landratsamt Altötting, Gesundheitsamt Altötting, Altötting, Bayern
DOI 10.1055/s-0044-1781965

Ziel: Es wurde untersucht, in welchem Ausmaß der Masernschutz nach §20 Abs.8 IfSG in den EgU des Landkreises durch die Implementierung eines niederschweligen Impfangebotes des Gesundheitsamtes gemäß §4 AsylbLG und §20 Abs.5 IfSG angehoben werden kann.

Methode: Impfdaten und Demografie von Bewohnern aus den EgU des Landkreises Altötting wurden erhoben. Nach einer Bedarfsermittlung wurden analoge und digitale Dokumentationshilfen ausgearbeitet und mehrsprachige Informationsschreiben generiert. Diese wurden inklusive Bekanntgabe des Impftermins vorab an die Geflüchteten ausgehändigt.

Ein Team führte MMR(V)-Impfungen vor Ort durch. Additiv wurde eine Impfung mit einem Tdap-IPV-Vakzin angeboten.

Die Daten wurden prospektiv erhoben und ausgewertet.

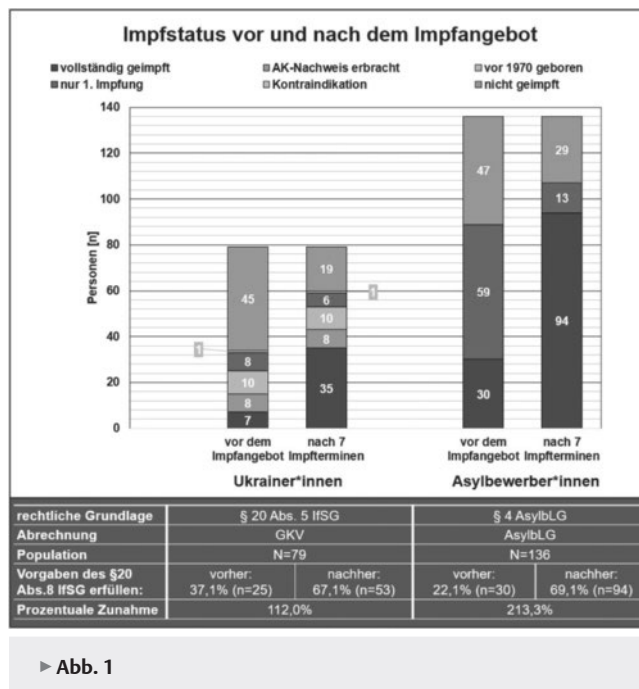
Ergebnisse: Es zeigten sich folgende Ergebnisse, Stand 15.06.2023: Die N=215 Bewohner der EgU des Landkreises stammen aus insgesamt N=13 Nationen. 36,7% (n=79) der Personen kommen aus der Ukraine, 63,3% (n=136) sind Asylbewerber verschiedener Herkunftsländer. Gemäß §20 Abs.8 konnten vor Beginn des Impfangebotes von den ukrainisch stämmigen Personen 22,8% (n=18) einen Antikörpernachweis vorlegen oder nachweisen, dass sie vor 1971 geboren sind. 8,9% (n=7) konnten einen vollständigen Impfnachweis vorlegen. Bei den Asylbewerbern legten 0% (n=0) einen Antikörper-Nachweis vor oder sind vor 1971 geboren. 22,1% (n=30) waren vollständig gegen MMR geimpft. Durch das Angebot konnten Impflücken bei weiteren n=28 ukrainisch stämmigen Bewohnern und n=64 Asylbewerbern geschlossen werden. Dies bedeutet eine Zunahme der Personen, die die Vorgaben des Masernschutzgesetzes erfüllen, von 112% bei den Ukrainern und 213,3% bei den Asylbewerbern. Insgesamt erfüllen nun 67,1% (n=53) der ukrainischen Personen und 69,1% (n=94) der Asylbewerber die Vorgaben des §20 Abs. 8 IfSG. Abzüglich der bereits abgereisten n=36 Personen (davon n=8 mit Nachweis) besteht gemäß dem Masernschutzgesetz nun eine Immunität von 77,7% (n=139) unter den Geflüchteten beider EgU. 63,8% (n=102) der Personen, die keinen vollen Masernschutz nachweisen konnten, nahmen das Angebot an. 22,3% (n=40) der anwesenden Geflüchteten konnten abschließend keinen Masernschutz nachweisen.

Pro Impftermin wurden durchschnittlich n=19 MMR(V)-Impfungen verabreicht. Mit der Tdap-IPV-Impfung wurden pro Impftermin im Schnitt n=32 Immunisierungen durchgeführt.

Zum ersten Termin konnten in 180 Minuten n=22 Personen und n=22 Impfungen gesetzt werden. Im Verlauf konnte ein Maximum von n=43 Personen und n=58 Impfungen binnen 150 Minuten erzielt werden.

Schlussfolgerung: Durch das niederschwellige Impfangebot konnten von Mitte März bis Mitte Juni 2023 der Immunschutz gemäß dem Masernschutzgesetz unter allen bisherigen Bewohnern der EgU um 167,3% gesteigert werden

► **Abb. 1.** Eine zielgerichtete Vorbereitung, mehrsprachige Kommunikation und prozessorientierte Überarbeitung des Angebotes sind wichtige Voraussetzungen auf dem Weg zu einem Best-Practice-Projekt.



► **Abb. 1**

Die erhobenen Daten werden für den wissenschaftlichen Beitrag zum 73. Wissenschaftlicher Kongress des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im April 2024 aktualisiert.

Aktuelle Erkenntnisse zu den Masern. Zirkuliert das Virus überhaupt noch in Deutschland?

Autor D. Matysiak-Klose

Institut Robert Koch Institut

DOI 10.1055/s-0044-1781966

Die Masern gelten als eine der ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen. Die WHO schätzt, dass etwa 60 Jahre nach Einführung der Impfung, im Jahr 2021 immer noch rund 128.000 Kinder weltweit infolge der Masern verstarben. Auch in Deutschland werden selten aber regelmäßig schwere Komplikationen der Masern, wie Pneumonien beobachtet. Aktuelle Daten zeigen, in welchem Ausmaß das Masernvirus das Immunsystem schwächen oder gänzlich aushebeln und damit eine lang andauernde Immunschwäche induzieren kann. Impfungen gegen das Masernvirus haben nicht nur eine spezifische Wirkung, in dem sie die Inzidenz der Masern senken und Todesfälle verhindern. Auch ein unspezifischer Effekt mit einer Wirksamkeit auch gegen andere Infektionen wird kontrovers diskutiert. Aufgrund der Pandemie konnten in vielen Ländern der Erde Impfprogramme oder zusätzliche Impfkationen gegen Masern nicht oder nur eingeschränkt durchgeführt werden. Obwohl alle Staaten die erste Impfung gegen Masern in die Impfprogramme integriert haben, hatten etwa 22 Millionen Kinder weltweit im Jahr 2022 keine Impfung gegen Masern erhalten. Unzureichende Impfquoten führen, auch in Deutschland, über die Jahre zu einer verhängnisvollen Anhäufung von Ungeschützten. Wird ein bestimmter

Schwellenwert erreicht, kann sich das Masernvirus wieder ungehemmt ausbreiten, ausgedehnte Ausbrüche sind die Folge.

Nach einem Erliegen der Transmission während der Pandemie stiegen die Masernfallzahlen im Jahr 2023 wieder an. Der Eliminationsstatus der Röteln und Masern kann für eine geographische Region ausgesprochen werden, wenn nachgewiesen werden kann, dass eine endemische Transmission von Virusvarianten über mehr als 36 Monate nicht mehr stattfindet. Viele Staaten haben dies für die Masern wie für die Röteln beweisen können und den Status erhalten – allerdings auch teilweise wieder verloren. Deutschland hat den Eliminationsstatus für die Röteln im Jahr 2020 ausgesprochen bekommen. Wie sieht es für die Masern aus? Auf Basis der vorliegenden Daten aus der epidemiologischen und molekularen Surveillance kann davon ausgegangen werden, dass einzelne Virusvarianten der Masern nach Deutschland importiert werden (z.B. durch Touristen) und, wenn überhaupt, kurze Zeit zirkulieren. Dann brechen die Transmissionsketten wieder ab. Eigentlich gute Voraussetzungen für Deutschland, den Status der Elimination der Masern zu erhalten. Auch für die Masern geht die Nationale Verifizierungskommission davon aus, dass eine endemische Transmission in Deutschland seit einigen Jahren nicht mehr vorliegt.

In einem Vortrag sollen aktuelle Daten zu den Masern vorgestellt und Aspekte für eine erfolgreiche Umsetzung der Surveillance zum Erhalt des Status der Elimination der Masern diskutiert werden. Warum spricht die Regionale Verifizierungskommission der WHO-Region Europa den Eliminationsstatus für Deutschland nicht aus? Wie realistisch ist die weltweite Elimination der hochkontagiösen Masern? Und erst die Eradikation?

COVID-19 – Wie weiter in Planung und Prävention?

15:15 – 16:45 | Saal X.4

Psychosoziale Gesundheit von Hamburger Kindern und Jugendlichen im Frühsommer 2022 – Gesundheitsbericht der Hamburger Sozialbehörde

Autorinnen/Autoren A. C. Krefis¹, T. Kloster¹, L. Li², A.-K. Napp², A. Kaman², U. Ravens-Sieberer²

Institute 1 Freie und Hansestadt Hamburg, Sozialbehörde – Amt für Gesundheit; 2 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
DOI 10.1055/s-0044-1781967

Hintergrund: Weltweit haben Längsschnittstudien gezeigt, dass sich die Pandemie dauerhaft negativ auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ausgewirkt hat. Im Corona-Frühsommer 2020 wurde erstmalig die psychosoziale Gesundheit von Hamburger Kindern und Jugendlichen erhoben. Um die psychosoziale Situation von Heranwachsenden unter Berücksichtigung der Pandemie zu beobachten und zielgruppenspezifische Maßnahmen abzuleiten, wurde zwei Jahre nach der ersten Erhebung eine Hamburger Folgebefragung durchgeführt. Diese beschäftigt sich mit der Frage, wie sich die gesundheitliche Situation der Hamburger Kinder und Jugendlichen zwei Jahre nach Beginn der Corona-Pandemie charakterisieren lässt.

Methoden: Die Online-Befragung erfolgte zwischen Mai und Juli 2022 freiwillig und anonym, unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen. Um eine Vergleichbarkeit zum ersten Erhebungszeitraum zu gewährleisten, wurden erneut etablierte Messinstrumente z.B. zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (KIDSCREEN-10), Psychischen Auffälligkeiten (SDQ) sowie Symptomen von Depressionen (ADS) und Ängstlichkeit (SCARED) genutzt. Ausgewertet wurden Angaben von Befragten zwischen 11 bis 17 Jahren mit Wohnsitz in Hamburg. Die Stichprobenziehung und Studiendurchführung erfolgte durch das dem Forschungsteam des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf (UKE). Die Qualitätssicherung und deskriptive Datenauswertung

erfolgte durch die Hamburger Gesundheitsberichterstattung in Kooperation mit dem Forschungsteam des UKE. Für die Auswertungen wurde IBM SPSS Statistics 26 genutzt.

Ergebnisse und Diskussion: Es liegen Angaben von 1.319 Hamburger Kindern und Jugendlichen vor. Im Frühsommer 2022 fühlen sich zwei Drittel der Befragten durch die Pandemie belastet. Die digitale Medienzeit von Hamburger Heranwachsenden ist zwei Jahre nach Beginn der Pandemie zurückgegangen. Im Vergleich zum Beginn der Pandemie hatten die Heranwachsenden im Frühsommer 2022 wieder mehr Kontakt zu Gleichaltrigen.

Hingegen zeigt sich unverändert, dass jede/r Fünfte depressive Symptome äußert. Weiterhin liegt für ein Fünftel der befragten Kinder und Jugendlichen ein Bewegungsmangel vor, trotz Öffnung von Sport- und Freizeitmöglichkeiten. Ein Großteil (86%) der Hamburger Heranwachsenden schätzt ihren subjektiven Gesundheitszustand als gut bis ausgezeichnet ein. Allerdings ist der Anteil an Befragten mit einem weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand von 7% im Frühsommer 2020 auf 14% gestiegen.

Eine Verschlechterung ist im Zeitvergleich zur ersten Befragung zu Pandemiebeginn in der Prävalenz von psychosomatischen Beschwerden in Hamburg festzustellen. Die stärkste Zunahme zeigte sich hier in der Prävalenz von Nervosität, die von 28% im Frühsommer 2020 auf 50% in 2022 angestiegen ist. Auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat sich bei den Hamburger Kinder und Jugendlichen deutlich verschlechtert (Anteil Kinder und Jugendlicher mit geminderter gesundheitsbezogener Lebensqualität, 2020: 26% vs. 2022: 35%). Außerdem berichtet ein höherer Anteil von Heranwachsenden über Symptome generalisierter Ängstlichkeit (2020: 25% vs. 2022: 41%). Bestätigt werden diese Erkenntnisse durch die Angaben von Jugendlichen zu den Auswirkungen von Maßnahmen zur Einschränkung des Infektionsgeschehens. Rückblickend beschreiben sie, dass sich die Pandemiemaßnahmen insbesondere negativ auf ihre seelische Gesundheit ausgewirkt haben.

Im Teilstichprobenvergleich wird ersichtlich, dass die psychische Gesundheit Hamburger Mädchen im Vergleich zu Jungen und Jugendliche im Vergleich zu jüngeren Teilnehmer/innen im Frühsommer 2022 besonders eingeschränkt ist. Insbesondere für diese Zielgruppen sollten zielgerichtete Maßnahmen fortgeführt und ausgebaut werden, um ihre Resilienz zu stärken und sie besser auf zukünftige gesellschaftliche Krisen vorzubereiten.

Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Daten der Einschulungsjahrgänge 2021 und 2022 in Niedersachsen

Autorinnen/Autoren K. Hesse-Jungesblut¹, K. Reißner¹, U. Junius-Walker¹
Institut 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Hannover

DOI 10.1055/s-0044-1781968

Einleitung: Seit dem Frühjahr 2020 gab es pandemiebedingt längerfristige Veränderungen im Alltag von Kindergartenkindern und deren Familien bedingt durch beispielsweise temporäre Schließungen von Kinderbetreuungseinrichtungen, von Spielplätzen und Sportvereinen und weiteren Kontaktbeschränkungsmaßnahmen. Die Belastungen in den Familien waren in der Zeit hoch und haben einen Einfluss auf die Entwicklung der Kinder gehabt, wie die Daten der Schuleingangsuntersuchung 2021 gezeigt haben.

Dieser Beitrag soll aufzeigen, ob und wenn ja in wie weit noch im Einschulungsjahrgang 2022 Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder durch die Corona-Pandemie zu erkennen sind, oder ob die größere zeitliche Distanz zur Pandemie dazu geführt hat, dass die Kinder mögliche Defizite haben aufholen können.

Methodik: Hierzu wurde eine Auswahl an Entwicklungs- und Gesundheitsdaten betrachtet, die von 15 der 45 niedersächsischen Landkreise vor (2015 – 2019), während (2021) und nach der Corona-Pandemie (2022) im Rahmen der SEU erhoben wurden. Die anderen niedersächsischen Kommunen konnten auf Grund der pandemiebedingten Arbeitsbelastungen im Jahr 2021 nicht allen Kindern eine Schuleingangsuntersuchung ermöglichen und wurden daher nicht in die Auswertung aufgenommen.

Betrachtet wurde jeweils der Anteil von Kindern mit Auffälligkeiten sowie Kindern, die bereits in Behandlung bzw. Therapie sind.

Mit den Daten 2015-2019 wurde eine lineare Regressionsanalyse durchgeführt und der so ermittelte Trend für die Jahre 2021 und 2022 verlängert und mit den tatsächlichen Werten verglichen.

Ergebnisse: Es zeigt sich für das Jahr 2022, dass bei einzelnen Untersuchungssystems der Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten bzw. Behandlung/Therapie sich wieder den Erwartungswerten annähert, während bei anderen Untersuchungssystemen weiterhin ein z.T. deutlich erhöhter Anteil von Kindern Auffälligkeiten zeigt. Insbesondere Kinder aus Familien mit einem niedrigen Bildungshintergrund und Kinder mit Migrationshintergrund zeigen häufiger Auffälligkeiten als nach der Trendberechnung zu erwarten war. Kinder aus Familien mit hohem Bildungshintergrund entsprechen im Jahr 2022 den erwarteten Werten.

Daraus lässt sich schließen, dass es Kindern aus Familien mit niedrigem Bildungshintergrund seltener gelungen ist Entwicklungsdefizite, die während der Pandemie entstanden sind, wieder auszugleichen, als Kindern aus Familien mit hohem oder mittlerem Bildungshintergrund.

Soziale Ungleichheit in der Praxis des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Pandemieplanung – Ergebnisse einer Interviewstudie im Rahmen des Projektes INHECOV

Autorinnen/Autoren N. Hamani¹, B. Wachtler², C. Kersjes², D. Starke¹, L. Arnold¹

Institute 1 Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf; 2 Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin

DOI 10.1055/s-0044-1781970

Hintergrund: Das Risiko einer erneuten Epidemie oder Pandemie ist in Folge von Globalisierung, Klimawandel und wird uns auch in der Zunahme von Zoonosen erhöht und Zukunft intensiv beschäftigen. Bisherige globale Krankheitsausbrüche zeigten, dass strukturell benachteiligte Bevölkerungsgruppen stärker von den Auswirkungen solcher Pandemien betroffen waren. Im Rahmen des Forschungsprojektes „INHECOV – Socioeconomic Inequalities in Health during the COVID-19 Pandemic“ wurde diese sozial ungleiche Betroffenheit in den direkten und indirekten Folgen der COVID-19 Pandemie anhand unterschiedlicher Datenquellen untersucht. Die Ergebnisse zeigten auch während der COVID-19 Pandemie eine stärkere Betroffenheit von Menschen mit sozialer Benachteiligung. Ziel der aktuell anstehenden letzten Projektphase ist es gemeinsam mit Kooperationspartner:innen aus Wissenschaft und Praxis Strategien zu erarbeiten, um Aspekten gesundheitlicher Ungleichheit bei zukünftigen Pandemien systematisch zu begegnen.

Methoden: Auf Grundlage eines semi-strukturierten Leitfadens sollen von Herbst 2023 bis Frühjahr 2024 Expert:inneninterviews mit Akteur:innen aus der (kommunalen) ÖGD-Praxis durchgeführt werden. Ziel der Interviews ist es, aufbauend auf den Erfahrungen während der COVID-19-Pandemie, Strategien und Möglichkeiten zu eruieren, um ungleichen Gesundheitschancen in strukturell benachteiligten Personengruppen und Stadtvierteln stärker entgegenzuwirken. Die Interviews werden auf Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring systematisch ausgewertet. In Vorbereitung auf die Interviews erfolgte eine Analyse relevanter nationaler und internationaler Literatur.

Diskussion: Im Rahmen des Vortrages sollen die generierten Ergebnisse diskutiert und wichtige Anregungen und Impulse für das weitere Projekt gemeldet werden.

Ausblick: Basierend auf den Ergebnissen des INHECOV-Projektes und aufbauend auf den Erkenntnissen der Interviews sollen im Laufe des nächsten Jahres Expert:innenworkshops zur gemeinsamen Diskussion durchgeführt und rele-

vante Implikationen zur Berücksichtigung und Reduktion sozioökonomischer Disparitäten während gesundheitlichen Notlagen und Pandemien diskutiert werden. Die gemeinsam erarbeiteten Ergebnisse werden abschließend in einem eigens hierfür konzipierten E-Learning- Angebot zur Verfügung gestellt.

„COVID 19 Neukölln“ – Kooperation zwischen dem ÖGD und Public Health-Forschung zur Nutzung räumlicher Daten als Entscheidungsgrundlage

Autorinnen/Autoren J. Butler¹, T. Schmitz¹, G. Manafa¹, S. Feller², A. Roth², N. Savaskan¹, T. Lakes¹

Institute 1 Humboldt Universität zu Berlin, Institut für Geografie, Berlin;

2 Bezirksamt Neukölln von Berlin

DOI 10.1055/s-0044-1781970

Hintergrund: Der ÖGD in vielen Kommunen war in mehreren Phasen der Corona-Pandemie so stark mit der Aufgabe der reinen Verfolgung und Erfassung von COVID-19 Fällen beschäftigt, dass er kaum in der Lage war, Daten, die im Rahmen dieser Tätigkeiten erhoben wurden, auszuwerten und als Basis für eine aktive Bekämpfung der Pandemie zu nutzen. Mithilfe der Fokus-Förderung der DFG zur Erschließung räumlicher Daten als Entscheidungsgrundlage in der Pandemiebekämpfung zielte das Projekt darauf ab, neue Ansätze der raumzeitlichen Datenaufbereitung, -analyse und -visualisierung anzuwenden, um handlungsorientierte Aussagen zu ermöglichen.

Methoden: Ausgangspunkt waren vom Erfassungsprogramm SORMAS exportierte, anonymisierte kleinräumige COVID-19 Infektionsmeldungen vom Gesundheitsamt Neukölln für den Zeitraum vom 01.03.2020 bis zum 26.12.2021 (N: 37.600). Die Fälle wurden auf der Ebene der Planungsräume aggregiert und als COVID-19 Inzidenzen berechnet. In einem nächsten Schritt wurden die Inzidenzen mit weiteren mit soziodemografischen, baulichen und umweltbezogenen Informationen auf Planungsebene analysiert.

Bei den Auswertungen wurden raum-zeitliche Datenanalysetechniken entwickelt und angewandt, um die Auswirkungen der Pandemie auf kleinräumiger Ebene zu erfassen, zu analysieren und zu überwachen. Um die unterschiedliche Betroffenheit einzelner Bevölkerungsgruppen in verschiedenen Pandemiephasen zu erfassen, wurden Regressionsanalysen durchgeführt. Verschiedene Visualisierungsansätze wurden getestet.

Ergebnisse: Es konnten spezifische Muster der Betroffenheit durch COVID-19 auf Nachbarschaftsebene identifiziert werden, die sich über die Phasen der Pandemie verändert haben. Weiterhin hat sich gezeigt, dass unterschiedliche Bevölkerungsgruppen und Sozialräume im Verlauf der Pandemie zu verschiedenen Zeitpunkten betroffen waren. Insgesamt gab es in den späteren Phasen eine Tendenz zur stärkeren Betroffenheit der Bevölkerung von sozial benachteiligten Planungsräumen. Es wurde auch ein zeitlicher Zusammenhang zwischen den durchgeführten Maßnahmen und den COVID 19-Inzidenzen festgestellt.

Im Verlauf des Projekts wurde eng zwischen dem Gesundheitsamt Neukölln und dem Geographischen Institut der Humboldt-Universität zusammengearbeitet, u.a. führte das dazu, dass gleich von Beginn an Fragestellungen mit höchster Priorisierung identifiziert, Spezifika in den Ausgangsdaten berücksichtigt und Interpretationen zur Entscheidungshilfe genutzt werden konnten. Besonders großer Wert wurde auf den Transfer des gewonnenen Wissens und der Ergebnisse an das Gesundheitsamt Neukölln gelegt, um sicherzustellen, dass sie aktiv in den Bemühungen zur Bekämpfung der Pandemie genutzt werden konnten.

Diskussion/Ausblick: Die enge Kooperation der Beteiligten im Rahmen des Projekts trug zur Qualität der Auswertungen, zu neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und zur Entscheidungshilfe bei der Pandemiebekämpfung bei. Vergleichbare Kooperationen könnten auch gut für künftige anwendungsrelevante Fragestellungen des ÖGDs einerseits und die Weiterentwicklung wissenschaftlicher Methoden und Erkenntnisse andererseits gewinnbringend genutzt werden.

Todesbescheinigungen, wichtige Daten zur schwerpunktmäßigen Auswertung

15:15 – 16:45 | Saal X.5

Todesbescheinigungen – Können Gesundheitsämter zur Verbesserung der Qualität beitragen?

Autor S. Viehöver

Institut Gesundheitsreferat der LH München, München

DOI 10.1055/s-0044-1781971

In der Landeshauptstadt München gehen jährlich über 13.000 Todesbescheinigungen (TB) ein. Untersuchungen des Gesundheitsreferats (GSR) im Zeitraum 2010-2013 ergaben eine Beanstandungsquote von 7,9%. Andere Untersuchungen kommen auf noch höhere Werte.

Die Bereitstellung von Merkblättern/Leitlinien oder gezielte Informationsvermittlung durch Fortbildungen ermöglicht den Leichenschauenden, noch offene Fragen zum Thema zu klären, ist aber für die Gesundheitsämter (GÄ) zeitaufwendig.

Neben der Analyse der Ausstellenden nach Zahl der jährlichen TB wird auch die Veränderung der Beanstandungsquote im Vergleich 2014 und 2019 betrachtet. Für den niedergelassenen Bereich und die Kliniken wird erstmals eine Abschätzung vorgelegt, wer von welchen Informationsangeboten der GÄ profitieren könnte.

In München werden rund zwei Drittel der TB von Kliniken ausgestellt. Insgesamt gibt es TB aus 33 Kliniken. Von diesen Kliniken werden in der Hälfte der Häuser weniger als 20 TB im Jahr ausgestellt, und von einem Viertel mehr als 500 TB im Jahr.

Rund ein Drittel der TB wird von Niedergelassenen ausgestellt. Die weit überwiegende Anzahl der Arztpraxen stellt weniger als 5 TB im Jahr aus, nur 11 (2014) bzw. 16 (2019) Praxen stellten mehr als 50 TB aus, davon nur 2 bzw. 4 mehr als 100.

Das GSR schreibt in allen Fällen mit einer Beanstandung die Ausstellenden an und bittet um Korrektur. Fällt bei der Analyse eine gehäufte Zahl an beanstandeten TB in einer Klinik auf, wird eine Fortbildung gezielt angeboten. Je nach Größe der Klinik finden ggf. Wiederholungstermine statt. Im Bereich der Niedergelassenen werden offene Fragen in Einzelgesprächen geklärt.

In allen Kliniken verbesserte sich die Qualität in 2019 im Vergleich zu 2014, dabei wurden die höchsten Verbesserungen (zwei Drittel weniger fehlerhafte TB) in Kliniken mit mittlerer Zahl an Sterbefällen/ Jahr erreicht. In Kliniken mit > 500 TB/Jahr waren 2019 rund 50% weniger TB fehlerhaft.

Die Qualität der von Niedergelassenen ausgestellten TB verbesserte sich ebenfalls zwischen 2014 und 2019 sehr deutlich, die höchsten Verbesserungen wurden in der Gruppe der Wenigausstellenden mit < 5 TB/Jahr, und der Vielausstellenden mit > 100 TB/Jahr erreicht.

Fazit: Der Aufwand lohnt sich – zumindest für ein Großstadtgesundheitsamt.

Erhebung relevanter Daten aus Todesbescheinigungen – Assistierte Suizide in München

Autorinnen/Autoren S. Gleich^{1,2}, O. Peschel², M. Graw², B. Schäffer²

Institute 1 Gesundheitsreferat der LH München; 2 Institut für Rechtsmedizin der Universität München

DOI 10.1055/s-0044-1781972

Einleitung: Mit Urteil vom 26.02.2020 stellte das Bundesverfassungsgericht fest, dass ein grundrechtlich geschütztes Recht auf selbstbestimmtes Sterben besteht. Dieses schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und dafür bei Dritten Hilfe zu suchen. Für die Durchführung des assistierten Suizides (AS) fehlen hierzulande konkrete Rahmenbedingungen.

Ziele: Vor diesem Hintergrund sollen die Häufigkeiten von AS, Charakteristika der Suizidenten und ausgewählte rechtlich relevante Punkte erhoben werden.

Materialien und Methoden: Die Todesbescheinigungen aller Münchner Sterbefälle wurden für den Zeitraum vom 01.01.2020 bis zum 31.12.2022 analysiert. Ebenso wurden die staatsanwaltschaftlichen Akten, Obduktionsberichte und toxikologischen Gutachten aller AS ausgewertet. Nach Abschluss der standardisierten Dateneingabe wurden die Daten anonymisiert und deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse: Im Studienzeitraum verstarben insgesamt 45.353 Personen, 603 dieser Sterbefälle (1,3%) waren Suizide. Von den 37 AS-Fällen (6,5%) hatten 7 bereits einen Suizidversuch unternommen. Das durchschnittliche Sterbealter der AS lag bei 78,9 Jahren, das weibliche Geschlecht überwog mit 21 Fällen. Die Leichenschauer attestierten bei allen Fällen eine nicht natürliche Todesart und gaben zwischen 1-9 Grunderkrankungen an, am häufigsten Krankheiten des Nervensystems. Eine Obduktion wurde bei 4 Fällen, ein toxikologisches Gutachten bei 3 Fällen beauftragt. Thiopental wurde am häufigsten als Anästhetikum eingesetzt. In 17 Fällen hatte der assistierende Arzt alle Funktionen (Gutachten, Leichenschau und Assistenz) übernommen. Psychiatrische Gutachten lagen bei besonders vulnerablen Suizidenten (gerichtliche Betreuung, vorangegangene Suizidversuche) nur in der Hälfte der Fälle vor.

Zusammenfassung: Erstmals können aus einer deutschen Großstadt Daten zu assistierten Suiziden vorgelegt werden. Charakterisiert ist die betagte Klientel durch zahlreiche alterstypische Grunderkrankungen, die erhobene palliativmedizinische bzw. schmerztherapeutische Versorgung erscheint unzureichend. Behandelnde bzw. anverwandte Ärzte leisten Suizidassistenz nur im Ausnahmefall. Diese erfolgt durch einzelne, sonst nicht in München tätige Ärzte. Es fehlen Schutzkonzepte für die vulnerable Klientel, es besteht Regelungsbedarf u.a. zu Schutzmaßnahmen, Meldung und Überwachung von AS. Diese Studie zeigt erneut die große Bedeutung der gezielten Analyse von Todesbescheinigungen durch die Gesundheitsämter.

Erfahrungen und Auswertung aus den Praxisregionen des eTB-Projektes

Autorinnen/Autoren O. Eckert¹, U. Vogel²

Institute 1 Statistisches Bundesamt (StBA); 2 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

DOI 10.1055/s-0044-1781973

Ärztinnen und Ärzte in Leipzig und Ludwigsburg haben erstmals in Deutschland eine elektronische Todesbescheinigung (eTB) unter Routinebedingungen erprobt. Die fünfmonatige Pilotphase war Teil des bis Ende 2023 laufenden Projektes „Pilotierung einer bundeseinheitlichen elektronischen Todesbescheinigung“. Das StBA und das BfArM führten das Projekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durch.

Aktiv beteiligt waren 68 leichenschauende Ärztinnen und Ärzte aus 13 Arztpraxen, zwei Krankenhäusern, zwei Hospizen, einer Notfallpraxis und einem Institut für Rechtsmedizin.

Mit der neu entwickelten mobilen Applikation (eTB-App) werden die Daten von den Leichenschauenden per Tablet erfasst und an nachbearbeitende Behörden digital versendet. In Zusammenarbeit mit den beteiligten Gesundheitsämtern und Standesämtern, IT-Dienstleistern der Kommunen und Länder und vom StBA beauftragten IT-Unternehmen gelang der Aufbau einer digitalen und sicheren Kommunikationskette über Standesamt und Gesundheitsamt bis hin zum Statistischen Landesamt. Die Infrastruktur basiert auf IT-Standards der öffentlichen Verwaltung (XÖV), welche die zuständigen Gremien für das eTB-Projekt erweitert haben.

Hervorzuheben ist die erfolgreiche Integration der eTB in die Fachverfahren der Gesundheitsämter und Standesämter. Innerhalb weniger Minuten nach Versand der eTB waren die Daten im Behördenpostfach des Gesundheitsamtes eingegangen und wurden danach in das Fachverfahren importiert. Nach der Bearbeitung im Standesamt wurden die Registrierungsdaten des Sterbefalles ebenfalls automatisch in das Fachverfahren des Gesundheitsamtes eingelesen.

Nach Fallabschluss haben die beteiligten Gesundheitsämter die eTB-Daten an das Statistische Landesamt versandt.

Die eTB-App ist klar gegliedert und so gestaltet, dass Ärztinnen und Ärzte sie intuitiv bedienen können. Nur die erforderlichen Datenfelder werden angezeigt. Bspw. werden bei Auswahl der Todesart „natürlich“ die für die anderen Todesarten relevanten Datenfelder ausgeblendet. Die Anzeige von Warn- und Fehlermeldungen verhindert den Versand fehlerhafter oder unvollständiger Todesbescheinigungen.

StBA und BfArM haben im Projekt einen um landesspezifische Angaben ergänzten eTB-Kerndatensatz erprobt. Der Kerndatensatz enthält zusätzlich von der WHO vorgegebene Datenfelder, die bereits vor Jahren auf internationalen Todesbescheinigungen eingeführt sind, aber bislang auf den 16 deutschen Todesbescheinigungen fehlen.

Die beteiligten Behörden profitierten von einer deutlich besseren Datenqualität und Lesbarkeit der eTB-Daten im Vergleich zu handschriftlich erstellten Todesbescheinigungen. Im Gesundheitsamt führte die eTB zu einer bedeutenden Arbeitsentlastung, da die Erfassung der Todesbescheinigungen entfiel und deutlich weniger Rückfragen wegen fehlender oder nicht-plausibler Angaben notwendig waren.

Insgesamt stieß die eTB-App bei den Ärztinnen und Ärzten auf sehr hohe Akzeptanz. Es konnten im Praxistest noch Verbesserungsvorschläge für die Weiterentwicklung des Verfahrens gewonnen werden.

Eine erste Auswertung von knapp 500 Datensätzen legt nahe, dass die Umsetzung des internationalen WHO-Formulars der Todesbescheinigung zu einem relevanten Informationsgewinn führen würde:

- Bei 21 % der Verstorbenen war mindestens eine Operation innerhalb von vier Wochen vor dem Tod dokumentiert. Operationen werden bei der Leichenschau in Deutschland noch nicht nach den Vorgaben der WHO erfasst.

- Bei 23 % der Scheine waren vier Zeilen in Teil 1 ausgefüllt. In Deutschland sind bislang nur drei Zeilen der Todesursachenkaskade erfassbar.

Eine Einführung der eTB in die Routine der Leichenschau liegt im Zuständigkeitsbereich der Bundesländer. Bei einer bundesweit abgestimmten Einführung der eTB sind mehrere Vorteile und Synergieeffekte zu erwarten:

- 1) Deutliche Steigerung von Qualität, Aussagekraft und internationaler Vergleichbarkeit der Todesursachenstatistik
- 2) Deutliche Beschleunigung der Verfügbarkeit von Todesursachendaten (bspw. auch bei Pandemien und Hitzewellen)
- 3) Senkung der IT-Kosten (z.B. bei Einbindung einer harmonisierten eTB in Krankenhausinformations-, Praxisverwaltungs- oder Gesundheitsamtsysteme)
- 4) Höhere Akzeptanz bei der Ärzteschaft und Vereinfachung der Schulung

Krise und so weiter

15:15 – 16:45 | Saal X.6

OBEON – Orientierungshilfe und Beratung Online in seelischen Belastungssituationen Kurzvorstellung des Modellprojektes. Stand und Auswirkungen.

Autorinnen/Autoren A. Buchhorn¹, T. Lindemann¹

Institut 1 Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. Köln

DOI 10.1055/s-0044-1781974

Seit September 2023 hat der Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. mit dem Modellprojekt OBEON ein vollkommen neues Beratungsangebot für Menschen mit psychischen Erkrankungen, seelischen Belastungen sowie deren Angehörige und Zugehörige geschaffen.

Anfang September ging die neue Internetseite www.obeon.de an den Start.

Professionell, persönlich, barrierefrei und niederschwellig und mit der Besonderheit, dass das Angebot von Betroffenen, Angehörigen und psychosozialen wie psychiatrischen Fachkräften trialogisch und gleichberechtigt entwickelt und angeboten wird.

Die digitale Beratungsstelle ist bundesweit besetzt und zunächst an Werktagen geöffnet. Hilfe, Beratung und Unterstützung gibt es mit und ohne Termin und barrierefrei via Messenger-Chat, integrierter offener und direkter Mail-Beratung, und via Video-Chat.

OBEON hat das Ziel, bei unklarem Hilfebedarf Erstberatung und Orientierung beim Finden passgenauer Hilfen anzubieten und durch das bestehende gemeindepsychiatrische Netzwerk bei Wunsch an regionale Stellen weiterzuleiten.

Bundesweit sind Träger der Gemeindepsychiatrie und Akteure aus dem sozial- und gemeindepsychiatrischen Bereich sowie aus Politik und Selbsthilfe beratend, begleitend und als OBEON-Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner an dem Projekt beteiligt.

Das Projekt ist zunächst auf drei Jahre befristet und ist gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages.

Suizidprävention – Was steht an?

Autor C. Schlang

Institut Stadt Frankfurt am Main – Der Magistrat Gesundheitsamt Frankfurt

DOI 10.1055/s-0044-1781975

In den letzten vier Jahrzehnten konnten die Suizide in Deutschland von jährlich circa 18.000 auf etwas mehr als 9.000 reduziert werden (Statistisches Bundesamt, 2023). Dies ist sowohl auf optimierte Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen, als auch auf Öffentlichkeitsarbeit und Entstigmatisierung, Medienarbeit, Methodenmonitoring sowie Methodenrestriktion zurückzuführen.

Dennoch gehören Selbsttötungen weiterhin zu den wichtigsten Herausforderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Trotz entsprechender Forderungen, zum Beispiel der WHO (2018), fehlte es bisher an einer Nationalen Suizidpräventionsstrategie für Deutschland.

Im Rahmen der politischen Debatte über eine gesetzliche Regelung des assistierten Suizids fasste der Deutsche Bundestag (2023) mit überwältigender Mehrheit den Entschluss, die Suizidprävention in Deutschland zu stärken, da im Zusammenhang mit einer Liberalisierung der gesetzlichen Regelungen des assistierten Suizids von einem Anstieg der Rate der Selbsttötungen ohne Assistenz auszugehen ist.

Der Beitrag adressiert die bereits vorhandenen Strukturen im Bereich Suizidprävention und die zukünftigen Herausforderungen. Anhand der Aufgaben und Aktivitäten des Frankfurter Netzwerks für Suizidprävention (FRANS), koordiniert vom Gesundheitsamt Frankfurt am Main, werden die rechtlichen Grundlagen kommunalen Handelns erörtert. Städte und Gemeinden spielen mit ihren Gemeindepsychiatrischen Verbänden, Psychiatriekoordinationen und Sozialpsychiatrischen Diensten eine entscheidende Rolle bei der Ausgestaltung und Umsetzung einer Nationalen Suizidpräventionsstrategie.

Krisen- und Beratungsdienst in Hessen – Vorstellung des Vitos-Projektes und der Modellregionen

Autorinnen/Autoren R. Freese¹, M. Schol-Tadic²

Institute 1 Vitos forensisch-psychiatrische Ambulanz Haina; 2 FDL SpDi

und BTB Landkreis Groß-Gerau

DOI 10.1055/s-0044-1781976

Krisen- und Beratungsdienste gibt es in unterschiedlicher Struktur bereits an vielen Orten in Deutschland. Häufig wird eine telefonische Erreichbarkeit für Betroffene und/oder ihre Angehörigen angeboten, manche Dienste fahren auch vor Ort und einige bieten sogar Möglichkeiten zur Übernachtung/zum Rückzug/zur Beratung zu allen Tages- und Nachtzeiten an. Im Rahmen dieses Modellprojektes schließen sich unterschiedliche Anbieter der gemeindepsychiatrischen Versorgung zusammen und können auf die Expertise der Forensischen Insti-

tutsambulanz und ihrer Berater zurückgreifen. Sie arbeiten außerklinisch miteinander und wirken in enger Verzahnung zusammen. Dazu gehören im Endeffekt viele Strukturen, die nicht immer vom Versorgungssystem mitgedacht werden, so beispielsweise Gerichte aber selbstverständlich auch die psychiatrischen Kliniken vor Ort als stets mitgedachte Versorgungsstruktur.

Bei den angedachten Fällen handelt es sich um psychisch kranke Personen, die durch das klassische Hilfesystem kaum und nur schwer erreicht werden können, die das System herausfordern und die möglicherweise nicht über Krankheits-einsicht und somit auch nicht über einen Behandlungswunsch verfügen. Das Spektrum der psychischen Krankheiten umfasst sicherlich den schizophrenen Formenkreis, aber auch (schizo)affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen und andere Verhaltensstörungen. Dass viele dieser Personen auch einen mehr oder minder ausgedehnten Konsum von Suchtmitteln betreiben, ist selbstverständlich und ist kein Ausschlusskriterium. Es sollen primär alle Altersgruppen der Erwachsenenmedizin mitgedacht werden.

Die Vitos forensisch-psychiatrische Ambulanz (FPA) Hessen wurde 1988 als Institutsambulanz an der früheren Klinik für gerichtliche Psychiatrie (der heutigen Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Haina) gegründet. Sie ist auf dem Gebiet der Nachsorge psychisch kranker Rechtsbrecher die älteste, kontinuierlich arbeitende Spezialambulanz Deutschlands. Seit Januar 1990 ist die Nachsorgeambulanz nach § 118 SGB V als psychiatrische Institutsambulanz (PIA) von den Kostenträgern anerkannt. Die Vitos forensisch-psychiatrische Ambulanz (FIA) Hessen ist mit sieben Teams an den Standorten Haina, Kassel, Gießen, Schotten und Wiesbaden seit 2009 eigenständige Betriebsstätte der Vitos Haina gemeinnützige GmbH. Neben der nachsorgenden Arbeit gehört auch die Prävention zu den Aufgaben der FIA.

Durch die Forensische Institutsambulanz mit ihren unterschiedlichen Standorten werden die Anfragen gesteuert. Geplant ist ein dreistufiges Beratungsmodell. Die Beratung eines komplexen oder herausfordernden Falles kann in der Stelle/den Räumlichkeiten des Ratsuchenden erfolgen, also am grünen/runden Tisch in einer Behörde wie dem Gesundheitsamt, aber auch in der Klinik, dem Gericht oder bei einem Leistungserbringer der Eingliederungshilfe. Dort können eine Vorstellung des Falls und eine entsprechende Beratung erfolgen.

Die nächste Stufe ist die Beratung unmittelbar in der aktuellen Krise. Dazu fahren die Beratungsteams/die Berater mit der ratsuchenden Einrichtung/Behörde heraus, man geht also gemeinsam in die Fallarbeit vor Ort. Hier ist vor allem an die aufsuchende Tätigkeit, wie sie im Sozialpsychiatrischen Dienst üblich ist, gedacht, aber auch StäB-Behandelte oder Personen, die in besonderen Wohnformen leben, könnten von einer Krisenberatung vor Ort profitieren. In der dritten Stufe, der Phase der aktiven Krisenarbeit, ist die aufsuchende bzw. auch nachgehende Arbeit in einem multiprofessionellen, multisystemischen Team geplant (ICT). Das Ziel des Teams soll es sein, nach der Kontaktaufnahme die Beziehung zum Betroffenen aufzubauen und Adhäsionsarbeit zu leisten. Der Wunsch wäre es, die Betroffenen und schwer psychisch kranken Personen durch dieses Angebot schließlich prästationären oder auch teilstationären Strukturen des SGB V oder auch Strukturen der Eingliederungshilfe zuführen zu können um schlussendlich gemeinsam mit dem Betroffenen eine, für ihn empfehlenswerte Unterstützungsstruktur, zu erarbeiten. Dazu ist es notwendig, dass die Netzwerkpartner der Gebietskörperschaft vor Ort ihre Angebotsstruktur gut kennen und kooperativ und transparent zusammenarbeiten.

Ein weiterer Plan ist die Schaffung neuer Strukturen für diesen Personenkreis in der Gebietskörperschaft, die möglichst genau den Bedarfen der Betroffenen entsprechen, an vorhandene Strukturen anknüpfen und die lebensweltnah umgesetzt werden können, um damit eine Einheit mit dem Krisen- und Beratungsdienst bilden zu können.

Es sollen zunächst das Projekt des KBD und die Modellregionen vorgestellt und im Anschluss daran erste Ergebnisse, die zu diesem Zeitpunkt vorliegen mögen, präsentiert werden.

Umweltmedizin – Block 3- Schimmelpilze/ Luftschadstoffe

15:15 – 16:45 | Saal X.7

Kernaussagen und Empfehlungen der AWMF-Leitlinie „Medizinisch klinische Diagnostik bei Schimmelpilzexposition in Innenräumen“ – Update 2023

Autorinnen/Autoren J. Hurraß¹, B. Heinzow², S. Walser-Reichenbach³, U. Aurbach^{4, 5}, S. Becker⁶, R. Bellmann⁷, K.-C. Bergmann⁸, O. A. Cornely⁹, S. Engelhart¹⁰, G. Fischer¹¹, T. Gabrio¹², C. E. W. Herr^{3, 13}, M. Joest¹⁴, C. Karagiannidis^{15, 16}, L. Klimek¹⁷, M. Köberle¹⁸, A. Kolk¹⁹, H. Lichtnecker²⁰, T. Lob-Corzilius²¹, N. Mülleneisen²², D. Nowak²³, U. Rabe²⁴, M. Raulf²⁵, J.-O. SteiB^{26, 27}, J. Stemler⁹, J. Steinmann²⁸, U. Umpfenbach²⁹, K. Valtanen³⁰, B. Werchan³¹, B. Willinger³², G. A. Wiesmüller^{4, 5, 33}

Institute 1 Sachgebiet Hygiene in Gesundheitseinrichtungen, Abteilung Infektions- und Umwelthygiene, Gesundheitsamt der Stadt Köln, Köln, Germany; 2 Formerly: Landesamt für soziale Dienste (LAsD) Schleswig-Holstein, Kiel, Germany; 3 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit München, München, Germany; 4 Labor Dr. Wisplinghoff, Köln, Germany; 5 ZfMK – Zentrum für Umwelt, Hygiene und Mykologie Köln, Köln, Germany; 6 Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen Germany; 7 Universitätsklinik für Innere Medizin I, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Austria; 8 Institut für Allergieforschung, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany; 9 Translational Research, CECAD Cluster of Excellence, Universität zu Köln, Köln, Germany; 10 Institut für Hygiene und Public Health, Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Germany; 11 Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart, Stuttgart, Germany; 12 Formerly: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart, Stuttgart Germany; 13 Ludwig-Maximilians-Universität München, apl. Prof. „Hygiene und Umweltmedizin“, München, Germany; 14 Allergologisch-immunologisches Labor, Helios Lungen- und Allergiezentrum Bonn, Bonn, Germany; 15 Fakultät für Gesundheit, Professur für Extrakorporale Lungenersatzverfahren, Universität Witten/Herdecke, Witten/Herdecke, Germany; 16 Lungenklinik Köln Merheim, Kliniken der Stadt Köln, Köln, Germany; 17 Zentrum für Rhinologie und Allergologie, Wiesbaden, Germany; 18 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie am Biederstein, Technische Universität München, München, Germany; 19 Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA), Bereich Biostoffe, Sankt Augustin, Germany; 20 Medizinisches Institut für Umwelt- und Arbeitsmedizin MIU GmbH Erkrath, Erkrath, Germany; 21 Wissenschaftliche AG Umweltmedizin der GPAU, Aachen, Germany; 22 Asthma und Allergiezentrum Leverkusen, Leverkusen, Germany; 23 Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Mitglied Deutsches Zentrum für Lungenforschung, Klinikum der Universität München, München, Germany; 24 Zentrum für Allergologie und Asthma, Johanner-Krankenhaus Treuenbrietzen, Treuenbrietzen, Germany; 25 Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Institut der Ruhr-Universität Bochum (IPA), Bochum, Germany; 26 Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Universi-

tätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen, Germany; 27 Schwerpunktpraxis Allergologie und Kinder-Pneumologie Fulda, Fulda, Germany; 28 Institut für Klinikhygiene, Medizinische Mikrobiologie und Klinische Infektiologie, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Klinikum Nürnberg, Nürnberg, Germany; 29 Arzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Kinderpneumologie, Umweltmedizin, klassische Homöopathie, Asthmatrainer, Neurodermitstrainer, Viersen, Germany; 30 FG II 1.4 Mikrobiologische Risiken, Umweltbundesamt, Berlin, Germany; 31 Stiftung Deutscher Polleninformationsdienst (PID), Berlin, Germany; 32 Klinisches Institut für Labormedizin, Klinische Abteilung für Klinische Mikrobiologie – MedUni Wien, Wien, Austria; 33 Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Uniklinik RWTH Aachen, Aachen, Germany
DOI 10.1055/s-0044-1785544

Im Jahr 2016 wurde in Deutschland die AWMF-S2k-Leitlinie „Medizinisch klinische Diagnostik bei Schimmelpilzexposition in Innenräumen“ eingeführt. Die Leitlinie basiert auf einem standardisierten Verfahren der AWMF einschließlich einer systematischen Literaturrecherche unter Einbeziehung mehrerer medizinischer Fachrichtungen. Da die AWMF zur Aufrechterhaltung einer Leitlinie eine regelmäßige Aktualisierung vorgibt, hat die Expertengruppe eine erneute Literaturrecherche vorgenommen und die Leitlinie aktualisiert. Die neue Medline-Recherche für die aktuelle Version der Leitlinie wurde bis Juni 2022 mit zusätzlichen Suchbegriffen durchgeführt. Die Suchergebnisse wurden durch ein Abstract-Screening und ggf. die evidenzbasierte Auswertung der Volltexte bewertet und weiter eingegrenzt. Darüber hinaus wurden die medizinischen Leitlinien zu verwandten Themen berücksichtigt. Seit Oktober 2023 liegt die aktualisierte Leitlinie vor.

Diese Leitlinie soll die bestehende Wissenslücke für eine rationale und effiziente medizinische Diagnostik bei Schimmelpilzbelastungen in Innenräumen schließen und liefert 26 Kernaussagen und Empfehlungen, die im Detail dargestellt werden. Insbesondere wird erläutert, warum für die medizinische Bewertung Innenraummessungen von Schimmelpilzen, ihren Bestandteilen oder Metaboliten nicht erforderlich sind. Von nicht-evidenzbasierten diagnostischen Methoden, die jedoch in der Praxis immer wieder Anwendung finden, wird explizit abgeraten.

Möglichkeiten und Grenzen der hygienischen Bewertung von Mykotoxinen bei Feuchteschäden in Innenräumen.

Autor Guido Fischer¹

Institut 1 Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Stuttgart
DOI 10.1055/s-0044-1785545

Feuchtebedingte Kontaminationen von Schimmelpilzen und anderen Mikroorganismen in Innenräumen stehen seit Jahren im Focus der Innenraumhygiene. Auch wenn über die krankheitsauslösenden Mechanismen bei den Wirkungspfad Infektion und Allergie in den letzten Jahren viele Erkenntnisse erarbeitet wurden, existieren für die infektiöse und allergene Wirkung von Schimmelpilzen bzw. deren luftgetragener Sporen bisher keine Dosis-Wirkungsbeziehungen. Folglich können auch keine Grenzwerte abgeleitet werden. Über die Wirkungen von Mykotoxinen bei der oralen Aufnahme über Futter- und Lebensmittel liegen Erkenntnisse für Tier und Mensch vor. Nur wenige Daten – vorwiegend aus Zellkulturversuchen - liegen hingegen für die pulmonale Aufnahme von Mykotoxinen über Bioaerosole vor. In den letzten Jahren wird die Bedeutung der Mykotoxin-Bildung durch feuchtebedingtes Schimmelpilzwachstum in Innenräumen kontrovers diskutiert. Bei der Beurteilung von Mykotoxin-Expositionen in Innenräumen muss sauber unterschieden werden, ob Mykotoxine durch Feuchtezeiger unter den Schimmelpilzen gebildet werden können oder ob diese aus sekundären Quellen stammen. Einzelne Mykotoxine innenraumrelevanter Pilze konnten im Innenraum und auf feuchten Baumaterialien nachgewiesen werden, allerdings sind die Konzentrationen im Vergleich zu Gehalten in Lebensmitteln

extrem niedrig. Dosis-Wirkungsbeziehungen fehlen auch hier für die relevanten Verbindungen und den Wirkpfad der pulmonalen Aufnahme.

Holzfeuerung in Wohngebieten und ihre gesundheitlichen Folgen

Autor M. Tobollik

Institut Umweltbundesamt Berlin

DOI 10.1055/s-0044-1781977

Die Holzfeuerung erfreute sich in den letzten Jahren und zuletzt wegen der drastisch gestiegenen Energiepreise einer großen und zunehmenden Beliebtheit. Die Folgen für die Luftqualität sind in vielen Wohngebieten in Deutschland deutlich geruchlich wahrzunehmen. Die Emissionen dieser Verbrennungsprozesse, insbesondere große Mengen Feinstaub, entstehen gerade an den Orten, wo viele Menschen direkt exponiert sind. Bei den Betreibenden der Kleinfeuerungsanlagen besteht oft kaum Verständnis für die gesundheitlichen Konsequenzen des eigenen Handelns. In vielen Wohngebieten ist die Luftqualität somit zumindest temporär deutlich schlechter geworden, wobei Spitzenwerte der Belastung üblicherweise in den Abendstunden auftreten. Der Vortrag informiert über die zusätzlichen Belastungen für die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger, die gesundheitlichen Konsequenzen sowie Möglichkeiten der Risikokommunikation und Aufklärung der Bevölkerung.

Die Bedeutung von Luftschadstoffen für die Bevölkerungsgesundheit und den ÖGD

Autorinnen/Autoren D. Plaß¹, S. Kienzler¹, D. Wintermeyer¹

Institut 1 Fachgebiet: Expositionsschätzung, gesundheitsbezogene

Indikatoren, Umweltbundesamt, Berlin

DOI 10.1055/s-0044-1781978

Luftschadstoffe zählen bei Betrachtung der Bevölkerungsgesundheit in Deutschland sowie weltweit zu den bedeutendsten Risikofaktoren. Studien verschiedener Disziplinen haben deutlich gezeigt, dass insbesondere Volkskrankheiten, wie beispielsweise Herz-Kreislaufkrankungen, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) oder auch der Diabetes mellitus Typ 2 in einem kausalen oder potentiell kausalen Zusammenhang mit der Belastung gegenüber Luftschadstoffen stehen. Die stärkste Evidenz für einen kausalen Zusammenhang besteht aktuell insbesondere für den Feinstaub und hier für die Partikel mit einer Größe von kleiner als 2,5 Mikrometer.

Beim Vergleich des Risikos kann durchaus festgestellt werden, dass in epidemiologischen Studien deutlich kleinere Risikoschätzer (z. B. Relative Risiken) für beispielsweise den Zusammenhang zwischen Lungenkrebs und Feinstaub identifiziert wurden als für den Zusammenhang zwischen Lungenkrebs und Rauchen. Dieser Vergleich wird häufig herangezogen, um die gesundheitliche Bedeutung des Feinstaubes abzuschwächen. Dabei wird jedoch außer Acht gelassen, dass es sich beim Rauchen um einen Risikofaktor handelt, den ein Mensch zumeist selbst beeinflussen kann. Im Gegensatz dazu hat die einzelne Bürgerin oder der einzelne Bürger kaum Einfluss auf die grundsätzliche Qualität der Außenluft. Ferner spielt das aktive Rauchen laut der aktuellen GEDA-Studie des RKI (2019/2020) mittlerweile bei nur noch einem Drittel der Bevölkerung Deutschlands eine Rolle. Allerdings zeigen neue Analysen des Umweltbundesamtes, dass nahezu 100% der Menschen in Deutschland im Jahr 2021 Feinstaubkonzentrationen von über 5 µg/m³ im Jahresdurchschnitt ausgesetzt waren. Dieser Wert entspricht den aktuellen Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation und sollte zum Schutz der Gesundheit nicht überschritten werden.

Hier zeigt sich die Bedeutung des Feinstaubes für die Bevölkerungsgesundheit und somit auch für den öffentlichen Gesundheitsdienst, dessen Aufgabe es ist die Bevölkerung über potentielle Gesundheitsgefahren – auch aus der Umwelt – aufzuklären und dabei vor allem besonders schützenswerte, vulnerable Gruppen zu adressieren. Zudem ist der öffentliche Gesundheitsdienst ein relevanter

Akteur bei der Entwicklung, Implementierung und Erhöhung der Akzeptanz von Präventions- und Interventionsmaßnahmen zum Schutz der Gesundheit. Ergebnisse von Studien zur (attributablen) Krankheitslast können in diesem Kontext ein wichtiges Werkzeug zur Darstellung der Bedeutung von Risikofaktoren wie Luftschadstoffen für die Bevölkerungsgesundheit sein. Solche Studien ermöglichen es, die Auswirkungen verschiedener Risikofaktoren auf die Gesundheit von Bevölkerungen umfassend und untereinander vergleichbar darzustellen. Durch die Nutzung des Indikators Disability-Adjusted Life Year (DALY) im Konzept der umweltbedingten Krankheitslasten können Risikofaktoren aus den Bereichen Verhalten, Stoffwechsel aber auch Umwelt einander gegenübergestellt werden. Ein bedeutendes Beispiel für solche Analysen ist die regelmäßig aktualisierte Global Burden of Disease (GBD)-Studie, welche die Auswirkungen von 87 Risikofaktoren auf die Bevölkerungsgesundheit weltweit und auf Ebene der Nationalstaaten erfasst. Die GBD-Studie zeigt beispielsweise für Deutschland, dass mit etwa 3,6 Millionen verlorenen gesunden Lebensjahren (DALYs) die höchste Krankheitslast im Jahr 2019 zwar auf das Rauchen zurückzuführen war, jedoch Feinstaub als wichtigster Umwelttrisikofaktor mit etwa 0,6 Millionen DALYs bereits auf dem achten Platz folgt – noch vor Risiken wie Bewegungsmangel, hohem Salzkonsum oder Passivrauch.

Informationen zur Krankheitslast ermöglichen es, Aussagen über den aktuellen Zustand der Bevölkerungsgesundheit in einem Land, die zeitlichen Trends der Krankheitslast und die gesundheitliche Bedeutung verschiedener Risikofaktoren zu machen. Diese Daten können dem öffentlichen Gesundheitsdienst als wichtige zusätzliche Information zu Risikokommunikation dienen und bei der Öffentlichkeitsarbeit unterstützen.

In dem Vortrag wird das Konzept der umweltbedingten Krankheitslast vorgestellt, bereits vorhandene Studien zur Krankheitslast, mit Fokus auf die Luftschadstoffe, beschrieben, interpretiert, diskutiert und der Mehrwert für die Arbeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes erörtert.

Krisenmanagement – Block 3 Preparedness II und Stabsarbeit

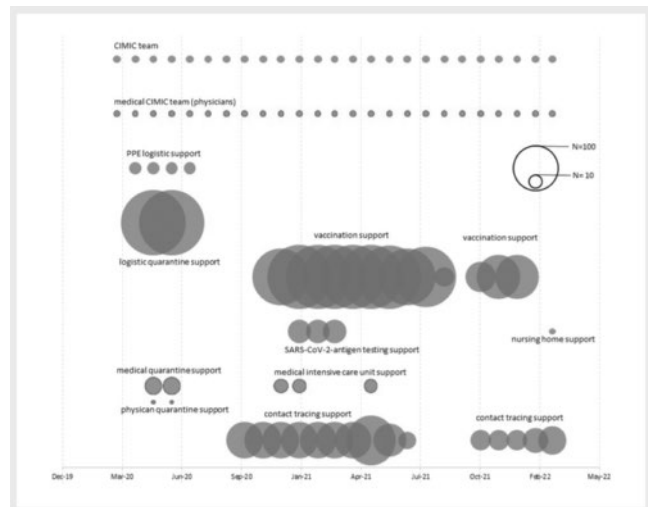
15:15 – 16:45 | Saal X.5

Lessons-learned aus der Pandemie zur besseren Vorbereitung auf zukünftige Katastrophen.

Autorinnen/Autoren M. Ries¹, H. Koller²

Institute 1 Universität Heidelberg, Marsilius-Kolleg und Universitätsklinikum Heidelberg, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Neuropädiatrie und Stoffwechselmedizin, Heidelberg; 2 Helmut-Schmidt-Universität – Universität der Bundeswehr Hamburg, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Institut für Industrielles Management, Hamburg
DOI 10.1055/s-0044-1781979

Ausmaß und Intensität der COVID-19-Krise waren weltweit bedeutend. Die Corona-Katastrophenhilfe war der größte subsidiäre Einsatz der Bundeswehr in ihrer Geschichte. Die gemeinsamen Herausforderungen an das Katastrophenmanagement waren aufgrund der Dynamik und der Komplexität beträchtlich, sowohl weltweit als auch in der Region Heidelberg/Rhein-Neckar. Die vorliegende Studie (NCT05552989) ist eine strukturierte wissenschaftliche Analyse der Einsatzerfahrungen der COVID-19-Katastrophenhilfe in Heidelberg/Rhein-Neckar (► Abb. 1) zwischen 2020 und 2022, insbesondere aus zivil-militärischer Perspektive.



► Abb. 1

Der Impact der zivil-militärischen Zusammenarbeit und ein möglicher Pfad von lessons-learned hin zur besseren Katastrophenvorbereitung in der Zukunft wurden durch semi-strukturierte Interviews mit 12 Schlüsselakteuren der lokalen Katastrophenhilfe analysiert. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert, auf gewichtige Aussagen hin kodiert und anschließend in Bedeutungscustern horizontalisiert. Die von Patel 2017 definierten Kernelemente der *Comunità resilience* bildeten den methodischen Analyserahmen. Den Themen der lokalen Katastrophenhilfe wurden Erkenntnisse aus einer strukturierten scoping review der weltweiten wissenschaftlichen Fachliteratur zur zivil-militärischen Zusammenarbeit während der COVID-19-Pandemie gegenübergestellt. Die zentrale Frage war: "Was müssen wir tun, um uns auf zukünftige Katastrophen besser vorzubereiten?"

Diese Arbeit gibt einen tiefen Einblick in die Stärken und Schwächen des derzeitigen lokalen Katastrophenmanagementsystems. Es wurden Lehren aus den eigenen Verantwortungsbereichen der Teilnehmenden gezogen. Dazu gehörte auch eine Reflexion darüber, was in Zukunft getan werden sollte – entweder auf die gleiche Weise oder anders. Als Hauptergebnis dieser Arbeit wurden 37 Maßnahmen ermittelt, die ergriffen werden müssen, um die Widerstandsfähigkeit von Gemeinschaften gegenüber künftigen Katastrophen zu verbessern. Diese Aktionspunkte liegen in den Bereichen (1) lokales Wissen, (2) Gemeinschaftsnetzwerke und -beziehungen, (3) Kommunikation, (4) Gesundheit, (5) Governance und Führung, (6) Ressourcen, (7) wirtschaftliche Investitionen, (8) Vorbereitung und (9) mentale Einstellung. Zu den 16 Hauptthemen gehörten die Notwendigkeit einer lokalen Ausrichtung, eine kontinuierliche, aufgeschlossene gemeinschaftliche Vernetzung, eine transparente Kommunikation nach innen und außen, ein koordiniertes Vorgehen im Hinblick auf die Komplexität des Gesundheitswesens, die Schaffung von Personalreserven einschließlich der Akzeptanz freier Ressourcen in Routinezeiten, das rechtzeitige Umschalten in den Katastrophenmodus, der Abbau von Bürokratie, ein klares Verständnis von Führung, Rollen und Verantwortlichkeiten, die Einbeziehung von Freiwilligen, die Finanzierung innovativer Ideen, eine priorisierte Planung und Beschaffung von Material, das an wahrscheinliche Risikoszenarien angepasst ist, eine verbesserte Katastrophenerziehung auch an Schulen, die Einbeziehung von Praktikern, die Durchführung häufiger "all-hands"-Übungen, das Funktionieren als vorausschauende und lernende Organisation und Förderung der Selbsthilfefähigkeit der Bevölkerung.

Fazit: in Zukunft wird es darum gehen, Bürokratie abzubauen, den Kreislauf von "Panik und Vergessen" durch nachhaltige Katastrophenvorbereitung zu durchbrechen, eine rechtzeitige Einsatzbereitschaft herzustellen und die "Infodemie" in einer Welt der sozialen Medien zu beherrschen. Im Allgemeinen hat die zivil-militärische Zusammenarbeit während der COVID-19 Pandemie weltweit und in Heidelberg/Rhein-Neckar mit wertvollen Beiträgen zur Stärkung der gesamtgesellschaftlichen Widerstandsfähigkeit beigetragen – wahrscheinlich aber zu einem hohen Preis. Das Mitigierungspotenzial kann für alle Agierenden begrenzt sein, wenn ein Gesundheitssystem bereits im Routinebetrieb überlastet ist. Um Missbrauch zu verhindern, ist ein Bewusstsein für das Droh- und Einschüchterungspotenzial des Militärs wichtig. Eine bessere, ganzheitliche und nachhaltige Vorbereitung auf künftige Katastrophen ist zwingend erforderlich, um den Kreislauf des "Panikmachens und Vergessens" zu durchbrechen. Künftige Forschung könnte sich auf eine bessere Einbeziehung vulnerabler Bevölkerungsgruppen, einschließlich Kinder, fokussieren.

Wie nützlich waren die COVID-19-Feldeinsätze des RKI für amtshilfersuchende Behörden: Ergebnisse einer ÖGD Befragung

Autorinnen/Autoren M. Martin Sanchez^{1,2}, A. Loenenbach¹, K. Kajikhina¹, C. Siffczyk¹, N. Zeitlmann¹

Institute 1 Robert Koch-Institut, Berlin; 2 ECDC Fellowship Programme, Field Epidemiology path (EPIET), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Sweden

DOI 10.1055/s-0044-1781980

Hintergrund: Gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) kann das Robert Koch-Institut (RKI) auf Amtshilfersuchen (AHE) den ÖGD bei Ausbruchsuntersuchungen unterstützen. Im Rahmen der COVID-19-Pandemie unterstützten RKI-Feldteams Gesundheitsämter (GÄ) und Landesbehörden (LB) bei ca. 50 Ausbruchsuntersuchungen (2020 – 2021). Um strukturiertes Feedback hinsichtlich Rechtzeitigkeit und Nutzen der RKI-Feldeinsätze aus dem ÖGD zu erhalten, führte das RKI im Frühjahr 2023 eine Befragung durch.

Methoden: Vom 09.03.2023-12.05.2023 stellte das RKI allen GÄ und LB einen Link zu einer Online-Befragung zur Verfügung. Der Fragebogen erhob Angaben zur antwortenden Behörde (Größe, Erfahrungen), gestellten AHE für RKI-Feldeinsätze während COVID-19 und Informationen zu den Einsätzen (Zeit, Setting). Außerdem sollten Behörden hinsichtlich des Einsatz-Nutzens angeben, ob sie mit den Einsätzen des RKI zufrieden waren und diese als rechtzeitig empfanden, die erwarteten Ergebnisse rechtzeitig geliefert wurden und welche Auswirkungen die Einsätze für die Behörden hatten. Darüber hinaus wurden Hindernisse z.B. bei der Stellung von AHE abgefragt. Die Auswertung erfolgte mit „R“.

Ergebnisse: Insgesamt lagen Antworten von 153 Behörden (142 GÄ und 11 LB) vor; 21 (14 %) davon stellten während der Pandemie mindestens ein AHE für ein RKI-Feldteam. Als Gründe für das Nichtstellen eines AHE gaben Behörden neben „keinem Bedarf“ (n = 56; 51 %), am häufigsten an, weder Erfahrungen mit (n = 29; 26 %) noch Kenntnis zu Prozessen von AHE (n = 27, 24 %) zu haben. Die 22 RKI-Feldeinsätze, zu welchen Feedback vorlag, fanden zwischen Februar 2020 und September 2021 statt; im Mittel wurden 12 GÄ und 3 LB für 4 Tage (IQR: 2,5-6,5) unterstützt; am häufigsten im Setting Alten-/Pflegeheim (n = 12). Anlass zur Unterstützungsanfrage gaben laut Behörden fehlende fachliche Expertise (n = 18) und personelle Ressourcen (n = 13) sowie politischer/öffentlicher Druck (n = 12). Für 15 Einsätze wurde angegeben, dass eine Vorbesprechung mit dem RKI stattfand, welche für 12 Einsätze in konkreten Ergebniserwartungen resultierten.

Bei 20 der 22 Einsätze waren die unterstützten Behörden mit dem RKI-Feldeinsatz zufrieden und für 19 Einsätze waren Rechtzeitigkeit und Dauer angemessen. Elf der 12 Einsätze mit Ergebniserwartung führten zu pünktlichen Ergebnissen. Positive Auswirkungen der RKI-Einsätze waren die „Beantwortung

epidemiologischer Fragestellungen/Erkenntnisgewinn“ (n = 18), „Wissensvermittlung“ (n = 16), die „Verbesserung von Arbeitsabläufen“ (n = 15) und die „Verringerung des politischen/öffentlichen Drucks“ (n = 15).

Schlussfolgerungen: Die überwiegende Mehrheit der Behörden war mit den COVID-19-Feldeinsätzen des RKI generell, ihrer Rechtzeitigkeit und den Ergebnissen zufrieden. Eine Vorbesprechung fand nicht immer statt, was bei der Entwicklung potentieller Leitfäden für RKI-Feldeinsätze berücksichtigt werden sollte, um Gelegenheit zur Abstimmung von erwarteten Ergebnissen zu geben. Bezüglich der Prozesse von AHE besteht im ÖGD Informationsbedarf. Das RKI ist angehalten, diese Lücke durch Schulungen bzw. Bereitstellung von Informationsmaterialien zu schließen.

Agiles Krisenmanagement – Stabsarbeit im öffentlichen Gesundheitsdienst

Autorinnen/Autoren A. Wehrhahn¹, D. Steuer¹, C. Lingk¹, C. Wiesmüller¹

Institut 1 Gesundheitsamt der Stadt Köln, Sachgebiet Strategie und Innovation, Fachbereich Krisenmanagement, Köln

DOI 10.1055/s-0044-1781981

Einleitung: In der Corona Pandemie zeigte sich deutlich, dass die Gesundheitsämter in Deutschland auf Pandemie und andere Krisenlagen nur schlecht vorbereitet waren. Aus diesem Grund wurde im Gesundheitsamt Köln das Sachgebiet Strategie und Innovation gegründet, zu dem auch das Aufgabengebiet Krisenmanagement zählt. Ziel ist es ein skalierbares und ein situationsübergreifendes Krisenmanagement zu entwickeln.

Material und Methoden: Das Projekt wird umfassend in seinen Teilbereichen dargestellt. Besonders soll dabei auf die, in den letzten Jahren entstandenen DIN-Normen und Empfehlungen im Bereich des Behördlichen Krisenmanagements eingegangen werden.

Konkret wird aufgezeigt welche Möglichkeiten und Potentiale sich mit der digitalisierten Stabsarbeit im Öffentlichen Gesundheitswesen ergeben. Am Beispiel von Köln soll aufgezeigt werden, wie Stabsarbeit in der Praxis aussehen kann. Ergänzend sollen die möglichen Schnittstellen mit anderen Gefahrenabwehrbehörden beschrieben werden.

Ergebnisse: In den letzten Monaten wurde ein Konzept für die digitalisierte Stabsarbeit im Gesundheitsamt Köln zur Krisenbewältigung geschaffen. Das entwickelte Gesamtkonzept besteht aus drei Hauptteilen:

1. Bereich der operativen Durchführung
2. Entwicklung eines theoretisch-praktischen Schulungsansatzes
3. Skalierbare IT-Infrastruktur, anpassbar an die lokalen Voraussetzungen inklusive einer Rückfallebene.

Die Herausforderungen bestanden im Bereich der operativen Anwendung darin, die Umsetzung von feuerwehrtechnischen & institutionellen Empfehlungen auf die Bedürfnisse eines modernen öffentlichen Gesundheitsdienstes anzupassen. Weitere Herausforderungen lagen im Bereich der Schulungen für das Stabspersonal, das in der Regel keine Vorerfahrung in diesem Bereich mitbringt. Abschließend stellte sich die Herausforderung eine IT-Systeminfrastruktur zu entwickeln welche mit möglichst geringen Investitionen betrieben werden kann, aber auch den Sonderlagen Rechnung trägt.

Schlussfolgerungen: Die Corona-Pandemie ist eine große Chance um den Aufbau von flächendeckend einheitlichen Krisenstrukturen im ÖGD in Deutschland voran zu treiben. Darum sollte im gegenseitigen Austausch ein übergreifend einheitliches Krisenmanagement etabliert werden, welches ausgangslagenunabhängig zu einem positiven Outcome beiträgt.

¹Gesundheitsamt der Stadt Köln, Strategie und Innovation, Neumarkt 15-21, 50667 Köln

Aufbau und Pflege eines Corona – Dashboards für die Entscheidungsträger der Landeshauptstadt München

Autorinnen/Autoren A. Klaus¹, C. Zollner², B. Springer², M. Schaffner³, S. Schmidt¹

Institute 1 Gesundheitsreferat Landeshauptstadt München; 2 Branddirektion München; 3 Hochschule München

DOI 10.1055/s-0044-1781982

In Zeiten globaler Gesundheitskrisen wie der COVID-19-Pandemie hat sich die Bedeutung von Echtzeitdaten und Informationsmanagement als entscheidend für effektive Krisenbewältigung erwiesen. Diese Arbeit beleuchtet die Schlüsselaspekte des Aufbaus und Betriebs eines Corona-Dashboards für den Krisenstab der Landeshauptstadt München, das als wegweisendes Instrument zur Informationsaggregation, -visualisierung und -analyse dient. Dieses Projekt ist ein Paradebeispiel für den erfolgreichen Einsatz modernster Technologien und datengetriebener Ansätze zur Bewältigung einer beispiellosen Gesundheitskrise.

I. Einführung

Die COVID-19-Pandemie hat die Welt vor Herausforderungen gestellt, die eine rasche und präzise Informationsverarbeitung erfordern. München als eines der größten kommunalen Gesundheitsämter Deutschlands stand vor der Aufgabe, eine effektive Lösung zur Bewältigung der Krise zu entwickeln. Ein entscheidender Schritt bestand in der Schaffung eines zentralen Corona-Dashboards, um den Krisenstab und andere Behörden mit aktuellen und genauen Daten zu versorgen.

II. Technologische Infrastruktur

Der Erfolg dieses Projekts basierte auf einer soliden technologischen Infrastruktur. Dies wurde mit ArcGIS Online der Firma ESRI realisiert. Das Tool ermöglichte die Echtzeitanalyse und -visualisierung von COVID-19-bezogenen Daten, einschließlich Infektionszahlen, Testergebnissen, durchgeführte Impfungen, Zahlen zur stationären Patientenversorgung, Situation in Einrichtungen wie Pflegeheimen und Schulen, der Stadtteilbezogenen Analyse von Infektionszahlen bis hin zur Übersicht über die aktuelle Studienlage.

III. Datenbeschaffung und -integration

Ein zentraler Aspekt dieses Dashboards war die kontinuierliche Aktualisierung und Integration von Daten aus verschiedenen Quellen, einschließlich Gesundheitsbehörden, Krankenhäusern, Testzentren und Laboren. Dies erforderte die Entwicklung von Schnittstellen und Datenpipelines, um sicherzustellen, dass die Informationen stets aktuell und zuverlässig waren.

Die Datenakquise und -aufbereitung erfolgte intern im Rahmen eines täglichen Tagesberichtes.

IV. Visualisierung und Berichterstattung

Das Herzstück des Dashboards war die Datenvisualisierung. Dies umfasste die Erstellung von interaktiven Grafiken, Karten und Berichten, die es den Entscheidungsträgern*innen ermöglichten, auf einen Blick den Verlauf der Pandemie und wichtige Trends zu erkennen. Dieses visuelle Instrument war von unschätzbarem Wert für die Kommunikation der umfangreichen Informationen und die Festlegung von Maßnahmen.

V. Nutzerakzeptanz und Schulung

Die erfolgreiche Implementierung des Dashboards hing auch von der Akzeptanz und Schulung der Nutzer*innen ab. Der Krisenstab und andere relevante Stellen wurden umfassend geschult, um das volle Potenzial des Dashboards auszuschöpfen und seine Daten interpretieren zu können.

VI. Ergebnisse und Ausblick

Das Corona-Dashboard für den Krisenstab der Landeshauptstadt München erwies sich als ein zentrales Instrument bei der Bewältigung der COVID-19-Pandemie. Die ständige Verfügbarkeit aktueller Daten und die leichte Interpretierbarkeit der Informationen trugen wesentlich dazu bei, effektive Maßnahmen zu ergreifen und die Bevölkerung zu schützen. Der Blick in die Zukunft zeigt, dass solche Dashboards auch in künftigen Gesundheitskrisen von unschätzbarem Wert sein werden.

VII. Fazit

Der Aufbau und Betrieb eines Corona-Dashboards für den Krisenstab der Landeshauptstadt München sind ein herausragendes Beispiel für den erfolgreichen Einsatz von Technologie und Datenanalyse zur Bewältigung einer globalen Gesundheitskrise. Die gewonnenen Erfahrungen führen dazu, dass in München eine vergleichbare Plattform für das Monitoring der gesundheitlichen Situation und allgemeiner Kennzahlen in den Bereichen des Gesundheitsschutzes, der Gesundheitsvorsorge und -versorgung aufgebaut wird. Dieses Vorhaben wird durch den Digitalisierungspakt ÖGD gefördert.

Digitalisierung 3

15:15 – 16:45 | Saal X.9

Erhebung der digitalen Kompetenz bei Mitarbeitenden eines Gesundheitsamtes im Rahmen eines Reallabors in Kooperation von ÖGD und Wissenschaft

Autorinnen/Autoren U. Stengele¹, D. Häske¹, E. Piontkowski¹, H. Richter¹, B. Joggerst¹

Institut 1 Gesundheitsamt Enzkreis – Stadt Pforzheim

DOI 10.1055/s-0044-1781983

Hintergrund: Bereits 2018 forderte die Gesundheitsministerkonferenz eine engere Zusammenarbeit zwischen ÖGD und Forschung. Im Rahmen des Verbundforschungsprojekts „Infektionsschutz. Neu.Gestalten“ (I.N.Ge) führt das Gesundheitsamt Enzkreis – Stadt Pforzheim in Kooperation mit dem Zentrum für Öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung Tübingen (ZÖGV) das Reallabor zum Themenschwerpunkt Digitalisierung durch.

Für die Zukunftsfähigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) einigten sich Bund und Länder auf Grund der Erfahrungen der Corona-Pandemie 2020 auf den „Pakt für den ÖGD“. Die Digitalisierung ist eine der fünf Säulen des Pakts. Im Zuge dessen wurde ein Reifegradmodell für den ÖGD entwickelt, das den Status der Digitalisierung des ÖGD durch Parameter wie Digitalisierungsstrategie, IT-Sicherheit oder Bürger*innenzentrierung definiert. Die Mitarbeitenden werden darin als zentraler Faktor für die Umsetzung der Digitalisierungsstrategie gesehen. Der Ausprägungsgrad dieses Faktors wird dabei mittels der Kriterien Sensibilisierung, Partizipation und der Organisation von Schulungen erhoben.

Ob die Digitalisierung im Setting eines Gesundheitsamtes gelingt, hängt unter anderem von den digitalen Kompetenzen der Mitarbeitenden ab.

Zielsetzung: Um im Bereich digitaler Anwendungen ein bedarfsgerechtes Schulungskonzept im Gesundheitsamt Enzkreis – Stadt Pforzheim zu entwickeln, sollen die digitalen Kompetenzen und Bedarfe der Mitarbeitenden ermittelt werden.

Methode: Mit Anwendung der Reallabormethodik wird transdisziplinär gearbeitet und somit die Kenntnisse aus Wissenschaft und praktischem Arbeitsalltag im Gesundheitsamt zusammengebracht. Das ZÖGV bringt hierbei die Perspektive und Kompetenzen aus der Wissenschaft ein. Die Projektgruppe, die aus Mitarbeitenden unterschiedlicher Bereiche des Gesundheitsamtes (IT, Verwaltung, Infektionsschutz, Gesundheitsförderung & Prävention, Amtsleitung) und des Landratsamtes Enzkreis (Personalentwicklung) besteht, steuert die Perspektive und Kompetenzen aus der praktischen Arbeit im ÖGD bei. Für die Erhebung der digitalen Kompetenzen findet eine quantitative Befragung der Mitarbeitenden mittels selbstentwickeltem Fragebogen zur Selbsteinschätzung anonym statt, sowie eine quantitative Befragung des IT-Supports. Ergänzt wird dies durch eine inhaltsanalytische Auswertung des Ticketsystems des IT-Supports.

Ergebnisse: Durch die partizipative Entwicklung der Erhebungsinstrumente mit der landratsamts-internen Projektgruppe konnten bereits wichtige Prozess-Erkenntnisse gewonnen werden. So ist nach Erfahrung der Mitarbeitenden in

der Projektgruppe die digitale Kompetenz bei vielen älteren Mitarbeitenden ein sensibles Thema. Die Befragung wurde daher mittels Fragebogen anonym durchgeführt. Zusätzlich scheint eine Option, an Schulungen anonym teilzunehmen zu können, sinnvoll. Ein großes Potenzial zur Verbesserung der digitalen Kompetenz wird im Bereich der allgemeinen Anwendungen, wie z.B. Excel, Word, E-Mail-Programm, etc. gesehen.

Konkrete Ergebnisse der Erhebungen zur digitalen Kompetenz werden zum Zeitpunkt des Kongresses vorliegen.

Diskussion: Die Ergebnisse der Erhebung digitaler Kompetenzen von Mitarbeitenden des Gesundheitsamts Enzkreis – Stadt Pforzheim können wertvolle Erkenntnisse für die bedarfsgerechte inhaltliche und organisatorische Gestaltung des Schulungsangebots liefern. Darüber hinaus wird im Sinne der Reallabor-Methodik ein Transfer der Ergebnisse auf andere Gesundheitsämter angestrebt.

Evaluation der Einführung der elektronischen Labor-meldung gemäß § 7 Abs. 1 IfSG über DEMIS (deutsches elektronisches Melde- und Informationssystem), 2022

Autorinnen/Autoren K. Röbl^{1,2}, C. Sievers², P. Oedi², B. Suwono², D. Altmann², A. Ullrich², M. Diercke²

Institute 1 Postgraduiertenausbildung für Angewandte Epidemiologie (PAE), Robert Koch-Institut, Berlin; 2 Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin

DOI 10.1055/s-0044-1781984

Hintergrund: Seit Jahresbeginn 2022 besteht die Pflicht zur elektronischen Meldung über das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) für Erregernachweise nach § 7 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG). Die Labore melden namentlich an die Gesundheitsämter. Im Gesundheitsamt werden Meldungen zum selben Fall zusammengeführt und anhand der Falldefinitionen bewertet und dieser Fall gemäß § 11 IfSG an das RKI übermittelt. In DEMIS kann zusätzlich gemäß § 14 Abs. 4 IfSG überprüft werden, ob sich die Meldungen auf denselben Fall beziehen. Dafür werden mittels verschiedener kryptografischer Verfahren aus den Angaben zum Namen, Geburtsdatum und dem Meldetatbestand Pseudonyme erstellt und pseudonymisierte Datensätze an das RKI übermittelt. Um evaluieren zu können, wie gut die Einführung der elektronischen Meldung erfolgt ist, werden die im Jahr 2022 über DEMIS erfolgten Labormeldungen sowie die an das RKI übermittelten Fälle mit Laborinformationen abgeglichen.

Methoden: Für ausgewählte Meldetatbestände aus dem Jahr 2022 haben wir wahrscheinlich zusammengehörige Labormeldungen anhand der Ähnlichkeit der Pseudonyme zu einem Cluster zugeordnet. Diese Cluster haben wir anhand der Identifier im Meldevorgang mit den an das RKI übermittelten Fällen verglichen. Eine deskriptive Analyse beschreibt die Anzahl und Größenverteilung der Cluster sowie den zeitlichen Abstand zwischen erstem und letztem Meldevorgang pro Cluster sowie den Anteil der an das RKI übermittelten Fälle, die Informationen zum Vorliegen einer elektronischen Meldung enthalten, und mögliche Mehrfachanlegungen von übermittelten Fällen.

Ergebnisse: Die Clustergrößen unterscheiden sich zwischen den untersuchten Meldetatbeständen. So enthalten die DEMIS-Cluster der Tuberkulose (MYT) zwischen 1-435 (Median: 27,5) Meldevorgänge, die der Salmonellen (SAL)- und Legionellen (LEG) 1-30 (Median: 11,5) bzw. 1-6 (Median 3,5) Meldevorgänge. Bei MYT reichen die zeitlichen Abstände zwischen erstem und letztem Meldevorgang je Cluster von 0,43 Sekunden bis 201 Tage, mit einem Median von 22 Tagen und einem Mittelwert von 31 Tagen. Diese Spannweite reicht bei SAL von 0,95 Sekunden bis 138 Tage (Median 4 Tage, Mittelwert 10 Tage) und bei LEG von 0,52 Sekunden bis 81 Tage (Median 1 Tag, Mittelwert 6 Tage). Von den an das RKI übermittelten MYT-Fällen enthielten 27 % (756/2806) eine über DEMIS gemeldete Laborinformation. Dieser Anteil lag bei den LEG- und bei den SAL-Fallmeldungen bei 28 % (481/1697) bzw. bei 33 % (3517/10727). Im Verlauf des Jahres 2022 zeigte sich ein Anstieg dieses Anteils von 1 % (LEG), 6 % (MYT) und 11 % (SAL) im Januar zu 41 % (LEG), 29 % (MYT) und 39 % (SAL) im Dezember

2022. Wir konnten keine DEMIS-Cluster mehr als zwei und lediglich 0,8 % zwei aktiven, die Referenzdefinition erfüllenden, übermittelten Fallmeldungen zuordnen. Je Meldetatbestand reichte der Anteil von zu nur einer einzigen aktiven, die Referenzdefinition erfüllenden Fallmeldung zugeordneten DEMIS-Clustern von 99,1 % (SAL) über 99,5 % (MYT) bis 99,7 % (LEG).

Schlussfolgerung: Der Anteil der übermittelten Fälle mit DEMIS-Laborinformationen ist im Laufe des Jahres 2022 gestiegen und wird durch die hier berichteten Werte vermutlich unterschätzt, da in älteren Versionen der Meldesoftware die DEMIS-Meldevorgangs-Identifier nicht übermittelt wurden, wodurch über DEMIS erfolgte Meldungen nicht identifizierbar sind. Mit im Median mehr Meldevorgängen bei MYT-Clustern als bei SAL- und LEG-Clustern spiegeln die Clustergrößen das erwartete Meldeverhalten der jeweiligen Meldetatbestände wieder. Einzelne auffallend große Cluster – möglicherweise bedingt durch technische Fehler – dürften die Qualität der übermittelten Meldedaten – etwa durch mehrfache Fallanlegung – nicht maßgeblich beeinträchtigt haben. Eine Ausweitung dieser Analyse auf die im ersten Halbjahr 2023 übermittelten Meldedaten ist geplant, um etwaige Steigerungen im Anteil der Fälle mit DEMIS-Information sowie eine weiterhin hohe Qualität der Meldedaten, die DEMIS-Labormeldungen enthalten, zu überprüfen.

Pakt ÖGD: Digitalisierung – Zwischenbilanz aus Baden-Württemberg

Autorinnen/Autoren D. Oriwol¹, J. Zettler², J. Krieger², B. Geisel¹

Institute 1 Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, Landesgesundheitsamt, Stuttgart; 2 RGE Unternehmensberatung, München

DOI 10.1055/s-0044-1781985

Zur Stärkung der Digitalisierung des ÖGD stellt der Bund bis 2026 bundesweit insgesamt 800 Millionen Euro zur Verfügung, die unter Berücksichtigung der konkreten Strukturen des ÖGD in den einzelnen Ländern zielgerichtet zum Einsatz kommen sollen. Zwei Jahre nach der Veröffentlichung des Förderaufrufs seitens des Bundesministeriums für Gesundheit (22. April 2022) ziehen wir aus Sicht von Baden-Württemberg eine Zwischenbilanz.

Die Fördermittel des Bundes sind dringend notwendig, um dem Handlungsbedarf auf Basis des langjährigen Digitalisierungsstaus im ÖGD gerecht zu werden sowie Strukturen weiterzuentwickeln bzw. aufzubauen. Hinzu kommen verschiedene demographische und sozioökonomische Rahmenbedingungen, welche den Bedarf nach effizienten, ressourcenschonenden Prozessen weiter erhöhen. Dazu gehören der demographische Wandel, der steigende Fachkräftemangel, das häufigere Auftreten von Krisen und die steigende Erwartungshaltung der Bürgerinnen und Bürger an die öffentliche Verwaltung. Das Digitalisierungsprojekt in Baden-Württemberg hat es sich zum Ziel gemacht, diese Faktoren aufzugreifen und den Digitalisierungsgrad aller Gesundheitsämter in Baden-Württemberg flächendeckend anzuheben und auf ein einheitliches Niveau zu bringen.

Die Initiative des Bundes ermöglicht damit einen großen Entwicklungssprung in der Digitalisierung für den ÖGD, fordert das Land und die Gesundheitsämter aber auch mit einem sehr anspruchsvollen zeitlichen Umsetzungshorizont. Mit den Projektmitteln (Pakt ÖGD) gelingt der Anstoß zur Vereinheitlichung der digitalen Prozess-Unterstützung, für eine nachhaltige Umsetzung sind jedoch bereits während des Projektes einige Herausforderungen zu meistern und Voraussetzungen für eine nachhaltige Nutzung in der Zukunft zu schaffen. Hierzu gehören u.a. der Mut zu langfristigen Entscheidungen bei Unsicherheit, eine dauerhafte Investitionsbereitschaft in die Digitalisierung und eine langfristige Kooperation zwischen den verschiedenen Ebenen des ÖGD (Gesundheitsämter, Regierungspräsidien und Sozialministerium) und wichtigen Stakeholdern in Baden-Württemberg (z. B. Kommunale Landesverbände, IT-Leitungen der Stadt- und Landkreise).

Der Vortrag wird entlang konkreter Beispiele auf die übergreifenden Erfolgsfaktoren sowie die „Lessons Learned“ zum aktuellen Projektstand eingehen.

Aktuelle Nutzung von DEMIS und Roadmap für die Weiterentwicklung

Autorinnen/Autoren D. Krause¹, M. Diercke²

Institut Robert Koch-Institut, Berlin

DOI 10.1055/s-0044-1781986

Das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) ermöglicht seit Juni 2020 bundesweit die elektronische Meldung gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG).

Folgende Funktionen sind bisher umgesetzt:

- Meldung von SARS-CoV-2 und weiteren Erregernachweisen gemäß § 7 Abs. 1 IfSG
- Meldung von COVID-19- gemäß § 6 Abs. 1 IfSG
- Meldung der belegten Betten auf Normalstation in Krankenhäusern gemäß § 13 Abs. 7 IfSG

Die Meldungen können entweder automatisiert über eine Schnittstelle oder über das DEMIS-Meldeportal erfolgen. In DEMIS wird automatisiert bestimmt, welches Gesundheitsamt die Meldung empfangen soll.

Seit Ende 2020 sind alle 376 Gesundheitsämter in Deutschland an die DEMIS-Infrastruktur angebunden und DEMIS wird in der Arbeitsroutine alltäglich eingesetzt. Seit Inbetriebnahme der Infrastruktur wurden über 50 Millionen Meldungen abgesetzt. Über die Schnittstelle können bereits über 830 Labore melden. Im Kontext der COVID-19-Pandemie wurden zudem über 200 Apotheken und 700 Testzentren bzw. Testzentrenbetreibende dazu befähigt, eine elektronische SARS-CoV-2-Erregernachweismeldung automatisiert, aus ihren individuell genutzten Softwareprodukten, an die Gesundheitsämter abzusetzen. Für alle, die in ihrer Software die Schnittstelle noch nicht umgesetzt haben, steht das Meldeportal als Alternative für die Meldung zur Verfügung. Dort können die Meldungen elektronisch über eine Online-Formular abgesetzt werden. Noch ist die Voraussetzung dafür die Anbindung an die Telematikinfrastruktur. Insgesamt sind über 90 % der Krankenhäuser an DEMIS angebunden.

Im Jahr 2024 soll der Kreis der Nutzerinnen und Nutzer sowie auch die in DEMIS zur Verfügung stehenden Funktionalitäten erweitert werden: Im Winter 2023/24 wird die DEMIS-Infrastruktur für weitere meldepflichtige Akteure und Einrichtungen, z.B. Schulen, Kitas und Gemeinschaftseinrichtungen, im Internet verfügbar gemacht und eine Authentisierung dieser Nutzerinnen und Nutzer über das Onlinezugangsgesetz ermöglicht. Darüber hinaus wird die Anbindung von niedergelassenen ärztlich tätigen Personen umgesetzt. Meldepflichten, denen derzeit noch nicht über DEMIS nachgekommen werden kann, wie z.B. die Meldung von Erregernachweisen gemäß § 7 Abs. 3 IfSG und § 7 Abs. 4 IfSG sowie über Krankheiten gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 und § 6 Abs. 1 Nr. 1a IfSG (über COVID-19 hinaus) werden in DEMIS integriert.

Da mit DEMIS eine sichere und nachhaltige Infrastruktur für den Informationsaustausch im Kontext des Infektionsschutzes aufgebaut wurde, sollen auch weitere Surveillancesysteme, wie z.B. die Antibiotika-Resistenz-Surveillance und die syndromische Krankenhaussurveillance, in DEMIS integriert werden. Über die Weiterentwicklung von DEMIS können Sie sich jederzeit via <https://wiki.gematik.de/display/DSKB> und demis@rki.de informieren.

27.04.2024

Facetten der KJGD – Aufgaben

09:00 – 10:00 | Saal X.1

Schulabsentismus im Rhein-Erft-Kreis: Arbeit und Wirkung einer spezialisierten Clearingstelle im Gesundheitsamt

Autorinnen/Autoren S. Cardinal von Widdern¹, K. Daun¹, N. Mahler¹, J. Mühlenmeister¹, F. Meyer¹

Institut 1 Gesundheitsamt Rhein-Erft-Kreis.de, Bergheim

DOI 10.1055/s-0044-1781987

Schulabsentismus umfasst diverse Verhaltensmuster nicht legitimer Schulversäumnisse und geht mit emotionalen und sozialen Entwicklungsrisiken, geringer Bildungspartizipation sowie einer erschwerten beruflichen und gesellschaftlichen Integration einher (nach Ricking & Albers, 2019). Zudem zeigen Untersuchungen, dass Schulabsentismus häufig mit manifesten psychischen Störungen einhergeht, insbesondere Angst-, depressive und Sozialverhaltensstörungen, oder sich diese im weiteren Verlauf zeigen (Finning et al., 2019; Gakh et al., 2020)

Nach übereinstimmenden Rückmeldungen vieler Lehrkräfte hat das Phänomen durch die Corona-Pandemie und die damit verbundenen Schulschließungen an Bedeutung zugelegt.

Das Gesundheitsamt des Rhein-Erft-Kreises hat Anfang 2021, gefördert durch den Landschaftsverband Rheinland (LVR), eine Clearingstelle für Schulabsentismus aufgebaut. Dort werden entsprechende Fälle niederschwellig exploriert und beraten sowie notwendige Hilfsmaßnahmen angebahnt. Innerhalb von drei Jahren wurden ca. 100 Schülerinnen und Schüler (SuS) durch die Clearingstelle betreut. Bei knapp der Hälfte der Kinder und Jugendlichen bestand die Schulvermeidung seit über einem Jahr und ein Teil war nur durch aufsuchende Arbeit erreichbar.

Kernstück der Clearingstelle ist es, ein abgestimmtes Vorgehen zwischen den verschiedenen Institutionen (Schule, Schulsozialarbeit, Jugendamt/Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Schulärztlicher Dienst u.a.) zu etablieren. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden im weiteren Verlauf verwendet, um vor Ort Früherkennung und Prävention zu stärken. Im November 2023 fand dazu eine Fachtagung im Rhein-Erft-Kreis statt.

Sprachentwicklungsstörungen bei mehrsprachigen Kindern – Zusatzscreening mittels Lise-DaZ® im Rahmen der Schulaufnahmeuntersuchung

Autorinnen/Autoren N. Schmitt¹, F. Bauer², J. Armann¹

Institute 1 Amt für Gesundheit und Prävention, Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit, Landeshauptstadt Dresden; 2 Amt für Gesundheit und Prävention, Landeshauptstadt Dresden

DOI 10.1055/s-0044-1781988

Hintergrund: Ziel der Schulaufnahmeuntersuchung ist es, Gesundheits- und Entwicklungsstörungen mit besonderer Bedeutung für einen erfolgreichen Schulbesuch frühzeitig zu erkennen und sowohl die zukünftigen Schüler*innen und deren Eltern sowie die Schulen entsprechend zu beraten. Sprachentwicklungsstörungen (SES) sind Teil der relevanten Entwicklungsstörungen. Mehrsprachigkeit ist keine Ursache von SES, diese lassen sich aber bei mehrsprachigen Kindern deutlich schwerer diagnostizieren. Zudem fehlen bei den meisten standardisierten Sprachtests Normwerte für mehrsprachige Kinder.

In Dresden kommt das Sozialpädiatrische Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen (SOPESS) zur Anwendung. Die Sprachteile des SOPESS sind weder kulturunabhängig noch separat an Kindern normiert, bei denen Deutsch nicht die alleinige bzw. Erstsprache ist. Im Falle von auffälligen Befunden im SOPESS lassen sich deshalb ohne Zusatzerhebungen keine zuverlässigen Aussagen bzgl. einer SES im Gegensatz zu einer nicht ausreichenden Exposition zur deutschen Sprache und damit zur Schulrelevanz ableiten. Durch die Normierung von LiSe-DaZ® an Kindern mit Deutsch als Zweitsprache können durch die ergänzende Linguistische Sprachstandserhebung – Deutsch als Zweitsprache (LiSe-DaZ®) Kinder identifiziert werden, bei denen die gezeigte Leistung rein durch die noch nicht ausreichende Kontaktzeit zum Deutschen erklärbar ist und bei denen damit trotz auffälliger Ergebnisse im SOPESS keine Schulschwierigkeiten zu erwarten sind.

Ziel: Die zusätzliche Anwendung von LiSe-DaZ® zur Schulaufnahmeuntersuchung erlaubt es, bei Kindern mit ausreichender Kontaktzeit zur deutschen Sprache genauer zu differenzieren zwischen einer Sprachentwicklungsstörung mit folglich sonderpädagogischem Förder- und Therapiebedarf und reinem Förderbedarf durch kontinuierliche deutsche Sprachangebote und Qualifizierung des Sprachumfelds.

Methode: Nach fachlichem Austausch mit der Autorin von LiSe-DaZ® wurde der Untertest „Verstehen von w-Fragen“ zur Schulaufnahmeuntersuchung bei Kindern mit nicht nur deutsch als Familiensprache im Anschluss an SOPESS pilotiert. Die Fachärzt*innen des KJÄD Dresden wurden vor und während der Anwendung von LiSe-DaZ® geschult. Ein Protokollbogen wurde entworfen und nach der Pilotierung angepasst. Zur Qualitätssicherung tragen die fachliche Begleitung durch Expertinnen, ein Leitfaden sowie monatliche Reflektionsgespräche im Team der Ärzt*innen bei. Die anamnestischen Angaben zur Sprachbiografie und Ergebnisse wurden deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse: Im Schuljahr 2022/23 erfolgte das Sprachverständnisscreening „Verstehen von w-Fragen“ des LiSe-DaZ® bei 56 Kindern im durchschnittlichen Alter von 6,1 Jahren zusätzlich zum SOPESS. 25 % dieser Kinder wachsen mit der Erstsprache arabisch, 20 % mit russisch gefolgt von 7 % ukrainisch und 5 % türkisch auf. Acht Kinder waren zum Zeitpunkt der Schulaufnahmeuntersuchung max. 12 Monate im Kontakt mit der deutschen Sprache, elf zwischen 13 und 24 Monaten und 37 länger als zwei Jahre. Bei 84 % der Kinder war anamnestisch mindestens eine Sprache altersgerecht entwickelt. Insgesamt wurden Kinder mit 20 verschiedenen Sprachen befundet. Bei 75 % der Kinder gibt es nur eine Sprache in der Kernfamilie.

Ca. 65 % der Kinder erreichten in den SOPESS-Teilen „Präpositionen“ und „Pluralbildung“ keine grenzwertigen oder unauffälligen Werte. Im Sprachverständnisscreening des LiSe-DaZ® waren 38 % der Kinder auffällig. Betrachtet man nur die 47 Kinder, in deren Familien kein Deutsch gesprochen wird, zeigten über 70 % in o.g. Teilen des SOPESS und 43 % im LiSe-DaZ® Auffälligkeiten. Den Teil „Pseudowörter nachsprechen“ des SOPESS schlossen in beiden Gruppen 23 % der Kinder mit auffälligen Werten ab.

Diskussion: Bei fast 30 % der Kinder ohne Deutsch als Familiensprache besteht nach auffälligen Befunden im SOPESS nach dem ergänzenden Screening „Verstehen von w-Fragen“ (LiSe-DaZ®) kein Anhalt für eine Sprachentwicklungsstörung, sondern die gezeigte Leistung ist durch die Förderdauer erklärbar. Für die Eltern, behandelnden Kinderärzt*innen, die Fachkräfte der Kita und vor allem die Schule ist diese Information relevant, da sie hilft, den individuellen Lern- und Förderbedingungen der zukünftigen Schüler*innen besser gerecht zu werden. Dazu können auf Basis der Ergebnisse der Subtests gezielte Förderempfehlungen ausgesprochen werden, so dass das letzte Jahr vor Schulaufnahme dem Anspruch entsprechen kann, die Kinder bestmöglich vorzubereiten. Die Erweiterung des Sprachscreenings bei der Subgruppe der Kinder mit nicht nur Deutsch als Erstsprache leistet einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen bei einer Subgruppe mit erschweren diagnostischen Möglichkeiten, die deshalb einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, nicht adäquat therapiert, gefördert und beschult zu werden.

Eine weiterhin unzureichende Einschätzung, ob die gezeigte Leistung durch den Lernstand erklärbar ist oder es Hinweise auf eine Sprachentwicklungsstörung gibt, ist bei Kindern mit einer zu kurzen systematischen Kontaktzeit zur deutschen Sprache möglich. Bei ihnen wird die wiederholte Durchführung nach 12-18 Kontaktmonaten mit dem Deutschen empfohlen.

Auf Grundlage der Ergebnisse wurden die Einschlusskriterien für die Durchführung des LiSe-DaZ® genauer definiert und der Einsatz bei allen betreffenden Kindern sowie von allen Ärzt*innen des KJÄD zum Schuljahr 2023/24 gestartet. Nach Abschluss der Schulaufnahmeuntersuchungen zu Jahresbeginn 2024 erfolgen die Auswertungen, die zum Kongress im April 2024 vorgestellt werden können.

Zahnmedizin – Block 7

09:00 – 12:00 | Saal X.2

Mundgesundheit bei bayerischen Vorschulkindern – Befragung im Rahmen der Gesundheits-Monitoring-Einheiten im Jahr 2018/2019

Autorinnen/Autoren A. Lüders¹, A. Heißenhuber¹, G. Hölscher¹, J. Huß², S. Kutzora², S. Heinze², I. Brockow¹

Institute 1 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Sachgebiet GP1: Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Sozialmedizin, Oberschleißheim; 2 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Sachgebiet AP3: Arbeits- und umweltbezogener Gesundheitsschutz, München

DOI 10.1055/s-0044-1781989

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung (SEU) finden im zweijährigen Turnus in vier bayerischen Gesundheitsämtern, zusätzliche Elternbefragungen zu verschiedenen gesundheitsrelevanten Themen von Vorschulkindern statt. Diese sog. Gesundheits-Monitoring-Einheiten (GME), umfassen die Untersuchungsregionen Landkreise Bamberg, Günzburg, Schwandorf und die Städte Bamberg und Ingolstadt.

Zur SEU für das Schuljahr 2019/2020 erhielten 5986 Eltern einen Fragebogen u.a. zum mundgesundheitsförderlichen Verhalten. Der Fragebogen wurde von 4008 Eltern ausgefüllt (Rücklaufquote 67 %). Ziel war es, einen Überblick über das Mundgesundheitsverhalten von bayerischen Kindern im Vorschulalter zu bekommen. Anhand der Art und Häufigkeit der Zahnreinigung sowie der Anzahl der jährlichen Zahnarztbesuche sollte erfasst werden, inwieweit die gängigen Empfehlungen zum Erhalt der Mundgesundheit umgesetzt werden. Als Einflussgrößen wurden der Migrationshintergrund und der Bildungsstand der Eltern erhoben.

Die Empfehlungen zum Erhalt der Zahngesundheit wurden bei den Vorschulkindern aus den beteiligten Regionen überwiegend gut umgesetzt: 82,5 % der Eltern, von denen ein Fragebogen vorlag, gaben an, dass die Zähne ihrer Kinder zweimal täglich geputzt werden, bei 87,4 % der Familien wurde dafür fluoridierte Zahnpasta verwendet. Bei 77,8 % der Kinder reinigte ein Erwachsener nach. Allerdings putzen 44,7 % der Kinder entgegen der Empfehlungen kürzer als zwei Minuten sowie nur 52,4 % der Kinder zum empfohlenen Zeitpunkt, also mindestens nach dem Frühstück und Abendessen, ihre Zähne. Nur etwa ein Viertel der Familien (23,3 %) setzte alle empfohlenen Maßnahmen zur Mundhygiene um. Die halbjährlichen zahnärztlichen Kontrolltermine nahmen 67,3 % der Kinder war.

Sowohl der Migrationshintergrund als auch der Bildungsstand hatten einen Einfluss auf die Umsetzung der Empfehlungen. Kinder mit Migrationshintergrund und Familien mit niedrigem Bildungsstand erfüllten seltener die Empfehlungen zur Mundhygiene. Die halbjährlichen zahnärztlichen Kontrolltermine wurden

von Familien mit Migrationshintergrund sowie von Eltern mit niedrigem Bildungsstand oder aber hohem Bildungsstand (Fachhochschul-, bzw. Hochschulabschluss) seltener in Anspruch genommen.

Die im Rahmen der GME durchgeführte Befragung zur Mundgesundheit bei Vorschulkindern ist die einzige aktuelle Befragung dieser Art in Bayern, auch wenn die antwortenden Eltern nicht unbedingt repräsentativ für die bayerische Vorschulpopulation sind. Sie kann als Datenbasis für die Entwicklung zielgruppenspezifischer Interventionen im Einschulungsalter ergänzend zu den bereits vorhanden individualprophylaktischen und gruppenprophylaktischen Maßnahmen dienen. Eine Möglichkeit wäre dabei die Entwicklung von Materialien zur Förderung der Mundgesundheit als Unterstützung für die Gesundheitsberatung.

GBE zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in Niedersachsen – Ein Rückblick für den Fortschritt

Autorinnen/Autoren N. Jahn¹, U. Junius-Walker, J. Kluba¹

Institut 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Niedersachsen e. V. (LAGJ)

DOI 10.1055/s-0044-1781990

Hintergrund: Die Durchführung der Gruppenprophylaxe ist in § 21 SGB V und spezifisch in der Niedersächsischen Landes-Rahmenvereinbarung geregelt. Die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe (GP) ist die reichweitenstärkste Präventionsmaßnahme des ÖGD in Deutschland. Im Fokus steht das mundgesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen. Alle durchgeführten Maßnahmen der Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie der Prophylaxefachkräfte im Zahnärztlichen Dienst (ZäD) werden dokumentiert. Die Übermittlung dieser Daten erfolgt an das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) und die Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege e. V. (LAGJ) im Rahmen der Jahresstatistik und der Dokumentationsvorlage der DAJ (A2-Bogen). Eine landesweite, gemeinsame Auswertung dieser Daten erfolgte bislang nicht.

Ziel: Darstellung der Anzahl gruppenprophylaktischer Maßnahmen und der Entwicklung des Gesundheitszustands der kindlichen und jugendlichen Gebisse in Niedersachsen unter Berücksichtigung vorliegender Limitationen in der Datenerhebung vor Einführung des Niedersächsischen Dokumentationsbogen (DJN) im Schuljahr.

Methode: Retrospektive Analyse querschnittlich erhobener Daten zu Messindikatoren der Gruppenprophylaxe der ZäD Niedersachsens aus den Untersuchungsjahren 2010/11 bis 2019/20. Die Auswertung der Daten aus zahnärztlichen Untersuchungen und Maßnahmen der Gruppenprophylaxe erfolgt altersgruppen- und einrichtungsstratifiziert.

Resultate: Über den Zeitraum 2010/11 bis 2019/20 wurden aggregierte Daten aus 38 bis 46 ZäD Niedersachsens für die Analyse herangezogen. Insgesamt konnten Informationen aus über zwei Millionen zahnärztlichen Untersuchungen sowie die Ergebnisse aus 9.144.180 erfolgten Kontakten im Rahmen der Gruppenprophylaxe-Maßnahmen ausgewertet werden. Im Ergebnis verbessert sich die Zahngesundheit stetig, dies jedoch soziostrukturell unterschiedlich stark. Behandlungsbedürftige Zahnschädigungen konzentrieren sich auf Kinder und Jugendliche in Grund-, Förder- und Hauptschulen. Um das Ziel des mundgesunden Aufwachsens für alle Gruppen zu erreichen, werden Gruppenprophylaxe-Maßnahmen vorrangig auf Kinder in Kindergärten und Förderschulen fokussiert.

Schlussfolgerung: Diese Auswertung bietet einen Überblick über die jährlichen Aktivitäten und Ergebnisse der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in Niedersachsen in den zehn Jahren vor Pandemiebeginn. Die dmf-t/DMF-T-Befunde bestätigen die Ergebnisse der DAJ-Studie 2015/2016. Bedingt durch das aggregierte Datenformat sowie das Fehlen von sozioepidemiologischen sowie klein-

räumigen Faktoren sind Erkenntnisse zur zielgruppenspezifischen Entwicklung der Zahngesundheit bislang nur limitiert möglich. Möglichkeiten, durch organisatorische und formale Anpassungen eine moderne Gesundheitsberichterstattung zur Zahngesundheit aufzubauen, welche auf einer zukünftig qualitativ hochwertigeren Datenbasis ruht, werden aufgezeigt und Maßnahmen zur Auflösung der Limitationen diskutiert [1–3].

Literatur

[1] NGÖGD

[2] SGB V § 21

[3] Rahmenvereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe in Niedersachsen vom 21.04.1993

Infektionsschutz – Block 4

09:00 – 10:20 | Saal X.3

Trichophyton tonsurans-Infektionen nach Barbershop-Besuch – Erkenntnisse aus der infektionshygienischen Überwachung

Autorinnen/Autoren A. Marcic¹, S. Freytag¹, K. Langen²

Institute 1 Amt für Gesundheit der Landeshauptstadt Kiel, Abteilung Infektionsschutz; 2 UKSH Kiel, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie

DOI 10.1055/s-0044-1781991

Einleitung: Im Juli 2023 ging im Amt für Gesundheit die Beschwerde eines Bürgers wegen aufgetretener Pilzinfektion am Hinterkopf nach Besuch eines Barbershops (Barbershop A) ein.

In Barbershops werden Tätigkeiten am Menschen ausgeübt, bei den Krankheitserreger, insbesondere blutübertragene Krankheitserreger, auf den Menschen übertragen werden können. Sie sind daher Adressaten der „Landesverordnung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten Schleswig-Holstein (HygieneVO)*“ und müssen gemäß § 2 Abs. 6 der HygieneVO einen Hygieneplan erstellen, in dem alle innerbetrieblichen Verfahrensweisen der Infektionshygiene schriftlich festgehalten werden [1]. Sie gehören zu den Einrichtungen, gemäß § 36 Absatz 2 infektionshygienisch überwacht werden können [2].

Im Zuge der Ermittlungen sind weitere Pilzinfektionen im Zusammenhang mit dem Besuch des Barbershops bekannt geworden. Ein Erregernachweis lag zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor, folgte jedoch im weiteren Verlauf bei insgesamt neun Patienten, die in der dermatologischen Klinik des Universitätsklinikums vorstellig wurden.

Es fand zunächst eine anlassbezogene infektionshygienische Überwachung des Barbershop A statt, der weitere Ortstermine zur Überprüfung des Hygienemanagements sowie der Aufbereitung der eingesetzten Materialien folgten. Die Situation gab Anlass zur Überwachung weiterer Barbershops inklusive hygienisch-mikrobiologischer Umgebungsuntersuchung.

Material und Methoden: Ortsbesichtigung: Überprüfung der Anforderungen nach der HygieneVO zur Verhütung übertragbarer Krankheiten inklusive Händehygiene, Aufbereitung von Arbeitsmaterialien (Rasierer, Kämme, Scheren), Flächenreinigung und -desinfektion, Aufbereitung von Textilien (Handtücher und Umhänge) und Abfallentsorgung.

Hygienisch-mikrobiologische Umgebungsuntersuchung in Zusammenarbeit mit der Klinik für Dermatologie des UKSH: Probenahme von Oberflächen (Ablagefläche für Rasierer, Schublade für Rasierer, vier verschiedene Rasierer und Kopfwaschbecken) mittels Bürsten und Abdruck auf Dermatophyten Selektiv-Agarplatten (enthält u.a. Cycloheximid und Gentamicin) ► Abb. 1, Bebrütung der Selektiv-Agarplatten bei 27 ° für 28 Tage.



► Abb. 1

Ergebnis: Die Anforderungen nach der HygieneVO, einschließlich der Anforderung VAH-gelistete Desinfektionsmittel einzusetzen, waren in Barbershop A nicht bekannt. Es lag kein Hygieneplan vor. Die Aufbereitung der Arbeitsmaterialien erfolgte z.T. mit einem Aldehyd-basierten Instrumentendesinfektionsmittel in sehr hoher Konzentration ohne vollständige Benetzung der aufzubereitenden Materialien. Die Flächen und einige Arbeitsmaterialien wurden mit handelsüblichen Drogerieprodukten und zusätzlich mit branchenüblichen Spezialreinigern behandelt. Handtücher wurden bei 40 ° gewaschen und maschinell getrocknet.

Die hygienisch-mikrobiologische Probenahme ergab in Barbershop A den Nachweis von *T. tonsurans* in drei von zehn untersuchten Proben.

Diskussion: Barbershops sind als Quelle von Infektionen mit *T. tonsurans* beschrieben [3, 4]. In Kiel trat im Juli 2023 eine Häufung von *T. tonsurans*-Infektionen auf, auf die das Gesundheitsamt zunächst durch eine Bürgerbeschwerde aufmerksam wurde. Im Zuge der Ermittlungen und anlassbezogenen Begehungen des betroffenen Barbershops wurden grundlegende Hygienemängel festgestellt, die auf Unwissenheit bezüglich der geltenden Anforderungen zurückzuführen waren. Gleichzeitig lag eine gute Kooperationsbereitschaft des Barbershopinhabers vor. Die rechtlichen und fachlichen Anforderungen an Gewerbe, die Tätigkeiten am Menschen ausüben, bei denen Krankheitserreger auf den Menschen übertragen werden können, waren nicht bekannt. Dementsprechend wurden Lücken im Hygienemanagement festgestellt, die insbesondere im Hinblick auf die Aufbereitung und Flächendesinfektion mit einem Infektionsrisiko verbunden sind.

T. tonsurans ist als Dermatophyt weltweit verbreitet. Eine Übertragung zwischen Menschen kann direkt durch infektiöse Hautschuppen erfolgen. Im beschriebenen Fall wurde die indirekte Übertragung durch Arbeitsmaterialien und Flächen im Zusammenhang mit einem Barbershopbesuch untersucht. *T. tonsurans* wurde in drei Umgebungsproben aus Barbershop A nachgewiesen. Der Nachweis auf Rasierern und in einer Schublade zur Ablage von Rasierern bestätigt die unzureichende Aufbereitung der Materialien und Flächen und unterstreicht den Handlungsbedarf. Die Beseitigung der Hygienemängel wurde im Zuge weiterer Ortsbesichtigungen überprüft.

Musterhygienepläne beinhalten als Anforderungen an die Aufbereitung von Arbeitsmaterialien eine Desinfektion nach jedem Kunden in der Regel nur bei sichtbarer Verunreinigung mit Blut oder Sekreten. Ansonsten ist routinemäßig eine arbeitstäglige Desinfektion vorgesehen. Diese Anforderung wird dem Infektionsrisiko durch *T. tonsurans* nicht gerecht. Zur Minimierung des Übertragungsrisikos müssten die eingesetzten Geräte nach jedem Kunden desinfiziert werden.

Die Situation gab Anlass, weitere Barbershops infektionshygienisch zu überwachen.

In den überwachten Barbershops waren weder die rechtlichen Regelungen zu Anforderungen an die Hygiene, noch die inhaltlich erforderlichen Maßnahmen

bekannt. Insgesamt bestand eine Kooperationsbereitschaft seitens der Barbershopinhaber und ein grundsätzliches Interesse daran, die Anforderungen einzuhalten und potenzielle Infektionsquellen auszuschalten.

Barbershops erhalten nach unseren Erfahrungen bei der Gewerbeanmeldung und Aufnahme der Tätigkeit keine ausreichende Informationsgrundlage, auf der die erforderlichen Hygienemaßnahmen festgelegt werden können.

Fazit: Von Barbershops kann eine relevante Infektionsgefahr, nicht nur für Erreger blutübertragener Infektionen, ausgehen. Sie sollten regelhaft Informationen zu Hygieneanforderungen im Zusammenhang mit der Gewerbeanmeldung erhalten und in die Planung für die (stichprobenartige) infektionshygienische Überwachung von Einrichtungen nach § 36 Absatz 2 IfSG durch das Gesundheitsamt einbezogen werden. Im Fokus der Überwachung sollte die Aufbereitung (Rasierer) und der Umgang mit diesen sowie die Desinfektion relevanter Flächen stehen. Die Anforderungen an die Aufbereitungsfrequenz müssen angesichts des Infektionsrisikos mit *T. tonsurans* erhöht werden.

Literatur

- [1] Landesverordnung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten Schleswig-Holstein (HygieneVO) <https://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/bssh/document/jlr-SeuchVSH2007rahmen/part/X>
- [2] Infektionsschutzgesetz https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/_36.html
- [3] Müller VL et al. Tinea capitis et barbae caused by Trichophyton tonsurans: A retrospective cohort study of an infection chain after shavings in barber shops. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/myc.13231>
- [4] Bascón L et al. Outbreak of Dermatophyte Infections on the Head and Neck Related to Shave Haircuts: Description of a Multicenter Case Series. <https://www.actasdermo.org/es-pdf/S0001731023002934>

Herausforderungen bei der hygienischen Aufbereitung von Hilfsmitteln in der außerklinischen Intensivpflege

Autor P. Ziech

Institut Niedersächsisches Landesgesundheitsamt

DOI 10.1055/s-0044-1781992

Hintergrund: Aufgrund medizinischer und technischer Fortschritte konnte die Prognose der Patienten mit chronischer Atemschwäche, der respiratorischen Insuffizienz, in den letzten Jahren stetig optimiert werden. Die beatmeten Patienten werden nach der Krankenhausbehandlung entweder in einem spezialisierten Pflegeheim, im eigenen häuslichen Umfeld oder in Wohngemeinschaften pflegerisch und medizinisch betreut. Experten beobachten in Deutschland eine rasante Zunahme aufwendig zu versorgender Patienten in der häuslichen Krankenpflege und gehen von 15.000 bis 30.000 tracheotomierten Patienten aus. Diese werden grundsätzlich entweder in Pflegeheimen oder in der privaten Häuslichkeit durch ambulanten Pflegedienst versorgt. Eine weitere Versorgungsform stellt die sogenannte Intensiv-Wohngemeinschaft dar, die ein gemeinschaftliches Zusammenleben mehrerer betroffener Patienten beschreibt. Die pflegerische Versorgung erfolgt hier durch einen oder mehrere Pflegedienste (freie Anbieterwahl).

Die betroffenen Patienten der außerklinischen Intensivpflege unterscheiden sich vor allem auch hinsichtlich der hohen Device-Raten vom traditionellen Patientenkollektiv, wo Grund- und einfache Behandlungspflege im Vordergrund stehen. Studien zu Folge haben mind. 32 % eine Trachealkanüle. In der außerklinischen Patientenversorgung sind nur Hilfsmittel und Medizinprodukte über die Krankenkasse abrechenbar, die durch den Spitzenverband der Krankenkassen zugelassen sind. Ein entsprechender Anforderungskatalog sieht beispielsweise vor, dass jeder Patient Anspruch auf mindestens zwei Trachealkanülen (zum routinemäßigen Kanülenwechsel und eine Trachealkanüle in einer kleineren Größe, sollten Komplikationen beim Trachealkanülenwechsel auftreten) gleichzeitig hat. Außerdem muss die Kanüle so ausgelegt sein, dass sie mehrfach gereinigt werden und über einen Zeitraum von mindestens 29 Tagen mehrfach vom Versicherten verwendet werden kann. Derzeit werden in der außerklinischen Versorgung TK (mit und ohne Cuff oder subglottischer Absau-

gung) sowie ihre Innenkanülen durch die Anwender aufbereitet. Bei der Infektionshygienischen Risikobewertung ist zu berücksichtigen, dass die MP hier i.d.R. ausschließlich patientenbezogen (Einpatientenprodukte) verwendet werden.

Daher ist die hygienische Aufbereitung von verwendeten Medizinprodukten ist für Patienten, die außerhalb eines Krankenhauses ambulant gepflegt werden, von enormer Wichtigkeit. Sofern eine Aufbereitung erfolgen soll, müssen dafür auch geeignete Herstellerangaben vorliegen. Doch nicht immer gibt es dafür klare und unmissverständliche Regelungen seitens der Hersteller. Darüber hinaus fehlt es in der privaten Häuslichkeit oft an geeigneter räumlich-technischer Ausstattung und Personal-Qualifikation, um die Medizinprodukte entsprechend der Vorgaben aufzubereiten. Es zeigt sich an vielen Fallbeispielen, dass die hygienische Aufbereitung von Trachealkanülen und anderen Medizinprodukten in der außerklinischen Intensivpflege bisher nicht ausreichend geregelt ist. In dem Kongressbeitrag wird auf einzelne Medizinprodukte eingegangen, die täglich in der Häuslichkeit aufbereitet werden.

Methodik: Der Vortrag basiert auf einer ausgiebigen Literatur- und Internetrecherche sowie auf Erfahrungsberichten der betroffenen Patienten und versorgenden Intensiv-Pflegedienste. Diese Praxisberichte wurden mit den rechtlichen und fachlichen Vorgaben verglichen. Es wurde gemeinsam mit Fachgesellschaften eine Muster-SOP erstellt, die im Rahmen des Vortrags vorgestellt und zur Diskussion gestellt werden kann.

Fazit: Die Vorgaben der KRINKO-BfArM-Empfehlung gelten grundsätzlich unabhängig vom Ort der Durchführung der Aufbereitung. Es zeigt sich aus diesem und ähnlichen Fallbeispielen, dass die hygienische Trachealkanülaufbereitung in der ambulanten Intensivpflege bisher nicht ausreichend geregelt ist. Sofern eine Aufbereitung dennoch erfolgen soll, müssen dafür auch geeignete Herstellerangaben vorliegen. Dies ist bisher kaum flächendeckend der Fall. Die Einhaltung des Medizinprodukterechts ist auch an den Versorgungsschnittstellen sehr schwierig.

Die MP-Aufbereitung scheint aus ökonomischen und ökologischen Gründen auch im häuslichen Bereich dringend erforderlich zu sein.

Allerdings sind die Zuständigkeiten für die MP-Aufbereitung in der häuslichen Versorgung nicht immer klar geregelt und transparent.

Während in der häuslichen Einzelversorgung eine „Ein-Patienten-Nutzung“ sichergestellt ist, wären Verwechslungen von patientenbezogenen MP in Einrichtungen, wie der WG, grundsätzlich denkbar.

Es fehlt in der häuslichen Versorgung an baulich-technischer Ausstattung für eine sachgerechte MP-Aufbereitung.

Es fehlt dem Personal an geeigneter Fach- und Sachkunde, um die MP richtig aufzubereiten. Dafür existieren bisher nicht einmal geeignete Kursangebote. Es fehlt an geeigneten Herstellerangaben, damit eine sachgerechte MP-Aufbereitung im häuslichen Bereich erfolgen kann.

Es gibt noch viele Fragen zu klären, die möglichst im breiten, fachlichen Konsens beantwortet werden sollten. Der Kongressbeitrag soll dazu einen ersten Impuls für die fachliche Diskussion geben.

Die behördliche Überwachung von Wohngemeinschaften der außerklinischen Intensivpflege in der kreisfreien Stadt Jena

Autorinnen/Autoren S. Dietsch¹, S. Tahir²

Institute 1 Stadtverwaltung Jena, Fachdienst Gesundheit, Team Hygiene;

2 Thüringer Landesamt für Verbraucherschutz, Dezernat 21 | Technischer Verbraucherschutz, Marktüberwachung

DOI 10.1055/s-0044-1781993

Hintergrund: Ambulante Pflegedienste, die außerklinische Intensivpflege (AKI) anbieten, unterliegen auch an Orten, an denen pflegerische Tätigkeiten der Intensivpflege erbracht werden, der Infektionshygienischen Kontrolle durch die Gesundheitsämter.

In der kreisfreien Stadt Jena gibt es 4 Standorte der außerklinischen Intensivpflege, welche nach dem Thüringer Wohn- und Teilhabegesetz (ThürWTG) als

nicht selbstorganisierte ambulant betreute Wohnformen eingestuft sind. Charakteristisch in der Versorgung von Intensiv-Pflegebedürftigen ist eine hohe Anwendungsrate von aktiven und nicht-aktiven Medizinprodukten.

Der zuständigen Behörde für das Medizinprodukterecht (MPDG, MPBetreibV) fehlt aktuell die gesetzliche Begehungsgrundlage für eine reguläre, routinemäßige Kontrolle in den Beatmungs-WGs. Daraus resultierend, erfordert es ein Amtshilfeersuchen seitens der Gesundheitsämter an die zuständigen Behörden für die Umsetzung des Medizinprodukterechts und der KRINKO-/BfArM-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ beim Feststellen von Mängeln im Umgang mit Medizinprodukten und bei deren Aufbereitung.

Der Kongressbeitrag gibt einen Einblick in das Zusammenwirken verschiedener Institutionen im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Überwachung der außerklinischen Intensivpflegedienste in der kreisfreien Stadt Jena. Es werden die Rollen der verschiedenen Akteure, u. a. der ambulanten Pflegedienste, der Hersteller von Medizinprodukten sowie der Behörden hinsichtlich Ihrer Rechte und Pflichten, Befugnisse und Handlungsoptionen beleuchtet sowie kritische Sachverhalte in Beatmungs-WGs herausgestellt.

Methodik: Der Fachdienst Gesundheit der Stadt Jena und das Thüringer Landesamt für Verbraucherschutz | Technischer Verbraucherschutz (Amtshilfeersuchen) führten anhand Ihrer Zuständigkeiten behördliche Kontrollen in den außerklinischen Intensivpflegestätten der kreisfreien Stadt Jena durch. Es wurden kritische Punkte bezüglich der Versorgung der Intensiv-Pflegebedürftigen in Hinblick auf die Patientensicherheit, die verwendeten Medizinprodukte, die räumlich-strukturellen Bedingungen und den gesetzlichen Anforderungen (Infektionsschutzgesetz, Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz, Medizinprodukte-Betreiberverordnung) aufgearbeitet.

Ergebnisse: Für eine sichere Aufbereitung von Medizinprodukten entsprechend der KRINKO-/BfArM-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) bedarf es Herstellerangaben (DIN EN ISO 17664), welche bei der Anwendung durch ambulante Pflegedienste eine Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben ermöglicht und sicherstellt. Dies ist aktuell nur unzureichend gegeben.

Die hohe Anwendungsrate von Medizinprodukten, wie z. B. Heimbeatmungsgeräten, Absauggeräten, Sauerstoffkonzentratoren, Ernährungspumpen oder Trachealkanülen verschiedenster Hersteller mit unterschiedlichen Herstellerangaben erfordert eine behördlich-fachliche Überwachung. Somit bedarf es einer Begehungsgrundlage im Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz für Routinekontrollen der im Medizinprodukterecht zuständigen Behörden. Aktuell sind bei Hygienedefiziten in der Aufbereitung von Medizinprodukten zwingend Amtshilfeersuchen durch die Gesundheitsämter erforderlich.

Unter Berücksichtigung der Besonderheiten der AKIs ist ein bundesweit einheitliches behördliches Agieren sicherzustellen.

Die (Hilfsmittel-)Versorgung von Intensiv-Pflegebedürftigen ist ein komplexer Prozess mit einer Vielzahl von Akteuren, sodass die Anforderungen beim richtigen Adressaten unter Anwendung des gesetzlichen Rahmens einzufordern sind.

Verbrauch von systemischen Antibiotika im ambulanten Sektor im Kontext der WHO Klassifikation – bundesweite Unterschiede in 6 Facharztgruppen, Deutschland 2019–2022.

Autorinnen/Autoren S. B. Schink^{1,5}, A. Mlaoui-Müller^{2,5}, W. Wittmüß², R. Markwart³, A. Reuss⁴, M. Abu Sin¹, T. Eckmanns¹, J. Schleeff^{2,6}, J. Hermes^{1,6}

Institute 1 Robert Koch-Institut, Nosokomiale Infektionen, Surveillance von Antibiotikaresistenz und -verbrauch, Berlin; 2 GKV-Spitzenverband, Berlin; 3 Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena, Jena; 4 Ministerium für Justiz und Gesundheit, Kiel; 5 gemeinsam Erst;

6 Letztautor:in

DOI 10.1055/s-0044-1781994

Hintergrund: Um den sachgemäßen Einsatz von Antibiotika zu unterstützen, hat die WHO im Jahr 2017 die AWaRe (Access, Watch, Reserve) Klassifikation für Antibiotika vorgestellt, die seit 2021 insgesamt 258 Antibiotika einstuft [1]. Bei Watch und Reserve handelt es sich tendenziell um Breitspektrantibiotika. Das von der WHO gesetzte Ziel ist, dass mindestens 60 % des nationalen Antibiotikaverbrauchs aus der Access-Kategorie und möglichst wenig aus der Reserve-Kategorie verordnet werden sollen.

Seit Juli 2023 wird im Rahmen der quartalsweisen individualisierten GAmSi-Berichterstattung des GKV-Spitzenverbandes Ärzt:innen der sechs Facharztgruppen mit der höchsten Anzahl von Verordnungen von systemisch-wirksamen Antibiotika (Hausärzt:innen, Internist:innen, Pädiater:innen, Gynäkolog:innen, HNO-Ärzt:innen und Urolog:innen) ein Feedback im Vergleich zur eigenen Fachgruppe zur Verfügung gestellt. Die Distribution der Berichte erfolgt über die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen zur Weiterleitung an ihre Vertragsärzt:innen.

Methode: Wir haben die AWaRe-Klassifikation auf die Antibiotika-Abrechnungsdaten des GKV-Spitzenverbandes den Jahren 2019 bis 2022 angewendet. Die amtliche KM-6-Statistik (2023) [2] des Bundesministeriums für Gesundheit wurde für die Anzahl der gesetzlich-versicherten Personen pro Bundesland verwendet.

Wir berechneten Antibiotikaverordnungsraten pro Bundesland, Anteil der Access-Verordnungen pro Bundesland und pro Facharztgruppe, sowie die Häufigkeit der einzelnen J01-Substanzen (Antibiotika zur systemischen Anwendung) für die Jahre 2019-2022 mit Stata 17.

Ergebnisse: Fast alle ambulanten Verordnungen an gesetzlich-versicherte Personen in Deutschland (98,7 %) können mit der aktuellen AWaRe-Klassifikation eingeordnet werden. Fosfomycin (oral) wurde als „watch“ Substanz von der Auswertung nach AWaRe-Klassifikation ausgeschlossen, weil es für unkomplizierte Harnwegsinfekte eine Erstlinienempfehlung in Deutschland ist. Bundesweit hat sich der Access-Anteil unter allen ambulanten Verordnungen von 50,9 % (2019) auf 55,5 % (2022) erhöht; das WHO Ziel von mindestens 60 % wurde im ambulanten Bereich nicht erreicht.

Die sechs Facharztgruppen decken 88 % aller systemischen Antibiotika-Verordnungen im ambulanten Bereich ab und unterscheiden sich in ihrem Verordnungsverhalten entsprechend der Patient:innen-Population: Im Jahr 2022 lag der Anteil der Verordnungen aus der Access-Kategorie im hausärztlichen Bereich bei 52,5 % (Steigerung um + 3,9 % im Vergleich 2019), bei hausärztlich-tätigen Internist:innen 55,0 % (+ 5,1 %), HNO-Ärzt:innen 60,5 % (+ 3,9 %), Pädiater:innen 59,3 % (+ 4,3 %), Gynäkolog:innen 63,1 % (+ 4,4 %) und Urolog:innen 53,7 % (+ 5,0 %).

Der Anteil der Access-Verordnungen in den sechs Facharztgruppen lag 2022 bundesweit bei 54,7 % und hat sich seit 2019 um + 4,4 % gesteigert. Im Bundesländervergleich liegt Mecklenburg-Vorpommern am niedrigsten mit 46,5 %, (+ 4,1 % seit 2019) gefolgt von Sachsen-Anhalt mit 46,6 % (+ 2,9 %). Hamburg 59,8 % (+ 4,9 %) und Bremen 63,7 % (+ 4,2 %) hatten die höchsten Anteile. Hier zeigte sich, dass mit Ausnahme von Berlin in den östlichen Bundesländern sowie in Rheinland-Pfalz und in Hessen ein niedrigerer Anteil von Antibiotika aus der Access-Kategorie gewählt wurden.

Die Anzahl der durchschnittlichen J01-Verordnungen in den sechs Facharztgruppen lag im Jahr 2022 bei 289 pro 1.000 gesetzlich-versicherten Personen und reduzierte sich um 21,5 % seit 2019. Im Bundesländervergleich lag dieser Wert im Saarland mit 350/1.000 am höchsten, und zeigte die größte absolute Reduktion im Vergleich zu 2019 (-21,5 %) gefolgt von Nordrhein-Westfalen mit 331/1.000 (-15,1 %). In Sachsen mit 224/1.000 (-13,7 %) und in Brandenburg mit 205/1.000 (-15,9 %) wurden die wenigsten J01-Antibiotika verordnet. In allen westlichen Bundesländern wurden mehr J01-Antibiotika pro gesetzlich-versicherter Person verordnet.

Am häufigsten wurden im Jahr 2022 von den sechs Facharztgruppen die J01-Antibiotika Amoxicillin (3,49 Mio.), Cefuroxim (2,32 Mio.), Azithromycin (2,13 Mio.) und Amoxicillin/Clavulansäure (2,07 Mio.) verordnet. Starke Abnahmen gegenüber 2019 fanden sich in den Top-12 bei Phenoxymethylpenicillin, Ce-

furoxim und Ciprofloxacin um etwa -30 %, während sich der größte Anstieg um + 180 % bei Pivmecillinam zeigte.

Limitationen: Es wurde keine Umrechnung in Daily Defined Doses vorgenommen. Die Daten enthalten zudem keine Information zu Diagnosen und Geschlecht der Patient:innen.

Empfehlung: Fachärzt:innen der sechs verordnungstärksten Gruppen decken mehr als 88 % der Verordnungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung ab und stellen daher eine besondere Zielgruppe für Antibiotic-Stewardship-Maßnahmen dar.

Während sich das Verordnungsverhalten qualitativ und quantitativ in den letzten Jahren verbesserte, weisen regionale Unterschiede – höhere Verschreibungsraten in westlichen Bundesländern und höheren Anteil von Breitspektrantibiotika in östlichen Bundesländern – Optimierungsmöglichkeiten auf. Individuelles Feedback in den GAmSi-Berichten soll Ärzt:innen unterstützen, das eigene Verordnungsverhalten kritisch zu reflektieren. Die Berichte könnten zudem als Grundlage für einen kollegialen Austausch herangezogen werden, um das Verordnungsverhalten in der eigenen Fachgruppe zu stärken.

Literatur

[1] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte

[2] <https://www.who.int/publications/i/item/2021-aware-classification>

Kommunale Gesundheitsförderung

09:00 – 10:30 | Saal X.4

Erfahrungsberichte Kommunale Gesundheitsförderung

Autorinnen/Autoren B. Bokhof², D. Cremer², L. Steiner², L. Schürstaedt², M. Uzun², S. Dräger², H. Klassen², P. Orlt², G. Philippi², J. Borutta², J. Duwe², S. Ahr², S. Bothe-Mittag², A. Zaki², A. Händlmeyer², K. Böhm², E. Beck², S. Kümek¹, M. Metz², K. Moritz², F. Rübenkönig², M. Sprünken², V. Wildförster², C. Kloppe², B. Anger², S. Weiss², L. Wilke², A. Winkelmann²
Institute 1 Freie und Hansestadt Hamburg, Amt für Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention; Hamburg; 2 Weitere beteiligte Institutionen: Gesundheitsamt für die Stadt und den Landkreis Göttingen, Gesundheitsamt Hamm, Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt Bielefeld, Gesundheitsamt Trier-Saarburg, Öffentlicher Gesundheitsdienst Landeshauptstadt Potsdam, Gesundheitsamt Region Kassel, Gesundheitsamt Bochum, Region Hannover, Fachbereich Gesundheitsmanagement. Freie und Hansestadt Hamburg; Gesundheitsämter der Bezirke Hamburg-Mitte, Eimsbüttel, Hamburg-Nord, Harburg, Bergedorf
DOI 10.1055/s-0044-1781995

Hintergrund: Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) übernimmt in seinem breiten Aufgabenspektrum auch Aufgaben der Gesundheitsförderung. Im Sinne eines modernen ÖGD kann dieser in diesem Kontext impulsgebend bzw. initiiierend wirken und dabei Aufgaben der Vernetzung und Moderation oder auch Koordination und Steuerung übernehmen[1]. Auch im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes wird eine Regelung der Zusammenarbeit mit dem ÖGD explizit eingefordert[2].

Dabei kommt der kommunalen Gesundheitsförderung in zweierlei Hinsicht eine besondere Rolle zu. Zum einen bietet diese die Möglichkeit, Menschen in ihren Lebenswelten zu erreichen und durch verhältnis- und verhaltenspräventive Angebote auf eine gesundheitliche Chancengerechtigkeit in der Kommune hinzuwirken. Zum anderen ermöglicht die Verankerung einer Steuerung der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene die Entwicklung und Umsetzung kommunaler Strategien, die bedarfsgerechte, lebensweltorientierte und aufeinander abgestimmte Angebote und Strukturen der Gesundheitsförderung einhalten.

Nicht nur aufgrund unterschiedlicher Gesetzgebungen der Länder (u.a. in den Gesundheitsdienstgesetzen) ist die Ausgestaltung in den Kommunen sehr vielfältig und bringt demnach auch unterschiedliche Entwicklungspotentiale mit sich. Gleichzeitig gibt es bundesweit viele Beispiele, die im Bereich Kommunale Gesundheitsförderung arbeiten.

Inhalte/Ziele: Die Sammlung von Abstracts soll im Rahmen eines Workshops/ einer Posterpräsentation als Poster präsentiert werden.

Durch die avisierten Posterpräsentationen soll die Bandbreite der Arbeit der kommunalen Gesundheitsförderung dargestellt und ein Erfahrungsaustausch unter den Kommunen ermöglicht werden.

Die Poster werden sich je nach Schwerpunktsetzung in der Kommune auf einen der folgenden Aspekte fokussieren:

Angebote der Verhaltens- und Verhältnisprävention
Strukturaufbau

Integrierte Kommunale Strategien

Diese werden gegliedert nach: Aktueller Stand, Erfolge, Herausforderungen und Entwicklungschancen

Erfahrungsbericht

Autor B. Bokhof

Institut Gesunde Stadt Hamm

DOI 10.1055/s-0044-1781996

In Hamm werden partizipativ stadtteil-/lebenswelt-/verhältnisbezogene Bedarfe erhoben, um stadtweit gesundheitsförderliche Strukturen weiterzuentwickeln. Gemäß dem „Health-in-all-policies“-Ansatz werden Bürger:innen aller Altersgruppen u.a. befragt, wie lebenswert sie ihre Umgebung empfinden. Für die Zielgruppe der Kinder/Jugendliche aus psychisch/suchterkrankten Familien werden Zugänge zu verhaltensbezogenen, resilienzstärkenden Angeboten geschaffen, Multiplikator:innen geschult und Stigmatisierung und Tabuisierung durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit entgegengewirkt.

Das Zusammenspiel aller Akteure vor Ort, der Wille zur kommunalen Verstärkung o.g. GKV-Förderprogramme sind für eine gelingende Umsetzung von Verhaltens-/Verhältnisprävention unabdingbar.

Gesund in Bielefeld

Autorinnen/Autoren D. Cremer, L. Steiner, L. Schürstaedt, M. Uzun

Institut Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt Bielefeld

DOI 10.1055/s-0044-1781997

In Bielefeld liegt der Fokus auf verhaltenspräventiven, niedrigschwelligen und meist stadtteilbezogenen Projekten oder Kampagnen. Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit und Gesundheitskompetenz stellen die Schwerpunktthemen der Maßnahmen dar, bei denen von Säuglingen bis hin zu älteren Menschen meist vulnerable Gruppen in unterschiedlichen Lebenswelten erreicht werden. Eine Bedarfs-, Bestands- und ggf. Bedürfniserhebung (mit Partizipation der Zielgruppen) sowie die Vernetzung und Kooperation mit Akteur*innen aus den Stadtteilen oder stadtweit tragen u.a. zum Erfolg eines Projektes bei. Die langfristige Verstärkung von Projekten und das detaillierte Monitoring von Präventionslücken bzw. deren Schließungen stellen hingegen erlebte Herausforderungen dar.

„Gesundheit gemeinsam fördern“ – Landkreis Trier-Saarburg

Autorinnen/Autoren S. Dräger, H. Klassen, P. Orlt, G. Philipp

Institut Gesundheitsamt Trier-Saarburg

DOI 10.1055/s-0044-1781998

Im Zentrum dieses Beitrages steht der Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen im Landkreis Trier Saarburg. Dieser findet derzeit maßgeblich im Rahmen von und initiiert durch das Förderprogramm „Kommunaler Strukturaufbau“ des GKV-Bündnis für Gesundheit statt. Aufgezeigt werden soll, wie der Prozess des kommunalen Strukturaufbaus bisher vorangeschritten ist. Zum einen wer-

den wichtige strukturelle Pfeiler und damit verbundene Herausforderungen thematisiert, wie etwa die Etablierung und Verstärkung einer eigenen Fachstelle oder die Erstellung eines integrierten Handlungskonzeptes Gesundheitsförderung. Zudem wird veranschaulicht, welche konkreten verhaltenspräventiven Maßnahmen bereits konzipiert und umgesetzt wurden.“

Bergedorfer Maßnahmen zur Informationsvermittlung: Erprobung neuer Wege in der Gesundheitskommunikation

Autorinnen/Autoren J. Borutta, J. Duwe

Institut Gesundheitsamt Bergedorf, Freie und Hansestadt Hamburg

DOI 10.1055/s-0044-1781999

Eine bedeutsame Herausforderung in der Public Health Arbeit ist, bekannterweise, die problematische Bevölkerungskommunikation [3] bzw. besser bekannt unter „Erreichbarkeit der Zielgruppen“. Für die Vermittlung von Gesundheitswissen und Informationen zur kommunalen Präventionslandschaft, legt das KGFM in Hamburg-Bergedorf seinen Fokus auf eine experimentellen Strategieanpassung. Die Fragestellung liegt dabei auf der Durchführbarkeit und Wirksamkeit von neuen Kommunikationswegen: In wie weit lassen sich Ergebnissen der Gesundheitsberichtserstattung und gesellschaftlich relevante Themen, fern von ausführlichen Berichten und Flyern, in die Kommune transportieren? Und können die Ansätze der Risikokommunikation, wie in Corona-Zeiten, auch für die Präventionskommunikation genutzt werden? Im Beitrag werden Vor- und Nachteile der bisherigen Praxiserfahrungen diskutiert und Limitationen aufgezeigt.

Öffentlicher Gesundheitsdienst Landeshauptstadt Potsdam

Autorinnen/Autoren S. Ahr¹, S. Bothe-Mittag¹, A. Zaki¹, A. Händlmeyer¹, K. Böhm¹

Institut Öffentlicher Gesundheitsdienst Landeshauptstadt Potsdam

DOI 10.1055/s-0044-1782000

Der Medizinische Bevölkerungsschutz des Fachbereiches Öffentlicher Gesundheitsdienst der Landeshauptstadt Potsdam wird als Stabsstelle aus Bundesmitteln des „Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ finanziert. Das dreiköpfige Team erarbeitet seit November 2022 Strategien und Konzepte für den präventiven und aktiven medizinischen Bevölkerungsschutz. Hier können beispielhaft Hitzevorsorge sowie die Einleitung von Maßnahmen zur Bewältigung medizinischer Lagen im Zuständigkeitsbereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Zusammenarbeit mit beteiligten Akteure: innen in der Landeshauptstadt Potsdam genannt werden. Der geplante Beitrag fokussiert auf Struktur und Tätigkeitsfelder des Medizinischen Bevölkerungsschutzes in Potsdam. Ausgewählte Projekte wie die Entwicklung und Umsetzung von Hitzeschutzmaßnahmen aus dem Jahr 2023 werden prozessartig abgebildet und Entwicklungen grafisch beschrieben. Auch werden fördernde und hemmende Faktoren im Rahmen der Umsetzung von Maßnahmen genannt.

*Fachstelle Medizinischer Bevölkerungsschutz, **Gesundheitsplanung, ***Fachbereichsleitung Öffentlicher Gesundheitsdienst

Projekt „Fit fürs Leben“

Autor E. Beck

Institut Gesundheitsamt für die Stadt und den Landkreis Göttingen

DOI 10.1055/s-0044-1782001

Das Projekt „Fit fürs Leben – Guter Schulstart durch frühe Prävention in Stadt und Landkreis Göttingen“ wurde mit dem Ziel ins Leben gerufen, allen Kindern möglichst die gleichen Startchancen für den Schuleintritt zu gewähren. Hierfür kooperiert das Projekt seit Mitte 2019, mit einer Projektlaufzeit von fünf Jahren, mit 16 Kindertagesstätten in Stadt und Landkreis Göttingen. Das Projekt wird von der Techniker Krankenkasse finanziert und von der Stadt und dem Landkreis Göttingen unterstützt. Ausschlaggebend für Initiierung des Projektes waren die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung, bei denen festgestellt wurde,

dass nur 21 % der Kinder aus einem bildungsfernen Umfeld eine uneingeschränkte Schuleingangsempfehlung erhielten.

Fit fürs Leben bietet ein bedarfsgerechtes, niedrigrschwelliges, sozialraumorientiertes Unterstützungsangebot in den Bereichen Bewegungsförderung, Gesunde Ernährung, psychische Gesundheit und Medienkompetenz. Durch eine sozialraumorientierte Bestandsanalyse, der individuellen Bedarfsanalyse der vorschulischen Bildungseinrichtung, einer stetigen Evaluation und Anpassung der einzelnen Maßnahmen sowie ein großes Netzwerk von stadtteilbezogenen Akteur*innen werden die Maßnahmen nachhaltig in den Kitas etabliert. Aktuell befindet sich das Projekt in der Phase der langfristigen kommunalen Verstetigung, was eine momentane Herausforderung darstellt.

Freie und Hansestadt Hamburg

Autor S. Kümek

Institut Sozialbehörde, Freie und Hansestadt Hamburg

DOI 10.1055/s-0044-1782002

Im Kontext des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst konnten die Stellen des Kommunalen Gesundheitsförderungsmanagement aufgestockt und damit einhergehend der Arbeitsbereich weiterentwickelt werden. Begleitend dazu wird seit dem 4. Quartal 2023 begonnen, ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen. Die strategische Ausrichtung der Weiterentwicklung und die bis zum 1. Quartal 2024 bereits entwickelte Prozesse werden im Beitrag der Sozialbehörde dargestellt.

Gesundheitsamt Region Kassel

Autor M. Metz

Institut Gesundheitsamt Region Kassel

DOI 10.1055/s-0044-1782003

Der „Kasseler Pakt für Gesundheit“ spannt in der Stadt Kassel den Rahmen für Prävention und Gesundheitsförderung innerhalb und außerhalb des Gesundheitsamts. Die kommunale Gesundheitskoordination nimmt an verschiedenen Arbeitsgruppen und Netzwerken teil, die sich im Kontext Gesundheit bewegen, um Health in All Policies zu fördern. Die diversen städtischen Netzwerkstrukturen sind integrativ und damit Ämter- und/ oder Dezernats-übergreifend angelegt.

Es werden partizipative Veranstaltungen durchgeführt, um Bedarfe und Bedürfnisse in Stadtteilen zu erfahren. Tagungen zu den bisherigen Themen Ernährung und Bewegung bringen Akteure zusammen und dienen der Kompetenzförderung im Bereich Gesundheit und Gesundheitsangeboten. Mittelfristiges Ziel ist die Entwicklung einer integrierten Kasseler Gesundheitsstrategie, die Angebote zusammenbringt, Transparenz der Angebote fördert und eine gemeinsame Handlungsstrategie abbildet.

Gesundheitsamt Hamburg-Mitte, Freie und Hansestadt Hamburg

Autor K. Moritz

Institut Gesundheitsamt Hamburg-Mitte, Freie und Hansestadt Hamburg

DOI 10.1055/s-0044-1782004

Zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit implementiert das Kommunale Gesundheitsförderungsmanagement (KGFM) in Kooperation mit vor Ort ansässigen Einrichtungen und/oder den beteiligten Fachbereichen und -ämtern im Rahmen des „Kommunalen Förderprogramms des GKV-Bündnisses für Gesundheit – Aufbau gesundheitsförderlicher Steuerungsstrukturen“ an mehreren Standorten sozialraumorientierte Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention oder entwickelt diese weiter. Neben der Steuerung der Angebote und Interventionen übernimmt das KGFM die Koordination von Akteur*innen und Netzwerken. Ergänzend werden bezirksweite Maßnahmen geplant und umgesetzt, welche auch neue inhaltliche Schwerpunkte setzen, die sich einerseits aus den in den unterschiedlichen Regionen geäußerten Bedarfen und andererseits aus der Schwerpunktsetzung der Stadt Hamburg ergeben.

„Health in All Policies“ am Beispiel der intersektoralen Zusammenarbeit im Bezirksamt und dem Bezirk Eimsbüttel

Autor F. Rübenkönig

Institut Gesundheitsamt Eimsbüttel, Freie und Hansestadt Hamburg

DOI 10.1055/s-0044-1782005

Die Bedeutung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit für komplexe Prozesse der Stadtentwicklung wurde im Bezirksamt Eimsbüttel schon früh erkannt und mit dem Instrument der Bezirksentwicklungsplanung (BEP) ein regelmäßiger Austausch zwischen verschiedenen Dezernaten und Ämtern geschaffen. Dieses schon seit über zwei Jahrzehnten bestehende, strategische Planungsinstrument führte dazu, dass sich nicht nur die Multiprofessionalität und der interdisziplinäre Ansatz entwickeln, sondern auch als Motor konstruktiver Zusammenarbeit etablieren konnte. An verschiedenen Beispielen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung soll dies aufgezeigt werden.

Gesundheitsamt Bochum

Autorinnen/Autoren M. Sprünken¹, V. Wildförster¹, C. Kloppe, B. Anger¹

Institut Gesundheitsamt Bochum

DOI 10.1055/s-0044-1782006

Ausgehend von den Ergebnissen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung und durch Bedarfsmeldungen aus unterschiedlichen Ortsteilen hat das Gesundheitsamt Bochum das Thema Bewegungsförderung in den Quartieren als wichtigen Baustein einer integrierten und nachhaltigen Gesundheitsförderung erkannt. Im Stadterneuerungsgebiet Wattenscheid-Mitte wurde bereits ein krankenkassenfinanziertes Bewegungsförderungsprojekt etabliert. Im Ortsteil Laer (ebenfalls ein Stadterneuerungsgebiet) bestehen auch Bestrebungen zur Etablierung eines ähnlich gearteten Projekts.

Die Erfahrungen aus diesen Ansätzen sind für die Stadt Bochum von hoher Bedeutung und Wichtigkeit. Um sie dauerhaft und auch für weitere Ortsteile nutzbar zu machen, plant die Stadt Bochum eine gesamtstädtische Koordination von Bewegungsförderungsprojekten.

Die Stadt Bochum verfolgt die Strategie insbesondere in Stadterneuerungsgebieten aktive Gesundheitsförderung zu betreiben. Dies hat mehrere Gründe: Zum einen gibt es dort gute Netzwerke und Strukturen, an denen angeknüpft werden kann und zum anderen sind die Ergebnisse der SEU in den Gebieten dahingehend auffällig, dass sie nahezu in allen Bereichen von der Gesamtstadt negativ abweichen. Bezogen auf den Bedarf an Bewegungsförderung sind hier die auffälligen Befunde bei Adipositas zu nennen. Knapp jedes 3. Kind, welches 2023 eingeschult wurde, lebt in den Stadterneuerungsgebieten der Stadt Bochum. Darüber hinaus weisen die Stadterneuerungsgebiete neben sozialen und städtebaulichen Herausforderungen auch umweltbezogene Mehrfachbelastungen auf.

Gesundheitsamt Hamburg-Nord, Freie und Hansestadt Hamburg

Autor S. Weiss

Institut Gesundheitsamt Hamburg-Nord, Freie und Hansestadt Hamburg

DOI 10.1055/s-0044-1782007

Das Kommunale Gesundheitsförderungsmanagement (KGFM) des Bezirks Hamburg-Nord umfasst die Aufgabenbereiche Gesundheitskonferenzen, Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Projekte und Angebote sowie Evaluation und Gesundheitsberichterstattung. Seit 2013 gehört darüber hinaus die Koordination der „Lokalen Vernetzungsstelle für Prävention (LVS)“ zu den Aufgaben. Durch gezielte und bedarfsorientierte Maßnahmen, die sowohl das individuelle Verhalten als auch die Umweltfaktoren berücksichtigen, trägt das KGFM dazu bei, die Lebensqualität in Hamburg-Nord nachhaltig zu verbessern. Die Projekte sind vielfältig und konzentrieren sich unter anderem auf die Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Entspannung/Stressbewältigung, mentale Gesundheit und Gewaltprävention. Dank der guten Zusammenarbeit mit un-

terschiedlichen Kooperationspartner:innen wird eine umfassende Gesundheitsförderung auf lokaler Ebene ermöglicht, die die Bedürfnisse und Herausforderungen der verschiedenen Bevölkerungsgruppen berücksichtigt. Unser Ziel: eine gesündere Zukunft für die Bürger:innen des Bezirks Hamburg-Nord fördern.

Region Hannover, Fachbereich Gesundheitsmanagement

Autor L. Wilke

Institut Region Hannover, Fachbereich Gesundheitsmanagement

DOI 10.1055/s-0044-1782008

Im Team Prävention und Gesundheitsförderung des Fachbereichs Gesundheitsmanagement der Region Hannover wird der Arbeit in der kommunalen Gesundheitsförderung eine besondere Bedeutung zugesprochen. Dabei ist die Region Hannover nicht nur Mitglied im Gesunde Städte-Netzwerk, sondern hat auch vor Ort unterschiedlichste Strukturen aufgebaut, die sich mit dem Thema kommunale Gesundheitsförderung befassen. Eine Besonderheit der letzten Jahre ist das gemeinsam mit dem Verband der Ersatzkassen e.V. und der Landeshauptstadt Hannover durchgeführte Projekt „Gesund leben – gesund bleiben“ in zwei hannoverschen Stadtteilen mit sozialem Entwicklungsbedarf (2019-2023). Zur Realisation des Projektes wird eng mit Stadtteilmitarbeitenden und lokalen Akteur*innen sowie lokalen Gremien und Netzwerken zusammengearbeitet. Zudem wird das Projekt wissenschaftlich evaluiert. Inhaltlicher Gegenstand des Projekts sind kostenlose Angebote für Erwachsene im Stadtteil-Setting, die zur Gesundheitsförderung beitragen und auf gesundheitsförderliche Strukturen vor Ort aufmerksam machen. Zu den verhaltensbezogenen Angeboten zählen u.a. Ernährungs- und (geschlechtsspezifische) Bewegungsangebote (teils mit integrierter Schulung). Weiter wurden Verhältnisstrukturen aufgebaut: Ein digitaler „Gesundheitsplan“ bildet relevante Anbietende mit gesundheitsbezogenen Themen im Stadtteil auf einer Karte ab. Außerdem wurden „Fit & Relax – Stationen“ (Plaketten mit QR-Code) im öffentlichen Raum in den Stadtteilen etabliert. Diese unterstützen die Einbindung von achtsamkeits- und bewegungsfördernden Einheiten im Alltag durch den Zugang zu kostenlosen Übungsvideos. Alle Angebote sind so konzipiert, einen niedrighschwelligem Zugang für jede Person zu ermöglichen. Grundlage für diese Angebote ist eine umfangreiche Bedarfs- und Bedürfniserhebung, die zu Projektbeginn mittels verschiedener Methoden durchgeführt wurde. In diesem Zuge wurden Bewohnende durch partizipative Präsenzveranstaltungen einbezogen. Zu Projektende werden die gesammelten Erfahrungen der Öffentlichkeit in Form eines Projektberichts zur Verfügung gestellt, mit dem Ziel, die Erkenntnisse auf andere Kommunen übertragen zu können.

Gesundheitsamt Harburg, Freie und Hansestadt Hamburg

Autor A. Winkelmann

Institut Gesundheitsamt Harburg, Freie und Hansestadt Hamburg

DOI 10.1055/s-0044-1782009

Das Kommunale Gesundheitsförderungsmanagement wird in Harburg seit 2022 neu aufgebaut und durch das GKV-Bündnis für Gesundheit mit dem kommunalen Förderprogramm unterstützt. Ziel ist es die gesundheitliche Chancengleichheit eines jeden Bürgers und einer jeden Bürgerin zu verbessern und das in jedem Lebensabschnitt. Aufgrund des Ansatzes „Health in all Policies“ wird besonders auf die Schnittstellen zu verschiedenen Fachbereichen im Prozess des Neuaufbaus geblickt, um diese zu definieren und zu stärken. Außerdem wird auf eine Unterstützung in der Politik gesetzt, die im Rahmen zur Antragsstellung zur Förderverlängerung ebenfalls eingebunden ist. Über partizipative Prozesse sollen die Schwerpunkte für Maßnahmen identifiziert und umgesetzt werden. Langfristig ist eine Verkettung der verschiedenen Handlungsfelder im Bereich der Gesundheitsförderung angestrebt [1–3].

Literatur

- [1] Vgl. Reisig V., Kuhn J. Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. doi:10.17623/BZGA:Q4-i081-2.0
- [2] Vgl. Reisig V., Kuhn J. Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2020. doi:10.17623/BZGA:Q4-i081-2.0
- [3] Nowak A.C., Kolip P., Razum O. Gesundheitswissenschaften/Public Health. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. doi:10.17623/BZGA:Q4-i061-2.0

Qualitätsmanagement im Amtsärztlichen Dienst

09:00 – 10:30 | Saal X.5

Qualitätsmanagement für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg

Autorinnen/Autoren F. Scheunemann¹, A. Bayer¹, S. Kill¹, D. Balke¹

Institut Sozialbehörde Hamburg, Amt für Gesundheit

DOI 10.1055/s-0044-1782010

Hintergrund: Der zwischen Bund und Ländern zu Hochphasen der Coronapandemie geschlossene Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst verfolgt das Ziel, den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu stärken. Hierfür stellt der Bund den Ländern bis Ende 2026 insgesamt 4 Mrd. EUR zur Verfügung. Neben der personellen Stärkung des ÖGD wird hierdurch in Hamburg auch die Organisation des ÖGD reformiert, digitalisiert und gestärkt.

Ein zentraler Aspekt der Organisationsentwicklung im Hamburger ÖGD ist die Etablierung eines prozessorientierten Qualitätsmanagementsystems nach dem Standard, den die internationale Qualitätsmanagementnorm DIN EN ISO 9001 vorgibt. Das Qualitätsmanagementsystem unterstützt die Führungskräfte in Form eines Steuerungsinstruments. Festgelegte Prozesse und Prozessziele ermöglichen zudem eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung durch am Prozess beteiligte Beschäftigte (in Hamburg bezirksübergreifend), und sie tragen zu einer allgemein höherem Zufriedenheit bei den Mitarbeitenden sowie Nutzerinnen und Nutzern der Angebote des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bei. Interne und externe Audits führen zu einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess auch mit dem Ziel, Akzeptanz und Reputation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu steigern, sowohl bei den Bürgerinnen und Bürgern als auch im Hinblick auf die Rekrutierung neuer Mitarbeitender in einer Zeit des Fachkräftemangels. Die prozessorientierte Beschreibung der Aufgabenwahrnehmung stellt zudem eine Grundlage für weitere Organisationsentscheidungen dar, wie z.B. Erkennen möglicher Digitalisierungspotentiale oder die Bemessung des erforderlichen Personal- und Materialbedarfes. Standardisierte Prozesse führen in einer Organisation, an der an verschiedenen örtlichen Stellen gleiche Aufgaben wahrgenommen werden, zu Handlungssicherheit für alle Beteiligten.

Für die Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems im Hamburger Öffentlichen Gesundheitsdienst arbeiten Projekt- mit Regelstrukturen zusammen, so dass im Projekt entwickelte Prozesse schrittweise in die Regelstrukturen integriert werden.

Methode/ Vorgehen: Erfahrungsbericht zur derzeitigen Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg und Ausblick auf kommende Umsetzungsschritte

Ziel: Vorstellung des Vorhabens und aktuellen Stand in Hamburg und Austausch zum Thema Qualitätsmanagement im ÖGD

Standardisierte Begehung medizinischer Einrichtungen – eine wichtige Aufgabe für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)

Autor S. Gleich

Institut Gesundheitsreferat der LH München

DOI 10.1055/s-0044-1782011

Auf der gesetzlichen Grundlage von §23 Abs.6 Infektionsschutzgesetz (IfSG) und den korrespondierenden §§ der Landeshygieneverordnungen begehnen die Gesundheitsämter medizinische Einrichtungen. Die Ämter sind somit für die Kontrolle der Einhaltung geltender hygienischer Standards in diesen Einrichtungen verantwortlich. Umso erstaunlicher ist es, dass es hierfür nach wie vor keine deutschlandweiten Standards und keine konkreten Vorgaben zur Durchführung gibt – vielmehr kann jedes Gesundheitsamt sein Vorgehen individuell festlegen.

Im Vortrag werden standardisierte Vorgehensweisen ausgewählter Großstadtesundheitsämter bei Begehungen und dem Ergreifen danach ggf. erforderlicher Maßnahmen dargestellt. Diskutiert werden bei Standardisierungen potenziell auftretende Schwierigkeiten. Ziele des ÖGD werden dargestellt und Forderungen an den ÖGD formuliert. Die hieraus resultierenden Schlussfolgerungen: eine bundesweite Standardisierung von Begehungen medizinischer Einrichtungen und die Etablierung von Qualitätsmanagementsystemen in den Ämtern respektive Landesbehörden sind eine unverzichtbare Grundlage für eine fachlich kompetente und transparente Arbeit des ÖGD. Nur durch eine solche Arbeitsmethodik gelingt das Erheben valider und vergleichbarer Daten, das Erkennen relevanter Handlungsfelder, die Operationalisierung und Automatisierung von Prozessen. Diese Vorgehensweise ist auch für wissenschaftliche Publikationen aus dem ÖGD und für eine Akzeptanz des ÖGD in Forschung und Lehre bei den Universitäten unabdingbar. Standardisierung ist ferner eine grundlegende Voraussetzung für einen interdisziplinären Austausch und für eine Kooperation mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften auf Augenhöhe. Dieses Ziel verfolgen auch beide neugegründeten wissenschaftlichen Fachgesellschaften des ÖGD.

GPV- Inklusion durch Versorgungsverantwortung

09:00 – 10:30 | Saal X.6

Gemeindepsychiatrische Verbände in Deutschland Neuigkeiten aus einzelnen Bundesländern und aktuelle Regelungen in den Landesgesetzen

Autor M. Schol-Tadic

Institut Gesundheitsamt des Landkreises Groß-Gerau, Fachdienst

Betreuungsbehörde und Sozialpsychiatrischer Dienst

DOI 10.1055/s-0044-1782012

In allen Bundesländern gibt es mittlerweile Landesgesetze, die in Form von Psychisch-Kranken-(Hilfe)-Gesetze gestaltet sind, die alten, auf Verwahrung gerichteten polizeirechtlichen Gesetze wurden ersetzt. Dieser Schritt war langwierig, aber er hat sich gelohnt. In ihnen werden Hilfen und Maßnahmen für Menschen mit psychischen Störungen geregelt. (Verweis: Einen guten Überblick vermittelt die Seite der DGPPN: Landesgesetze – Übersicht PsychKGs – Menschenrechte und Selbstbestimmung – Schwerpunkte – DGPPN Gesellschaft.) Auch die Gemeindepsychiatrischen Verbände werden immer häufiger als mögliche oder notwendige Struktur in diese Landesgesetze aufgenommen. Sie definieren sich als verbindliche Zusammenschlüsse der wesentlichen Leistungserbringer einer definierten Versorgungsregion, die im Rahmen verbindlicher Kooperationsvereinbarungen oder -verträge Verantwortung für die Versorgung insbesondere schwer und chronisch psychisch erkrankter Men-

schen übernehmen. Diskussionen und Absprachen auf regionaler Ebene können die Versorgungsqualität und die Kooperation der Leistungserbringer grundsätzlich aber auch im individuellen Einzelfall verbessern.

Die Entwicklung der Implementierung von Verbundstrukturen in den Landesgesetzen fand in den letzten Jahren statt und begann in Baden-Württemberg, das als erstes Bundesland in seine Landesgesetzgebung den Aufbau gemeindepsychiatrischer Verbände in allen kommunalen Gebietskörperschaften aufnahm. Nun wird die Implementierung in vielen Landesgesetzen vorgeschrieben oder zumindest empfohlen oder es können verbundähnliche Strukturen eingerichtet werden. Viele Landesgesetze konkretisieren die Zusammenarbeit im Verbund überdies deutlich, sie konkretisieren dessen Form, Zusammensetzung und Zielsetzung und schreiben verbindliche Vereinbarungen zwischen den Verbundpartnern vor. So wurde in das überarbeitete PsychKHG in Hessen der Paragraph 6a eingefügt, der die Gründung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden nun vorsieht und diese Verbundstruktur auch in seiner Zusammensetzung und Aufgabe konkreter beschreibt. Beginnend im Jahr 2022 tragen nun auch in Sachsen Anhalt gemeindepsychiatrische Verbände in den Landkreisen und kreisfreien Städten dazu bei, die Versorgungsstrukturen für Menschen mit psychischen Störungen zu optimieren. Durch rechtliche Verankerung und die daraus folgenden individuellen Bestrebungen der Gebietskörperschaften konnte das Angebot von Verbundstrukturen in den letzten Jahren deutlich ausgebaut werden.

Auf landesspezifische Sachstände und Entwicklungen auch über die aktuell bestehenden rechtlichen Grundlagen ist einzugehen. Beispielsweise auf mögliche Förderungen durch Landesmittel, allerdings leider nur in einzelnen Bundesländern, wie Nordrhein-Westfalen und Sachsen Anhalt wird eingegangen. Aber auch auf besondere Formen von Strukturen, wie beispielsweise die im Saarland zu bildenden regionalen Psychiatriekommissionen.

Es wird deutlich, dass die Verbundstrukturen sich zwar bundesweit mehr und mehr bilden und ausdifferenzieren, dass aber verbindliche und somit auch verpflichtende rechtliche Grundlagen nicht überall vorhanden sind. Diese sind nun in der Folge zu entwickeln, Kooperationen genauer zu beleuchten, um gemeinsame Qualitätsstandards für Menschen mit psychischen Störungen im gesamten Bundesgebiet zu entwickeln und voranzubringen. Und dann müssen diese Verbände natürlich auch von den Mitwirkenden möglichst dialogisch gestaltet und gelebt werden. Nach dem Wegfall von Hilfeplankonferenzen in vielen Teilen des Landes aufgrund der Regelungen des Bundesteilhabegesetzes können diese Verbundstrukturen genutzt werden, um dort mögliche Fallbesprechungen zu gestalten und so die nun teilweise fehlenden Planungsgremien kompensiert werden.

Sozialpsychiatrische Verbände – der niedersächsische Weg

Autor P. Schlegel

Institut Sozialpsychiatrischer Dienst

DOI 10.1055/s-0044-1782013

Mit der Novelle des NdsPsychKG vom 01.07.1997 und der darin verankerten Verpflichtung, in den einzelnen Kommunen sozialpsychiatrische Verbände zu gründen, erfolgte erstmalig im Land Niedersachsen eine Zusammenführung der bis dahin regional sehr unterschiedlich ausgestalteten Netzwerke Sozialpsychiatrischer Versorgung.

Trotz aller Unterschiede im Flächenland Niedersachsen mit 46 Kommunen ist es gelungen, hier eine überregionale gemeinsame Sprache zu finden. Grundsätzliche Ausrichtung und Struktur kommunaler Netzwerke werden hierbei im Landesgesetz definiert, die ganz überwiegende Verankerung Sozialpsychiatrischer Dienste in den Kommunen schreibt hierbei auch die Steuerungsfunktion der Verbände mit Geschäftsführung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst fest und damit auch die Verankerung regionaler psychiatrischer Versorgungsplanung als einen Aspekt kommunaler Daseinsfürsorge.

Durch die etablierten übergeordneten Gremien des Landesfachbeirats Psychiatrie, die zentrale Qualitätssicherung durch die Besuchskommission des Landes

und die Verzahnung und Begleitung durch das Psychiatriereferat im Sozialministeriumswurden in Niedersachsen Strukturen geschaffen, die dann auch auf Landesebene einen kontinuierlichen Austausch bei vergleichbaren Grundvoraussetzungen zwischen den einzelnen Sozialpsychiatrischen Verbänden ermöglichen. Dies hat sich auch in der Umsetzung der im Landespsychiatrieplan festgelegten Weiterentwicklungen wie Etablierung Gemeindepsychiatrischer Zentren bewährt.

Herzstück Sozialpsychiatrischer Netzwerkarbeit auf kommunaler Ebene bleiben in Niedersachsen die örtlichen Sozialpsychiatrischen Verbände unter der Geschäftsführung der SpDi mit unterschiedlichen Arbeitskreisen, einem Plenum und einer Schnittstellenfunktion zur regionalen Politik beispielsweise im kommunalen Fachbeirat.

Umweltmedizin – Block 4 – Trinkwasser und Hitze

09:00 – 10:30 | Saal X.7

Die Neue Trinkwasserverordnung und die Trinkwassereinzugsgebieteverordnung (TrinkwEGV)

Autorinnen/Autoren H. Paar¹, A.-B. Walter¹, C. Beulker¹, C. Röhl¹
 Institut 1 Umweltbundesamt (UBA) Fachgebiet II 3.1 Nationale und internationale Fortentwicklung der Trinkwasserhygiene; Trinkwasserressourcen, Berlin

DOI 10.1055/s-0044-1782014

Das federführende Bundesgesundheitsministerium unter Mitarbeit des Umweltbundesamtes setzt mit der zweiten Verordnung zur Novellierung der Trinkwasserverordnung (TrinkwV), die am 23.06.2023 in Kraft getreten ist, die maßgeblichen Inhalte der EU-Trinkwasserrichtlinie 2020/2184 im Rahmen seiner Zuständigkeit national um. Die TrinkwV enthält weitgehende neue Regelungen wie die Erweiterung des risikobasierten Trinkwasserschutzes, die Aufnahme neuer chemischer Parameter und mikrobiologischer Indikatorparameter, die Senkung der zulässigen Konzentrationen für Chrom, Arsen und Blei, die Pflicht zum Austausch alter Bleileitungen sowie erweiterte Informationspflichten der Wasserversorger.

Eine zentrale Vorgabe der EU-Trinkwasserrichtlinie 2020/2184 ist die verpflichtende Verankerung des risikobasierten Ansatzes im Verlauf der gesamten Wasserversorgungskette von der Gewinnung bis zur Entnahmestelle, die damit den Empfehlungen der WHO-Leitlinien zur Trinkwasserqualität folgt. In der TrinkwV wurde diese Vorgabe insbesondere mit der verpflichtenden Einführung des Risikomanagements entsprechend der Anforderungen der DIN EN 15975-2 für Wasserversorgungsanlagen mit Abgabemengen von mindestens 10 m³ pro Tag und dem Programm der betrieblichen Untersuchungen erreicht. Die Umsetzung erweitert die bereits praktizierte risikobewertungsbasierte Anpassung der Probennahmeplanung (RAP) für eine Wasserversorgungsanlage.

Für Trinkwasserinstallationen wird künftig durch das Umweltbundesamt (UBA) eine allgemeine Risikobewertung durchgeführt. Die TrinkwV schreibt hierfür ab 2026 eine jährlich aggregierte Meldung zu Trinkwasserinstallationen vor, bei denen der technische Maßnahmenwert für Legionella erreicht oder überschritten wird. Diese erfolgte durch die Untersuchungsstellen direkt an das UBA.

Die Vorgabe der TrinkwV zum Umfang der regelmäßigen chemischen Überwachung des Trinkwassers wird durch die chemischen Parameter Bisphenol A, Chlorat, Chlorit, Halogenessigsäuren (HAA-5), Microcystin-LR (Toxin von Cyanobakterien) sowie der Industriechemikaliengruppe der PFAS erweitert. Für die Stoffgruppe der PFAS ist hierbei trinkwasserrechtlich eine zweistufige Einführung vorgesehen. So wird ab dem 12.01.2026 ein Grenzwert als Summen-grenzwert für eine Gruppe von 20 PFAS-Substanzen neu eingeführt. Aufgrund neuer Erkenntnisse zu den gesundheitlichen Auswirkungen sieht die TrinkwV

zusätzlich einen nationalen Grenzwert für vier besonders besorgniserregende PFAS (Summe PFAS-4, PFHxS, PFOS, PFOA, PFNA) vor. Für die verbindliche Einführung des Grenzwertes der PFAS-4 gilt mit dem 12. Januar 2028 eine spätere Frist.

Für die Datenerfassung auf Ebene der Gesundheitsämter und Oberen Landesbehörden ergeben sich damit neue Herausforderungen in Bezug auf die Berichterstattung für neue Parameter sowie zum Risikomanagement der Wasserversorgungen, welches durch die zuständigen Behörden zu genehmigen ist. Hierzu zeigt der Vortrag die neuen Verantwortlichkeiten im Detail auf.

Die Trinkwassereinzugsgebieteverordnung (TrinkwEGV)

Autorinnen/Autoren H. Paar¹, A.-B. Walter¹, C. Beulker¹, C. Röhl¹
 Institut 1 Umweltbundesamt (UBA) Fachgebiet II 3.1 Nationale und internationale Fortentwicklung der Trinkwasserhygiene; Trinkwasserressourcen, Berlin

DOI 10.1055/s-0044-1782015

Die Europäische Union hat mit Inkrafttreten der Richtlinie (EU) 2020/2184 des Europäischen Parlaments und des Rates über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch (EU-Trinkwasserrichtlinie) am 12. Januar 2021 weitgehende neue Regelungen zum Schutz des Trinkwassers, der Trinkwasserressourcen sowie zum Zugang zu sauberem Trinkwasser innerhalb der EU verbindlich getroffen.

Die Vorgaben der Richtlinie zum Schutz der Trinkwasserressource, die Teil der verpflichtenden Verankerung des risikobasierten Ansatzes für die gesamte Wasserversorgungskette sind, erreichen durch ihre nationale Umsetzung erstmals eine rechtlich verankerte Koordinierung der Vorgaben des Trinkwasserschutzes mit denen des Gewässerschutzes nach der WRRL. Die Implementierung des risikobasierten Ansatzes in den Einzugsgebieten von Entnahmestellen für die Trinkwassergewinnung wird durch die neu eingeführte Ermächtigung im Wasserhaushaltsgesetz ermöglicht und künftig in den Regelungen der neuen Trinkwassereinzugsgebieteverordnung (TrinkwEGV) konkretisiert.

Die Regelungen in der Verordnung sollen eine individuell auf die Vor-Ort-Bedingungen angepasste Beurteilung der im jeweiligen Einzugsgebiet der Wasserversorgungsanlage vorhandenen Risiken erreichen, die sich negativ auf die Beschaffenheit des Trinkwassers auswirken können (Risikoabschätzung) sowie die Umsetzung von Maßnahmen zur Risikobeherrschung und deren Überwachung. Dies betrifft den präventiven Schutz von Grundwasser und Oberflächenwasser sowie des Rohwassers. Ziel ist frühzeitig eine mögliche Schädigung der menschlichen Gesundheit durch Krankheitserreger und chemische Stoffe zu identifizieren, wobei die Überwachung der Gewässer auch Bezug auf die Stoffe und Verbindungen der europäischen Beobachtungsliste nimmt. Gleichzeitig sieht die Verordnung die Regelung der neuen Vorgaben für nicht relevante Pestizid-Metaboliten vor.

Für den Vollzug der Verordnung werden Umwelt- und Gesundheitsverwaltungen zusammenarbeiten, im Falle von länderübergreifenden Trinkwassereinzugsgebieten auch über Bundesländergrenzen hinweg. Ebenso wurden Regelungen zum Austausch von Informationen zur Beschreibung der Trinkwassereinzugsgebiete zwischen Behörden und Betreibern in der Verordnung konkretisiert. Der Vortrag wird die Regelungsinhalte der Verordnung darstellen und dabei auf genannte Besonderheiten hinweisen.

Trinkwasser-Einzugsgebieteverordnung – TrinkwEGV – Ein „Segen“ für das Trinkwasser? Herausforderungen und Chancen für Behörden – fiktives Beispiel „Stadt Duckburgh“

Autorinnen/Autoren T. Burchardt¹, R. Suchenwirth¹
 Institut 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt Abt. 3: Kommunale Hygiene, Hannover

DOI 10.1055/s-0044-1782016

Die Einführung des *risikobasierten Ansatzes* im (Trink-)Wasserrecht ist etwas wirklich Neues in der *Trinkwasserrichtlinie (EU) 2020/2184* vom 16. Dezember 2020. Deswegen auch erfolgt die nationale Umsetzung dieses Mal durch zwei nationale Verordnungen. Zum einen durch die Trinkwasserverordnung (*TrinkwV*) auf Basis des Infektionsschutzgesetzes, zum anderen als Trinkwassereinzugsgebieteverordnung (*TrinkwEGV*) auf Basis des Wasserhaushaltsgesetzes. Letztere umfasst eine *Risikobewertung* und das *Risikomanagement* des jeweiligen Einzugsgebietes von Entnahmestellen für die Trinkwassergewinnung. Hierfür sollen mit Hilfe einer *Risikoabschätzung* mögliche Risiken in den Einzugsgebieten identifiziert werden, woraufhin eine entsprechende, zielgerichtete Untersuchung des Wassers möglich ist.

Risikomanagement nach WHG, Risikomanagement nach TrinkwV, Genehmigung von Untersuchungsplänen – klingt alles komplizierter als es ist. Denn das grundsätzliche Vorgehen ist bereits in den technischen Regeln implementiert und sollte schon im Alltag gelebt werden. Neu ist aber die Einführung von Vorgaben für die Dokumentation der einzelnen behördlichen Stufen auf dem Weg zur „Sicherheit der Trinkwasserversorgung“.

Das Niedersächsische Landesgesundheitsamt unterstützt beratend die niedersächsischen Gesundheitsämter. Anhand von Beispielen von konkreten Risiken in Wassereinzugsgebieten, dargestellt an der fiktiven „Stadt Duckburgh“, soll die mögliche Komplexität der von Betreiber anzufertigenden *Gefährdungsanalyse eines Wassereinzugsgebiets* aufgezeigt werden.

Der „risikobasierte Ansatz“ bietet nun in der erforderlichen engeren Zusammenarbeit und Abstimmung der Wasser- und Gesundheitsbehörden mit dem Wasserversorgungsunternehmen viele Chancen, bisherige Unklarheiten aufzuarbeiten.

Bisphenol A in Trinkwasser aus Hausinstallationen nach Sanierung mit Epoxidharzbeschichtung

Autorinnen/Autoren T. Nietner², C. Breiting-Utzmann², N. Bauer², M. Heinz², R. Perz², S. Kramer¹

Institute 1 Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis, Heidelberg; 2 Chemisches und Veterinäruntersuchungsamt Stuttgart, Fellbach
DOI 10.1055/s-0044-1782017

Einleitung: Viele größere Wohnobjekte mit einem Baujahr zwischen 1970 und 1980 standen nach ca. 30 Jahren der Nutzung vor der Notwendigkeit einer Sanierung der Trinkwasserinstallation. Die damals noch vorwiegend eingesetzten verzinkten Rohrleitungen zeigten, je nach Wasserqualität, korrosive Durchbrüche oder eine deutliche Reduzierung der Querschnittsflächen durch Rost- und Kalkablagerungen. Als vermeintlich kostengünstige, saubere und zeitsparende Alternative zu einer Komplettsanierung wurde vor allem in den Jahren zwischen 2005 und 2015 Rohrrinnenbeschichtungen mit Epoxidharz angeboten und durchgeführt. Bei diesem Verfahren wird das Leitungssystem zunächst entleert und mit warmer Luft trockengeblasen. Anschließend erfolgt eine Reinigung der Rohrleitungen mit einem Sandstrahlverfahren, bei dem ein Sand/Luftgemisch mit hoher Geschwindigkeit durch das Leitungssystem geblasen wird. Abschließend wird ein 2-Komponenten-Epoxidharz, üblicherweise bestehend aus den zwei Substanzen Bisphenol A und Epichlorhydrin, ebenfalls mit Druckluft in das Leitungssystem gepresst. Ziel ist die komplette, gleichmäßige Beschichtung der Rohrrinnenwände. Nach dem Aushärten des 2-Komponenten Harzes können die Trinkwasserleitungen wieder genutzt werden. Problematisch bei diesem Vorgehen ist die Tatsache, dass in einem weitverzweigten Trinkwassersystem weder die vollständige Reinigung noch die vollständige und gleichmäßige Beschichtung gewährleistet und kontrolliert werden können. Außerdem sind die Epoxidharze nur bis 65 °C beständig, so dass thermische Desinfektionen des Trinkwassersystems (mind. 70 °C, z. B. zur Beseitigung von Kontaminationen mit Legionellen) eine Zerstörung der Schutzschicht zur Folge haben. Durch ortsansässige Firmen wurden vor allem im Bereich Mannheim, Heidelberg und Karlsruhe eine unbekannte Anzahl von Objekten auf dies Art und Weise saniert. Bereits 2011 hat der DVGW ein bis dahin gültiges Arbeitsblatt zur Rohrrinnenbeschichtung zurückgezogen. Eine Be-

schichtung der Trinkwasserleitungen entspricht damit nicht mehr den allgemein anerkannten Regeln der Technik (a.a.R.d.T.) und steht im Widerspruch zu den Vorgaben des § 17 der Trinkwasserverordnung (TrinkwV).

Toxikologischer Hintergrund: Anlass für Studie in Baden-Württemberg Bisphenol A (BPA) ist eine endokrin wirksame Verbindung mit verschiedenen weiteren toxikologischen Wirkungen wie z. B. Tumorbildung oder die Schädigung von Leber und Nieren, die sich in Tierversuchen herausgestellt haben. Unter anderem aufgrund einer vermuteten Reproduktionstoxizität wurde Bisphenol A am 12.01.2017 in die Liste der besonders besorgniserregenden Stoffe gem. Art. 59 Abs. 10 der Verordnung (EG) Nr. 1907/2006 (REACH) aufgenommen. Die WHO hat im Jahr 2017 empfohlen, dass drei repräsentative Stoffe mit endokriner Wirkung als Maßstab in Betracht gezogen werden können, um erforderlichenfalls das Vorkommen von Stoffen mit endokriner Wirkung und die Wirksamkeit ihrer Aufbereitung zu bewerten [1]. Einer dieser Stoffe ist BPA, daneben noch Nonylphenol und β -Östradiol. Für BPA wurde von der WHO daraufhin ein Wert von 0,1 $\mu\text{g/L}$ für die Betrachtung des Vorkommens im Trinkwasser festgelegt. In der neuen Trinkwasserrichtlinie 2020/2184 der Europäischen Union wurde hingegen, unter Berücksichtigung der Bewertung der EFSA aus dem Jahr 2015 [2], ein gesundheitsbasierter Parameterwert für BPA von 2,5 $\mu\text{g/L}$ festgeschrieben. Nonylphenol und β -Östradiol wurden zunächst in die sogenannte Beobachtungsliste aufgenommen [1]. Nach der Richtlinie 2020/2184 sind die Mitgliedsstaaten ab dem 12. Januar 2026 verpflichtet, die nötigen Maßnahmen zu ergreifen, damit im Trinkwasser der Parameterwert für BPA von 2,5 $\mu\text{g/L}$ eingehalten wird [1]. Dementsprechend wurde in die neue deutsche Trinkwasserverordnung 2023 den Parameterwert mit 2,5 $\mu\text{g/L}$ als neuer Grenzwert für Trinkwasser ausweisen und löst damit, ab dem 12. Januar 2024, die bislang zur Beurteilung heranzuziehende maximal tolerierbare Konzentration für BPA am Wasserhahn von ebenfalls 2,5 $\mu\text{g/L}$ aus der Bewertungsgrundlage [3, 4] des Umweltbundesamtes (UBA) ab.

Aufgrund der toxikologischen Eigenschaften von BPA und des möglichen Übergangs aus mittels Epoxidharzbeschichtung sanierten Hausinstallationen ins Trinkwasser wurde eine entsprechende Studie in Baden-Württemberg initiiert. Im Jahr 2022 wurden von den Gesundheitsämtern des Landes insgesamt 76 Trinkwasserproben aus 17 Wohngebäuden genommen und im CVUA Stuttgart auf das Vorkommen von BPA untersucht. Die Auswahl der Gebäude erfolgte risikoorientiert mit Fokus auf Gebäuden mit bekannter Epoxidharzsanierung, darunter mehrere Gebäude im Rhein-Neckar-Kreis. Die Probenahme erfolgte üblicherweise in zentralen Räumen der Warmwasserbereitung (z.B. Zirkulation, Warmwasserspeicher) und an Entnahmestellen in Wohnungen (z.B. Wasserhahn in Küche oder Bad) und umfasste sowohl Kaltwasser (n = 58) als auch Warmwasser (n = 18). Die Analytik erfolgte mittels Direktinjektion der Proben auf einer Agilent 1290 UHPLC (Acquity UPLC BEH C18, 1.7 μm) gekoppelt mit Agilent 6460 Triple Quad.

Ergebnisse: BPA wurde nur in Warmwasserproben gefunden, in Konzentrationen bis maximal 208 $\mu\text{g/L}$. Die bislang gültige maximale Konzentration am Wasserhahn und gleichzeitig zukünftiger Grenzwert von 2,5 $\mu\text{g/L}$ für BPA wurde in 86 % der Warmwasserproben überschritten. In allen untersuchten Kaltwasserproben lagen die Konzentrationen hingegen unterhalb der Nachweisgrenze (<0,2 $\mu\text{g/L}$).

Hinsichtlich der von der EFSA festgelegten tolerierbaren täglichen Aufnahmemenge (TDI) für BPA von 4 $\mu\text{g/kg}$ Körpergewicht (KG) aus dem Jahr 2015 [2] ist folgendes festzustellen: (A) In 41 % der Warmwasserproben wurde der TDI für Erwachsene (ausgehend von 2 Liter/Tag, 60 kg KG) überschritten; (B) In 62 % der Warmwasserproben wurde der TDI für Kinder (ausgehend von 1 Liter/Tag, 10 kg KG) überschritten. Allerdings ist festzuhalten, dass auch über andere Quellen Bisphenol A aufgenommen werden kann, etwa über Lebensmittel oder Bedarfsgegenstände (z. B. aus Trinkflaschen oder Thermopapier). Das Umweltbundesamt geht dementsprechend bei seinen Betrachtungen davon aus, dass die Flüssigkeitsaufnahme nur für 10 % der tolerierbaren täglichen Aufnahmemenge verantwortlich ist [5]. Auch unter Berücksichtigung dieser Feststellung entsprach der überwiegende Anteil der untersuchten Warmwasserproben nicht den Anforderungen nach § 6 Abs. 1 der TrinkwV, wonach chemische Stoffe in

Trinkwasser nicht in Konzentrationen enthalten sein dürfen, die eine Schädigung der menschlichen Gesundheit besorgen lassen.

Im Hinblick auf die aktuell laufende gesundheitliche Neubewertung von BPA durch die EFSA muss davon ausgegangen werden, dass bei einem entsprechend abgesenkten TDI von nur 0,04 ng/kg Körpergewicht und Tag [6] alle Verbrauchergruppen, inkl. Erwachsene mit Normalverzehr, einem gesundheitlichen Risiko aufgrund der Anwesenheit von BPA ausgesetzt wären, sollte der Grenzwert von 2,5 µg/L in Trinkwasser überschritten sein. Die Relevanz der Befunde im Warmwasser offenbart sich vor allem bei regelmäßiger Verwendung von Warmwasser zur Zubereitung von Heißgetränken (z.B. Tee, Kaffee) oder für die Zubereitung von Speisen (vor allem Säuglingsnahrung). Das Umweltbundesamt betont immer wieder, dass Warmwasser nicht zum Trinken und für die Zubereitung von Speisen genutzt werden sollte [7]. Diese Empfehlung sollte von Verbrauchern, die Trinkwasser aus sanierten Hausinstallationen mit Epoxidharzbeschichtung nutzen, besonders berücksichtigt werden.

Behördliches Vorgehen: Im Rahmen der Untersuchungspflicht auf Legionellen gemäß §31 TrinkwV fielen Objekte mit kontinuierlichen Überschreitungen des Maßnahmewertes für Legionellen auf. Im Rahmen der Handlungspflichten gemäß § 51, Abs.1,3 TrinkwV ist für solche Objekte eine Risikoabschätzung zu erstellen. Ergab diese Risikoabschätzung einen Hinweis auf eine Beschichtung der Rohrleitungen mit Epoxidharz, ordnete das Gesundheitsamt, auf Basis § 61 Abs.1 TrinkwV gegenüber dem Betreiber eine Probenahme und Analyse auf den Stoff Bisphenol A, an. Aufgrund der Legionellen-Kontamination war es wahrscheinlich, dass eine thermische Desinfektion in dem betroffenen Objekt durchgeführt wurde, die zu einer Schädigung der Rohrrinnenschichtung und in Folge zu einer erhöhten Belastung mit Bisphenol A im Trinkwasser führen kann. Die erste Probenahme erfolgte üblicherweise als Zufallsstichprobe am Rücklauf der Warmwasserzirkulation oder an einer Entnahmestelle in den Wohnungen. Ergab sich durch die erste Analyse ein Wert > 2,5 µg/L BPA, wurde eine zweite Probenahme an gleicher Stelle und an einer weiteren Stelle in der Peripherie der Trinkwasserinstallation als gestaffelte Stagnationsprobe angeordnet. Wurden die Werte durch die zweite Analyse bestätigt, erfolgte zunächst eine Anhörung des USI gemäß § 28 Landesverwaltungsverfahrensgesetz (LVwVfG) und nach Ablauf der Anhörungsfrist eine Bescheiderstellung durch das Gesundheitsamt. Darin geforderte Maßnahmen waren unter anderem ein Konsumverbot für das Warmwasser, die Information der Bewohner und letztendlich ein fristgerechter Austausch aller epoxidharzbeschichteten Trinkwasserleitungen. Zur Betonung der Wichtigkeit der geforderten Maßnahmen wurde bei Nichteinhaltung ein Zwangsgeld bis zu € 20.000 angedroht. Alle 12 Bescheide in der Zuständigkeit des Gesundheitsamtes des Rhein-Neckar-Kreises, auch zuständig für die Stadt Heidelberg, sind inzwischen rechtskräftig.

Die Sanierungssummen, welche von den einzelnen Eigentümern getragen werden müssen, liegen im Bereich von 1-3 Mio. €. Planerisch und logistisch sind solche großen Umbaumaßnahmen sehr aufwendig, weshalb die Fristsetzung zur Sanierung im Regelfall mind. 2 Jahre beträgt.

Bereits im Stadium der Anhörung erfolgten viele Rückfragen besorgter Bewohnerinnen und Bewohner beim Gesundheitsamt. Fragestellungen waren hier besonders die Umsetzung des Konsumverbotes und eventuelle Folgen einer bereits jahrelangen Aufnahme von Bisphenol A über das Trinkwasser. Auch Anfeindungen bzgl. der finanziellen Folgen der angeordneten Sanierung blieben nicht aus.

Obwohl dieses Verfahren der Rohrrinnenbeschichtung nicht mehr den a.a.R.d.T. entspricht, wird es von einschlägigen Unternehmen weiter beworben.

Literatur

[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] EFSA CEF Panel Scientific Opinion on the risks to public health related to the presence of bisphenol A (BPA) in foodstuffs: Executive summary. EFSA Journal 2015; 13 (1): 3978

[3] Umweltbundesamt (2021): Bewertungsgrundlage für Kunststoffe und andere organische Materialien im Kontakt mit Trinkwasser. Allgemeiner Teil. Version vom 9. März 2021 unter Berücksichtigung der 2. Änderung

[4] Umweltbundesamt (2021): Anlagen der Bewertungsgrundlage für Kunststoffe und andere organische Materialien im Kontakt mit Trinkwasser. Polymerspezifischer Teil. Version vom 9. März 2021 unter Berücksichtigung der 2. Änderung

[5] Umweltbundesamt (2018): Information – neue Regelung von Bisphenol A – Konsequenzen für Materialien im Kontakt mit Trinkwasser“, publiziert am 8. März 2018

[6] EFSA (2021): Bisphenol A: In dem Gutachtenentwurf der EFSA wird vorgeschlagen, die tolerierbare tägliche Aufnahmemenge herunter zu setzen. URL: <https://www.efsa.europa.eu/en/news/bisphenol-efsa-draft-opinion-proposes-lowering-tolerable-daily-intake> veröffentlicht am 15. Dezember 2021, abgerufen am 15. Juni 2022.

[7] Umweltbundesamt (2020): Ratgeber Trinkwasser aus dem Hahn. Stand Februar 2020. URL: <https://www.umweltbundesamt.de/publikationen/ratgeber-trink-was-trinkwasser-aus-hahn> abgerufen am 4. Oktober 2021.

Hitzeaktionsplan in Brandenburg und Ausbau des zentralen Netzwerks

Autorinnen/Autoren S. Menardoa¹, R. Baeker-Zschirp², M. Korn²

Institute 1 Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit, Abt. Gesundheit, Dez. G2 „Öffentlicher Gesundheitsdienst, Infektionsschutz und Gesundheitsberichterstattung“, Potsdam; 2 Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, Referat 43 – Öffentlicher Gesundheitsdienst, Infektionsschutz, Umweltbezogener Gesundheitsschutz, Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz, Potsdam

DOI 10.1055/s-0044-1782018

Hintergrund: Die globale klimatische Entwicklung ist in den letzten Jahren auch im Land Brandenburg messbar und spürbar gewesen. Mit einem Anstieg der langjährigen Jahresmitteltemperatur in Brandenburg um 1,3 °C seit Beginn der Wetteraufzeichnung (Klimareport Brandenburg LfU, 2019) und der Sommertage von etwa 30 auf über 50 zwischen den 50er Jahren und der letzten Dekade, gehört Brandenburg derzeit zu den am stärksten von Hitze betroffenen Regionen in Deutschland. Hitzeereignisse bergen Risiken für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Brandenburger Bevölkerung und können im Extremfall zu Todesopfern führen. Die langen Hitzeperioden der vergangenen Jahre haben die Hitzetote in Brandenburg im Vergleich zu den Durchschnittswerten der Jahre 1985 bis 2021 stark zunehmen lassen. In 2021 wurden 111 und in 2022 219 Hitzetote in Brandenburg ausgewiesen.

Ziele: Um die Bevölkerung besser vor den gesundheitlichen Auswirkungen von extremer Hitze zu schützen, wurde im Auftrag des Gesundheits- und des Klimaschutzministeriums ein Konsortium von Expertinnen und Experten ein umfangreiches Gutachten für einen Hitzeaktionsplan für das Land Brandenburg (HAP-BB) erstellt. Der Hitzeaktionsplan wird nunmehr als Teil der Klimaanpassungsstrategie erarbeitet.

Umsetzung – der Hitzeaktionsplan für Brandenburg: Das Gutachten wurde am 20. September 2022 im Rahmen einer Fachveranstaltung in Potsdam erstmals vorgestellt. Es enthält 41 Maßnahmen, die sich auf verschiedene zeitliche Dimensionen erstrecken: langfristige, vorbereitende und akute Maßnahmen. Diese Maßnahmen betreffen unter anderem den Hitzeschutz in der ambulanten Pflege, die Einrichtung eines Hitzetelefon, die Implementierung eines Buddy-Systems sowie die Verbesserung der Ausrüstung und Ausstattung der Rettungs- und Hilfskräfte angesichts der Zunahme von extremen Hitzeereignissen. Mehrere Bundesländer arbeiten intensiv an der Etablierung eines Hitzeaktionsplans, so auch Brandenburg. Der Brandenburgische Hitzeaktionsplan ist ein wichtiges Instrument zunehmenden Belastungen durch Hitzeperioden und deren gesundheitlichen Auswirkungen zu begegnen. Dabei stützt er sich auf drei Eckpfeiler, die im Vordergrund stehen: a) Risikokommunikation an die Bevölkerung und an Hilfesysteme, b) Empfehlungen für vulnerable Bevölkerungsgruppen, c) langfristig wirksame Maßnahmen zum Schutz vor Hitzeextremen. Der HAP BB wird als dynamischer Prozess und Gemeinschaftsaufgabe verstanden.

Als eine der ersten Maßnahmen des HAP-BB wurde mit relevanten Akteurinnen und Akteuren auf Landesebene am 09.06.2023 ein zentrales Netzwerk Hitzeschutz für Brandenburg gegründet. Es dient als institutioneller Rahmen auf Landesebene, innerhalb dessen bestehende und neue Angebote und Maßnahmen zum Hitzeschutz in einem dynamischen, lernenden Prozess konzipiert, kommuniziert, umgesetzt, evaluiert und bei Bedarf angepasst werden.

Kooperation Wissenschaft und Praxis

09:00 – 10:30 | Saal X.10

Der Weg zum Lehr- und Forschungsgesundheitsamt Dresden

Autor F. Bauer

Institut Landeshauptstadt Dresden, Amt für Gesundheit und Prävention, Dresden

DOI 10.1055/s-0044-1782019

Hintergrund: Das Amt für Gesundheit und Prävention richtet seine künftige Arbeit im Rahmen eines strategischen Ansatzes bis 2030 aus. Ein wesentlicher Baustein ist dabei die Etablierung als Lehr- und Forschungsgesundheitsamt und damit eine Stärkung des Amtes als kooperierende Instanz für den Transfer und die Verknüpfung zwischen Wissenschaft und Praxis. Mit der Ausgestaltung als Lehr- und Forschungsgesundheitsamt werden verschiedene Zielstellungen verbunden. Einerseits soll die wissenschaftlich begleitete Entwicklung von Maßnahmen, Angeboten und Projekten einen mehrdimensionalen Blick ermöglichen, die evidenzbasierte Arbeit des ÖGD erhöhen und gleichzeitig die Akzeptanz in verschiedenen Ebenen aus Bevölkerung und politischen Entscheidungsträger*innen befördern. Andererseits dient eine enge Verzahnung mit Wissenschaft und Forschung der Aus- und Weiterbildung von Beschäftigten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie insgesamt der Sichtbarmachung des Feldes. Um diese Zielstellungen zu erreichen, wurde durch den Freistaat Sachsen eine Brückenprofessur für Öffentliche Gesundheit an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität installiert. Diese wird anteilig auch durch das Amt für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden finanziert und inhaltlich ausgestaltet. So werden die Professur selbst aber auch die angeschlossenen Beschäftigten sowohl im Amt als auch in der Fakultät tätig sein.

Ziele: Der Beitrag informiert über das Vorgehen des Amtes für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden auf dem Weg zum „Lehr- und Forschungsgesundheitsamt“:

1. Darstellung der Einbettung als Lehr- und Forschungsgesundheitsamt in die strategische Ausrichtung des Amtes für Gesundheit und Prävention Dresden,
2. Beschreibung des Entwicklungsprozesses der Professur für Öffentliche Gesundheit sowie die personelle und sächliche Ausstattung,
3. Diskussion von Zielstellungen und erwarteten Vorteilen der ausgestalteten Brückenfunktion sowie
4. Ausblick auf Schwerpunkte der Zusammenarbeit und bereits laufende Forschungsprojekte.

Methode: Deskriptive Betrachtung des Status quo der Zusammenarbeit mit Wissenschaft, Forschung und Lehre. Argumentative Entwicklung und Skizzierung des Weges zum Lehr- und Forschungsgesundheitsamt Dresden unter enger Verzahnung mit dem Lehr- und Forschungskonzept der Professur für Öffentliche Gesundheit an der TU Dresden.

Ergebnisse: Der Öffentliche Gesundheitsdienst arbeitet als hochspezialisierter Fachbereich im gesundheitlichen Dienst für die Bevölkerung. Daher besteht ein besonderer Anspruch, dass die Arbeitsweise und die Etablierung von Maßnahmen und Methoden aktuellen wissenschaftlichen Standards folgen, diese aber auch gleichzeitig im Sinne des Praxistransfers mit entwickelt werden. Hierzu

ist die Etablierung einer Brückenprofessur für Öffentliche Gesundheit eine besondere Chance, vermag sie es doch durch ein „Tätigwerden in zwei Welten“ das Leitbild nach evidenzbasierter Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu stärken. Aufbauend auf positiven Erfahrungen an der Schnittstelle zu Wissenschaft und Forschung wird ein deutlicher Zugewinn in der fachlichen Arbeit aber auch in der Weiterentwicklung sowie Akquise von Personal für den ÖGD gesehen. Die eng vernetzte Zusammenarbeit ist also auch eine Möglichkeit der Ressourcenschaffung, -stärkung und -bindung. Nicht zuletzt wird erwartet, dass durch die wissenschaftliche Ausrichtung und Expertise auch der Diskurs mit Entscheidungsträger*innen argumentativ bereichert werden kann. Die Brückenprofessur dient damit auch dem Ansatz von „Health in All Policies“.

Diskussion: Aus Sicht des Autors ist zu diskutieren, welcher Anspruch hinsichtlich einer Zusammenarbeit zwischen dem ÖGD und der Wissenschaft bzw. Forschung besteht. Gleichmaßen sollte in die Diskussion einbezogen werden, wie der Öffentliche Gesundheitsdienst insgesamt von der Ausgestaltung einzelner Lehr- und Forschungsgesundheitsämter profitieren kann, wie eine eng vernetzte Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften und der Transfer auf andere Gesundheitsämter gelingen. Zielstellung muss es nach Ansicht des Autors sein, dass die in Kooperation von Professuren für Öffentliche Gesundheit und ggf. strukturell stärker ausgestalteten Gesundheitsämtern erarbeiteten Ergebnisse für den Öffentlichen Gesundheitsdienst insgesamt nutzbar sind.

Public-Health-Professionals im Öffentlichen Gesundheitsdienst – Anzahl und Verteilung gesundheitswissenschaftlicher Fachkräfte in deutschen Gesundheitsämtern

Autorinnen/Autoren J. Kleinschmidt¹, B. Ewert¹, W. Lenz¹, J. Plath¹

Institute 1 Amt für Gesundheit und Gefahrenabwehr, Main-Kinzig-Kreis, Hessen, Gelnhausen; 2 Hochschule Fulda, Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Hessen, Fulda

DOI 10.1055/s-0044-1782020

Hintergrund: Eine engere Vernetzung und Zusammenarbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit dem Fach Public Health ist Gegenstand aktueller Diskussionen. Zur Anzahl und Verteilung von akademisch qualifizierten Fachkräften aus dem Bereich Public Health in den unteren Gesundheitsbehörden liegen bislang nur wenige Daten vor. Im Rahmen dieses Vorhabens wurden Fachkräfte im Bereich Public Health als Public-Health-Professional operationalisiert. Primäres Ziel der empirischen Erhebung war die Analyse der Verteilung von Public-Health-Professionals im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Zudem wurde die Sicht der Amtsleitungen auf Personalbedarfe und die wissenschaftliche Arbeit, sowie das Interesse an Lehr- und Forschungsaktivitäten der Gesundheitsämter erhoben.

Methode: Mittels Online-Survey wurden die Amtsleitungen der 376 deutschen Gesundheitsämter zur Präsenz von Public-Health-Professionals und Ihrer Sicht auf Personalbedarfe befragt. Die Erhebung wurde mit einer Laufzeit von 12 Wochen durchgeführt und die Ergebnisse deskriptiv ausgewertet.

Ergebnis: Die Teilnahmerate an der Befragung betrug 39,1% (n = 147). Durchschnittlich beschäftigten die teilnehmenden Gesundheitsämter 2,6 (M 2,59, SD 3,89, MD 2) Public-Health-Professionals. 29,3% (n = 43) der Amtsleitungen gaben an, keine Public-Health-Professionals zu beschäftigen. Es berichteten 78,2% (n = 115) der Amtsleitungen, mehr Personal zu benötigen. Zudem äußerten 64,4% (n = 95), mehr Personal mit Studium oder Zusatzstudium im Bereich Public Health zu benötigen. 81,0% (n = 119) der Amtsleitungen stimmten der Aussage zu, dass eine stärkere wissenschaftliche Ausrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sinnvoll ist.

Diskussion: Fachpersonal aus dem Bereich Public Health ist noch nicht in allen Gesundheitsämtern in Deutschland vertreten. Sowohl die Verteilung von Public-Health-Professionals in den teilnehmenden Gesundheitsämtern, als auch die Sicht der Amtsleitungen bezüglich des Bedarfs für diese Berufsgruppe im eigenen Gesundheitsamt sind heterogen. Obwohl eine stärkere wissenschaftliche Ausrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mehrheitlich als sinn-

voll beurteilt wurde, ist das Interesse, als Lehr- und Forschungsgesundheitsamt tätig zu werden, geteilt. Die Validität der Ergebnisse ist limitiert, da die Daten nicht offiziellen Personalstatistiken entnommen wurden. Trotz dieser Einschränkungen konnte erstmals ein Status quo bezüglich der Anzahl und Verteilung von Public-Health-Professionals in den Gesundheitsämtern erhoben und die Sicht der Amtsleitungen auf Wissenschaft und Forschung im Öffentlichen Gesundheitsdienst analysiert werden.

Brückenbau zwischen ÖGD und Universitätsmedizin – Erfahrungen aus Ostwestfalen-Lippe

Autorinnen/Autoren A. Jack¹, M. Tröger¹, C. Hornberg¹

Institut 1 Medizinische Fakultät OWL AG1 – Sustainable Environmental Health Sciences, Universität Bielefeld

DOI 10.1055/s-0044-1782021

Die Corona-Pandemie hat uns deutlich gemacht, dass der Umgang mit gesundheitlichen Krisensituationen eine Aufgabe ist, die weit über einzelne Institutionen und Sektoren hinausgeht. Evidenzbasierte Prognosen legen nahe, dass vor allem Erreger-bedingte Krisensituationen in Zukunft erneut auftreten (Jones et al. 2008; Marani et al. 2021) – getrieben und amplifiziert durch gravierende Auswirkungen anthropogener Umweltveränderungen wie u.a. intensive Landnutzung, Verlust von Biodiversität und Klimawandel (Lefrançois et al. 2022). Demnach wird die Rolle des ÖGD zunehmend an Bedeutung gewinnen. Damit einhergehend steigen unausweichlich auch die Anforderungen, denen das öffentliche Gesundheitssystem mit eigenen Kapazitäten aufgrund zahlreicher Gründe (bspw. personelle und/oder strukturelle Aufstellung) nur bedingt gewachsen ist.

Der bekannte Ärztemangel von ländlich geprägten Regionen wie bspw. Ostwestfalen-Lippe (OWL) bringt auch für den lokalen ÖGD ganz neue Herausforderungen mit sich. Vor diesem Hintergrund stellt sich insbesondere die flächendeckende Verknüpfung zwischen Universitätsmedizin und Gesundheitsämtern als zukunftsorientiertes Fundament zur Steigerung der Attraktivität des ÖGD heraus. Die Universitätsmedizin Bielefeld greift auf eine beständige Kooperationsstruktur mit dem regionalen ÖGD in OWL zurück, vertreten durch das MRE-Netzwerk der Gesundheitsämter Bielefeld, Gütersloh, Herford, Höxter, Lippe, Minden-Lübbecke und Paderborn; unter Begleitung der Arbeitsgruppe von Prof. in Dr. med. Claudia Hornberg (vormals Fakultät Gesundheitswissenschaften; aktuell in der AG 1 „Sustainable Environmental Health Sciences“ der Medizinischen Fakultät OWL).

Im Zuge der Pandemiebewältigung hat sich der Mehrwehrt dieser Kooperationsstruktur zwischen ÖGD und Universitätsmedizin bereits in einer frühen Phase der SARS-CoV-2 Pandemie dargestellt: erste Erfolge im Bereich des integrierten Ausbruchmanagements mit Unterstützung molekularbiologischer Daten konnten gesammelt werden (vom MAGS geförderte Gütersloh Studie, Ausbruch in einem großen fleischverarbeitenden Betrieb). Aufbauend auf dieser vorhandenen Expertise konnten bereits auch überregionale interdisziplinäre Netzwerke geknüpft werden, welche die Zusammenarbeit zwischen dem ÖGD und der Universitätsmedizin gefördert haben. Die Beteiligung am Netzwerk Universitätsmedizin (<https://www.netzwerk-universitaetsmedizin.de/>) mit den Teilprojekten PREPARED, CollPan & MolTraX zeigt, wie wichtig eine aktive Einbindung des lokalen ÖGD in die Forschung sein kann – und wo aktuell noch Hürden sind, die es zu überwinden gilt.

Weiterhin bietet eine frühzeitige Repräsentation des ÖGD in der medizinischen Lehre die Möglichkeit, den ärztlichen Nachwuchs direkt an die Themenfelder der öffentlichen Gesundheit heranzuführen und die Bevölkerungsmedizin von Beginn an in der ärztlichen Ausbildung abzubilden. Somit profitieren angehende Mediziner:innen von Vernetzung mit dem ÖGD – zum Beispiel durch Einbindung der Gesundheitsämter in Praktika, Famulaturen oder auch im Zusammenhang mit dem praktischen Jahr. Die Vernetzung von Universitätsmedizin und ÖGD kann somit auch einen wichtigen Beitrag zur Nachwuchsförderung in einem zunehmend bedeutenden Zweig der Medizin leisten, um die ärztlichen

Kompetenzen des öffentlichen Gesundheitssektors auch in Zukunft lokal und überregional aufrecht zu erhalten und weiterzuentwickeln [1–3].

Literatur

- [1] Jones KE, Patel NG, Levy MA et al. Global trends in emerging infectious diseases. *Nature* 2008; 451: 990–993
- [2] Marani M, Katul GG, Pan WK, Parolari AJ. Intensity and frequency of extreme novel epidemics. *Proc Natl Acad Sci USA* 2021; 118:
- [3] Lefrançois T, Malvy D, Atlani-Duault L, Benamouzig D, Druais PL, Yazdanpanah Y, Delfraissy JF, Lina B. After 2 years of the COVID-19 pandemic, translating One Health into action is urgent. *Lancet* 2022; S0140-6736 (22): 01840–2. doi:10.1016/S0140-6736(22)01840-2 Epub ahead of print PMID: 36302392; PMID: PMC9595398

Lessons learned aus dem Verbundprojekt I.N.Ge

Autorinnen/Autoren H. Richter¹, E. Piontkowski¹, G. Roller², S. Brockmann², F. Nill², B. Joggerst³, U. Stengele³, P. Schäfer⁴, P. Braun⁴, K. Wolfers⁵, S. Minkwitz⁵, S. Joos¹, M. A. Rieger¹, D. Häske¹

Institute 1 Zentrum für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen; 2 Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration; 3 Gesundheitsamt Enzkreis/Pforzheim, Landratsamt Enzkreis; 4 Jugendamt und Gesundheitsamt Mannheim, Stadt Mannheim; 5 Kreisgesundheitsamt Reutlingen, Landratsamt Reutlingen

DOI 10.1055/s-0044-1782022

Hintergrund: Das BMG-geförderte Verbundforschungsprojekt „Infektionsschutz.Neu.Gestalten“ (I.N.Ge) startete im September 2021 und hat zum Ziel, die Zusammenarbeit zwischen mit Projektpartner*innen aus Wissenschaft und ÖGD zu stärken. Im Rahmen der Projektlaufzeit von drei Jahren wurden im Verbund gemeinsam Reallabore zu unterschiedlichen Themenfeldern im Bereich des Infektionsschutzes etabliert. Hierbei fanden unterschiedliche quantitative und qualitative Forschungsmethoden Anwendung, im Rahmen der Reallabormethodik wurde in allen Reallaboren insbesondere in hohem Maße transdisziplinär und partizipativ vorgegangen. Das Verbundforschungsprojekt I.N.Ge verfolgt das Ziel, gemeinsam einen Beitrag zur evidenzbasierten Arbeit des ÖGD zu leisten. Zusätzlich wird durch die gemeinsame Arbeit im Verbund angestrebt, die Zusammenarbeit zwischen ÖGD und Public-Health-Forschung zu stärken.

Methodik: Um ein Resümee für den I.N.Ge-Verbund ziehen zu können und Lessons learned für zukünftige (Verbund-)Kooperationen von Projektpartner*innen aus Wissenschaft und ÖGD ableiten zu können, werden Prozesse und Zwischenergebnisse im laufenden Projekt analysiert. Hierzu fließen Bewertungen der operativen und leitenden Ebene ein, die Analyse von Projekt- und Arbeitsplänen, aber auch die Notwendigkeit, strukturelle Änderungen und Anpassungen der Personalplanung vorzunehmen.

Ergebnisse: Die Reallabormethodik wurde als transformativer Lernprozess für den gesamten Forschungsverbund ausgewählt. Auch wenn die für alle im Projekt neue und anspruchsvolle Methodik insgesamt als gewinnbringend eingestuft wird, wird sie ebenfalls als herausfordernd und vor allem für die Einarbeitung in die Methodik und die Durchführung als zeitintensiv wahrgenommen. Insbesondere das stark transdisziplinäre und partizipative Vorgehen musste von allen in Verbund kennen und vor allem schätzen gelernt werden. Die Flexibilität der Reallabormethodik scheint bei ausreichender Methodenkenntnis vorteilhaft für das Projektziel einer Stärkung der Zusammenarbeit, jedoch ist die konkrete Umsetzung und damit der Zeit- und Mittelbedarf schwer abzusehen. Dies erschwert auch die Bewirtschaftung der Projektmittel.

Durch den Projektstart während der COVID-19-Pandemie konnten die Stellen nur verzögert und nicht wie geplant mit erfahrener wissenschaftlichem Personal besetzt werden. In diesem Kontext erscheint die gewählte Methodik als sehr komplex und zeitintensiv, da sich die neuen Mitarbeitenden zunächst erst in die Felder ÖGD und Forschung einarbeiten mussten. Darüber hinaus mussten notwendige Forschungsmethoden adaptiert werden. Der geplante und beantragte Stellenanteil der Forschenden erscheint in diesem Kontext zu gering. Die

unterschiedlichen Strukturen und Arbeitsweisen der Verbundpartner*innen erfordern überdies ein intensives Kennenlernen, regelmäßigen Austausch, eine klare und eindeutige Kommunikation, eine klare Rollen- und Aufgabenverteilung sowie regelmäßige Reflexionen. Auch die Entwicklung eines gemeinsamen Mindsets zu Forschung stellt eine wesentliche grundlegende gemeinsame Aufgabe dar. Für diese Aspekte würden die Verbundpartner*innen bei vergleichbaren Projekten zukünftig mehr Zeit einplanen.

Ausblick: Die Erfahrungen aus I.N.Ge bieten Anhaltspunkte für die Antragsstellung, Entwicklung und Durchführung zukünftiger (Verbund-)Kooperationen von Wissenschaft und ÖGD. Die Projektbeteiligten konnten in der bisherigen Projektlaufzeit ein gemeinsames Verständnis entwickeln und erleben einen Lernprozess, der trotz methodisch unterschiedlicher Herangehensweisen eine produktive, effiziente und gemeinsame Weiterentwicklung der Schnittstelle zwischen Forschung und ÖGD ermöglicht.

Förderung Der Forschungsverbund I.N.Ge (Infektionsschutz.Neu.Gestalten) wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert (ZMI1-2521FSB111).

Interessenskonflikt Es bestehen keine Interessenskonflikte bei den Autor*innen.

Pilotierung eines Trainee-Rotationsmodells zur Förderung kommunaler Wissenstransfer- und Kooperationsstrukturen. Erste Ergebnisse aus der Evaluation des EvidenzÖGD-Projektes

Autorinnen/Autoren L. Arnold¹, S. Bimczok¹, N. Dragano², A. Kietzmann³, M. Schäfer⁴, G. Schenuit³, T. Schoner³, H. Schütt¹, F. Vosseberg¹, S. Weyers², D. Starke¹

Institute 1 Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf; 2 Institut für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum der Heinrich Heine Universität Düsseldorf; 3 Gesundheitsamt Düsseldorf, Projektarbeit im Gesundheitsschutz, Düsseldorf; 4 Bonn

DOI 10.1055/s-0044-1782023

Hintergrund: Die institutionelle Verankerung von Wissenstransfer zwischen Wissenschaft und Praxis auf kommunaler Ebene kann einen wichtigen Beitrag für die Sicherstellung und Weiterentwicklung einer effektiven Aufgabenwahrnehmung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) leisten. Eine wissenschaftlich fundierte Arbeit im ÖGD erfordert ebenso wie ÖGD-relevante Forschung den Einsatz personeller, finanzieller und zeitlicher Ressourcen und bedarf entsprechender fachlicher wie methodischer Kompetenzen. Im Projekt EvidenzÖGD haben Vertreter:innen aus ÖGD-Wissenschaft und -Praxis ein Trainee-Rotationsmodell entwickelt, um die Teilnehmenden sowie die beteiligten Institutionen beim Aufbau einer Infrastruktur zu unterstützen, die einen nachhaltigen Wissenstransfer ermöglichen soll. Im Beitrag werden die Ergebnisse der Pilotierung vorgestellt und die mit der Implementierung verbundenen Barrieren und Chancen reflektiert.

Methodik: Mittels eines Mixed-Methods-Ansatzes bestehend aus Scoping Review, qualitativen Interviews und Expert:innen-Workshop wurden die Aufgaben und Tätigkeiten in Bezug auf die Umsetzung von Wissenstransfer auf kommunaler Ebene identifiziert und darauf aufbauend die hierfür benötigten Fähigkeiten und Kompetenzen priorisiert. Dies diente als Grundlage für die Entwicklung des Qualifikationsmodells, mit dem Personen auf die Arbeit an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis im kommunalen ÖGD vorbereitet werden sollen. Von April bis Oktober 2023 wurde das Modell pilotiert und begleitend mittels qualitativer Methoden (Fokusgruppen, Dokumentenanalysen) evaluiert. Im Rahmen dessen wurden die vorab festgelegten Evaluationskomponenten bestehend aus Stellenrotation mit Mentoring, Lernzielkatalog, Logbuch, begleitender Fortbildungsreihe und gemeinsamem Forschungsprojekt analysiert.

Ergebnisse: Während einer sechsmonatigen Pilotierung der institutionenübergreifenden Stellenrotation setzten sich die teilnehmenden Trainees mit der Sicherstellung zukünftiger Evidenztransferprozesse zwischen Wissenschaft und Praxis auf kommunaler Ebene auseinander. Basierend auf der begleitenden

Programmevaluation konnte erarbeitet werden, welche Aspekte bei der Konzeption kommunaler Trainee-Rotationsmodelle zu beachten sind. Neben einem modular gestaltbaren und auf die individuellen Bedürfnisse adaptierbaren Logbuch erwies sich hierbei insbesondere die angeleitete praktische Arbeit an einem begleitenden Forschungsprojekt als hilfreich zum Kompetenzerwerb.

Diskussion: Durch die Implementierung eines Trainee-Rotationsmodells auf lokaler Ebene kann ein Grundstein für eine kooperative Infrastruktur zwischen Akteur:innen aus Wissenschaft und Praxis mit beidseitigem Erkenntnisgewinn gelegt werden. Die Ergebnisse der Programmevaluation liefern wertvolle Hinweise zur Weiterentwicklung und perspektivischen Adaption des Trainee-Rotationsmodells im Rahmen eines Scaling-Up des Modells. Entsprechend werden aus den Evaluationsergebnissen konkrete Schritte zur Übertragbarkeit des Modells in andere Kommunen abgeleitet und open access zur Verfügung gestellt.

Infektionsschutz – Block 5

11:00 – 12:30 | Saal X.3

Wie viele Infektionen gibt es in der außerklinischen Intensivpflege wirklich?

Autorinnen/Autoren P. Ziech¹, P. A. Nouri-Pasovsky², C. Geffers²

Institute 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA); 2 Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen Institut für Hygiene und Umweltmedizin Charité-Universitätsmedizin Berlin
DOI 10.1055/s-0044-1782024

1. Einleitung (Hintergrund, Relevanz und Fragestellung der Arbeit): Immer mehr Menschen mit respiratorischer Insuffizienz können inzwischen auch außerhalb einer Klinik intensivmedizinisch und -pflegerisch versorgt werden. Seit 2018 verpflichtet das Infektionsschutzgesetz Einrichtungen der ambulanten Intensivpflege zur Umsetzung von Maßnahmen zur Vermeidung nosokomialer Infektionen und der Weiterverbreitung von Krankheitserregern. Ein wichtiges Werkzeug, um ein modernes Hygienemanagement zu realisieren, die Surveillance, fehlt jedoch bislang für diesen Bereich. Auch Infektionszahlen in die AIP fehlen bisher.

Im Rahmen eines geförderten Projektes wurde der Frage nachgegangen, ob und wie ein Infektions-Surveillance-System in Einrichtungen der ambulanten Intensivpflege (AIP) funktionieren kann. Außerdem sollte die Frage nach den Infektionszahlen und MRE-Nachweisen beantwortet werden.

2. Material/Methoden (Patientenkollektiv, Methode, statistische Verfahren): Das Projekt adressierte ambulante Pflegedienste, die mind. zwei erwachsene AIP-Patienten mit Trachealkanüle versorgten. Es wurde ein Surveillance-System entwickelt, eingeführt und evaluiert. Die Teilnehmer erhoben patientenbezogene Daten zu nosokomialen Infektionen und MRE und gaben diese anonymisiert in eine Online-Datenbank ein. Die so erhobenen kumulierten Daten wurden als „Referenzdaten“ allen Teilnehmern zusammen mit den jeweils eigenen Daten zurückspeigelt. Die Projektteilnehmer konnten hierdurch einen Überblick über Ihre eigenen Infektionshäufigkeiten im Vergleich zu anderen Einrichtungen bekommen und gegebenenfalls gezielt Anpassungen bei Präventionsmaßnahmen vornehmen.

3. Ergebnisse (Resultate mit Daten und Statistik): Von Nov. 2020 bis Nov. 2022 nahmen bundesweit 20 Pflegedienste mit 80 Betreuungseinrichtungen an dem Surveillance-Projekt teil. In diesen Einrichtungen wurden im Rahmen des Projektes 712 Patienten mit Trachealkanüle in der AIP betreut (187.227 Patiententage). Im Rahmen der Surveillance wurden 783 Infektionen identifiziert. Die Infektionen verteilen sich etwa zu 33% auf Harnwegsinfektionen, 28% Atemwegsinfektionen, 9% Wundinfektionen und 30% weitere Infektionen ohne Diagnose.

4. Diskussion (Bedeutung der vorgelegten Arbeit und Schlussfolgerung): Grundsätzlich scheint eine Surveillance auch in der AIP möglich zu sein – wobei der Aufwand je nach Organisationsstruktur des Pflegedienstes variiert. Die gewonnenen Daten zu Infektionshäufigkeiten und MRE können wertvolle Hinweise für die Effektivität der eigenen Infektionspräventionsstrategien liefern. Von den Teilnehmern wurden bereits positive Effekte auf die Patientenversorgung berichtet.

Umsetzung der neuen KRINKO-Empfehlung "Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen" – Erfahrungen aus Klinikbegehungen

Autorinnen/Autoren K. Schuster¹, P. Franke¹, M. Berres, H. Notz, B. Böddinghaus

Institut 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main Abteilung Hygiene und Umwelt Breite Gasse 28 60313 Frankfurt am Main
DOI 10.1055/s-0044-1782025

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 adressiert. 2023 lag der Fokus auf der Flächendesinfektion. Beachtung fand insbesondere die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“ aus 2022. Neben allgemeinen Themen wie Aktualität des Hygieneplans und Ausstattung mit Hygienefachpersonal u. a. wurden themenbezogen Erhebungen zur Strukturqualität sowie Prozessbeobachtungen durchgeführt.

Methode: In jeder der 14 Frankfurter Kliniken wurden Bereiche mit verschiedenen Infektionsrisiken begangen. Zur Beurteilung der Prozessqualität wurden die mit der Flächenhygiene betrauten Berufsgruppen Reinigungsdienst (RD), Pflegedienst (PD) und ärztlicher Dienst (ÄD) jeweils zur Auswahl, Zubereitung und Anwendung der Substanzen befragt. Prozessbeobachtungen in klinischen Situationen und bei Routinereinigungen anhand berufsgruppenbezogener Medizinprodukte und Zuständigkeiten ergänzten die Erhebung. Die Prüfung auf optische Sauberkeit diente der Erfassung der Ergebnisqualität. Die Begehung erfolgte unter Verwendung einer eigens entworfenen standardisierten Checkliste. Diese war im Wesentlichen gestaltet als einfache Entscheidungsfragen (ja/nein). Die Auswertung erfolgte anschließend als absolute Häufigkeiten der Checklistenfragen.

Ergebnisse: Die Prüfung der verwendeten Produkte brachte u.a. eine fehlerhafte Konzentration (3/14 Kliniken) oder fehlende Listung eines Produktes für den geplanten Wirkungsbereich (1/14 Kliniken) hervor.

Bei der Auswahl der Mittel wurde die vom Hersteller angegebene Konzentration-Zeit-Relation korrekt berücksichtigt. Insbesondere QAV-basierte Mittel kamen nicht in der Konzentration des 4-Stunden-Wertes zur Anwendung. Festlegungen zur Wiederbenutzung der Flächen waren gemäß Herstellerangaben jeweils korrekt angegeben.

Reinigungstücher zur Wiederaufbereitung nutzten 13 der 14 Kliniken. Die für die Aufbereitung der Reinigungstextilien genutzten Räumlichkeiten waren oft in Kellerräumen (7/14) verortet. Drei Kliniken ließen ihre Wischtextilien extern aufbereiten. Der bauliche und Reinigungszustand der Räume und Maschinen wies große Unterschiede auf. Erhebliche Verschmutzungen konnten in allen Häusern mit eigener Aufbereitung in den Einfüllkammern der Waschmaschinen mit automatischer Dosierung gefunden werden. Bemängelt wurde außerdem der schlechte Zustand der Räume insgesamt: Defekte an Boden, Wänden und Decke, verstaubte Lüftungsauslässe und fehlende Händedesinfektionsmittelspender. Auch die Lagerhaltung wurde bemängelt (nicht wischdesinfizierbare Regale, Materialdefekte, Bodenlagerung, fehlender Schutz vor Rekontamination der aufbereiteten Textilien).

Eine zentrale Bettenaufbereitung gab es in 5/14 Häusern, wobei nur eine Klinik dabei auch eine maschinelle Bettenreinigung betrieb. Lediglich eine Klinik hielt auf den Stationen separate Räumlichkeiten für die dezentrale Bettenaufbereitung vor. In allen 14 Kliniken fand die Bettenaufbereitung zusätzlich oder ausschließlich trotz Mehrfachbelegung im Patientenzimmer statt, wobei nach Arbeitsanweisung zeitgleich keine pflegerischen Maßnahmen an den anderen Patienten stattfinden sollten. Die jeweils vorgesehenen Räumlichkeiten waren beengt, die geplanten Räume auf den Stationen wurden teilweise anderweitig genutzt. Eine klare Trennung in rein/unrein fehlte. Unzureichender Schutz vor Rekontamination (3/14) wurde ebenso bemängelt wie Restverschmutzungen an gereinigten Betten (3/14 Häuser).

Diskussion: Die Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen in medizinischen Einrichtungen sind komplex. Viele verschiedene eingesetzte Wirkstoffe in unterschiedlichen Dosierungen erschweren es den Anwender:innen, das richtige Produkt für die aktuelle Situation auszuwählen. „Keep it simple“ ist daher auch im Bereich der Reinigung und Desinfektion von Flächen entscheidend. Arbeitsanweisungen müssen stets aktuell sein. Die Nutzung von bebilderten und mehrsprachigen Anleitungen hat sich bewährt. Phasen von Produktwechseln müssen besonders engmaschig begleitet werden. Die Vielfalt an zur Verfügung stehenden Mittel und unterschiedliche Wirkungsbereiche erfordern eine genaue Prüfung und jährliche Kontrolle der Desinfektionsmittellpläne. Diese Grundgedanken setzten die Einrichtungen in der Regel gut um. Den Anwender:innen war bekannt, welches Produkt für welchen Zweck zum Einsatz kommt und konnten angeben, bei wem oder wo ggf. die Information zur Auswahl einzuholen ist.

Konsens ist allerdings auch, dass neben gut geschulten Mitarbeitenden und der korrekten Auswahl der Produkte, nur sachgerecht aufbereitete und nach Aufbereitung kontaminationsgeschützte Reinigungstextilien eine gute Flächenhygiene ermöglichen können. Zeitgleich ist für die desinfizierende Flächenreinigung eine glatte, intakte Oberfläche erforderlich. Die Instandsetzung beschädigter Oberflächen wurde in den vergangenen Jahren bereits durch das Gesundheitsamt Frankfurt angemahnt. Die nun inspezierten Aufbereitungsräume offenbarten teilweise gravierende Mängel in diesen Bereichen, deren Behebung nachkontrolliert werden muss.

Die Überprüfung der Flächenhygiene durch Gesundheitsämter ist eine aufwändige Thematik. Es müssen nicht nur diverse Dokumente geprüft, sondern auch vielfältige Bereiche in den Kliniken begangen sowie Prozesse stichpunktartig beobachtet werden. Die exemplarisch dargestellten Mängel in der Reinigung und Desinfektion von Flächen stellen nur eine Momentaufnahme dar, offenbaren jedoch bereits mehrere bedeutsame Problemfelder: bauliche Mängel, mangelnde Instandsetzung, Personalmangel und Schnittstellen in den Zuständigkeiten.

Dies demonstriert eindrucksvoll die Bedeutung der Hygieneüberwachung medizinischer Einrichtungen durch die Gesundheitsämter, welche die Problemfelder an die Einrichtungsleitung adressieren und maßgeblich zur Erhöhung der Patientensicherheit beitragen können.

25 years of lab-based surveillance by the Consiliary Laboratory of Diphtheria help detecting an European outbreak of imported diphtheria

Autorinnen/Autoren A. Berger^{1,2}, A. Dangel^{1,2}, A. Sprenger², K. Bengs², R. Konrad², A. Sing^{1,2}

Institute 1 German National Consiliary Laboratory of Diphtheria, Bavarian Health and Food Safety Authority, Oberschleissheim; 2 Bavarian Health and Food Safety Authority, Oberschleissheim

DOI 10.1055/s-0044-1782026

Introduction: Diphtheria is a vaccine-preventable disease caused by diphtheria toxin (DT) producing, i.e. toxigenic *Corynebacterium* (*C. spp.*) of the three species *C. diphtheriae*, *C. ulcerans* and -very rarely – *C. pseudotuberculosis*. In 1997, the German National Consiliary Laboratory of Diphtheria (GNCLD) was

founded to assist diphtheria surveillance in Germany and to serve as a reference laboratory supporting laboratories in the diagnosis of diphtheria by offering cost-free testing (incl. PCR- and Elek-test-based toxigenicity testing and molecular typing). Most human-derived isolates of the three potentially toxigenic *C. spp.* are sent to the GNCLD.

Methods: We report the results of lab-based diphtheria diagnosis performed at the GNCLD within the 25 years of its existence.

Results: Between 1997 and November 2022, 1603 human-derived *C. diphtheriae* or *C. ulcerans* isolates were sent to the GNCLD. Prior to 2022, toxigenicity was higher for *C. ulcerans* as compared to *C. diphtheriae* both in absolute numbers (174 vs. 74) and in positivity rate (82.1 % vs. 7.2 %). This changed dramatically in 2022 with a sharp increase both in absolute numbers of toxigenic *C. diphtheriae* strains (129 vs. 30 toxigenic *C. ulcerans*) and in *C. diphtheriae* toxigenicity (39.4 % vs. 4.8 % in 2019-2021). This changing pattern allowed to detect very early an outbreak of imported diphtheria among migrants arriving in Germany, which was later also described in other European countries. Since July 2022, increased cases of cutaneous and, less commonly, respiratory diphtheria caused by toxigenic *C. diphtheriae* among migrants have been diagnostically confirmed by the GNCLD (n = 129 isolates; data as of 11/30/2022). Whole genome sequencing (WGS) revealed three main clusters of ST-377 (n = 35), ST-384 (n = 21), and ST-574 (n = 25), which have also been observed among refugees in other European countries, as well as an additional cluster of ST-377 with erythromycin- and clindamycin-resistant strains (n = 7). In addition, two isolates belong to ST-466. None of the clusters can be clearly assigned to a country of origin or to a specific escape route or a specific location (e.g. a community shelter). Tox-negative strains detected so far belonged to other sequence types (ST-480 and ST-585).

Conclusion: Lab-based diphtheria surveillance incl. WGS-based typing on a national scale is an important tool for supporting rapid outbreak detection both on the local, regional and national level.

Achtung – P(B)ockige Schafe!

Autorinnen/Autoren B. Faiß, L. Eichner, C. Schlegel
Institut Kreisgesundheitsamt Reutlingen, Reutlingen
DOI 10.1055/s-0044-1782027

Einleitung: Mitte Juli 2023 ging beim Gesundheitsamt Reutlingen eine ungewöhnliche Labormeldung aus einer bayrischen Universitätsklinik ein. Bei einem 23-jährigen männlichen Patienten aus dem Landkreis Reutlingen wurden in einem Hautabstrich Parapockenviren (PCR) nachgewiesen.

Methoden: Das Gesundheitsamt Reutlingen führte eine umfangreiche Ermittlungsarbeit durch.

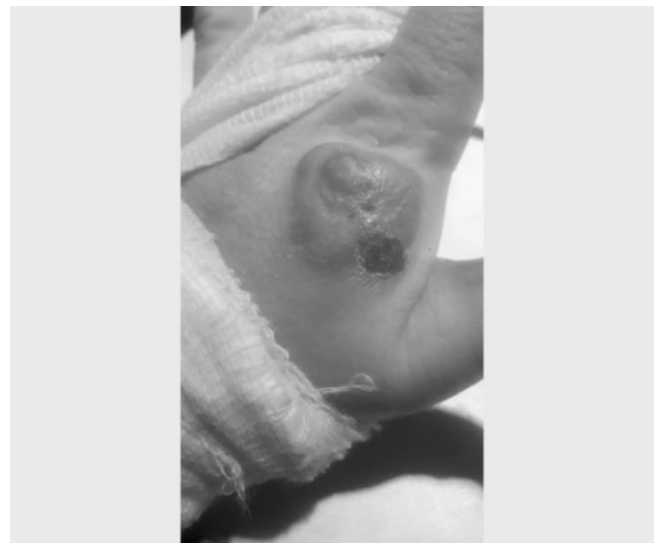
Im auswärtigen Universitätslabor wurden nach Differentialdiagnostik Parapocken festgestellt.

Ein Isolat der Probe wurde zusätzlich an das Konsiliarlabor für Pockenviren am RKI zur Sequenzierung eingesandt. Das weitere Vorgehen im Umgang mit dem infizierten Schäfer und seiner Schafherde erfolgte in enger Abstimmung mit der oberen Landesgesundheitsbehörde Baden-Württemberg und der kommunalen Veterinärbehörde.

Ergebnisse: Bei dem Patienten handelt es sich um einen Schäfer, der sich in den Sommermonaten mit seiner aus 500 Schafen und Lämmern bestehenden Schafherde im Neckar-Odenwald-Kreis (Baden-Württemberg) aufhält. Anfang Juli wurde er von einem Schaf mit „Lippengrind“ in die linke Hand gebissen. Vier Tage später trat am linken Handrücken eine ca. 3 cm große erosive, teils krustige belegte Plaque proximal des Zeigefingergrundgelenks auf (Fotomaterial vom betroffenen Hautareal wurde gesichert). Daraufhin stellte er sich in der Notaufnahme der bayrischen Universitätsklinik vor. Nach der Diagnose Orf-Virus-Infektion erfolgte primär eine antiseptische Lokalbehandlung. Im

weiteren Verlauf kam es bei dem Patienten zu einer bakteriellen Superinfektion der Wunde mit *Staphylococcus aureus*, die eine topische Antibiose erforderte.

Diskussion: Beim sogenannten Lippengrind handelt es sich um eine durch das Orf-Virus hervorgerufene weltweit verbreitete Zoonose, die i.d.R. bei Schafen und Ziegen auftritt. Das Orf-Virus ist ein behülltes DNA-Virus und gehört zur Familie *Poxviridae*, Gattung *Parapoxvirus*. Das Orf-Virus kann lange in der Umwelt überleben und wird durch direkten Kontakt mit kontaminierten Zäunen, Futtertrögen, abgefallenen Krusten und damit kontaminierter Einstreu sowie in seltenen Fällen auch aerogen übertragen. Bei Schafen verursacht die Infektion mit dem Orf-Virus Hautveränderungen, die oft als Bläschen, Pusteln und Krusten an Lippen, Nase, Augenlidern, Ohren, Euter sowie im Klauenbereich in Erscheinung treten. Oft ist keine veterinärmedizinische Behandlung erforderlich. Eine Virus-Übertragung auf den Menschen ist sehr selten und kann bei fehlenden Schutzmaßnahmen im Umgang mit erkrankten Tieren auftreten. Die Eintrittspforte in den menschlichen Körper stellen dabei Schleimhäute und kleine Hautverletzungen dar. Nach Infektion kann es zu schmerzhaften Hautveränderungen mit Bläschenbildung verbunden mit Lymphknotenschwellungen kommen ► Abb. 1.



► Abb. 1

Dem Schäfer wurde in unserem Fall geraten, zukünftig im Umgang mit infizierten Schafen Einmalhandschuhe zu tragen und eine Händedesinfektion nach Ablegen derselben durchzuführen. Das Kreisveterinäramt wurde über den Fall informiert und hat das Gesundheitsamt bei der Einordnung dieses seltenen Falls beraten. Eine Meldepflicht von Orf-Virus-Infektionen in Tierbeständen besteht nicht.

Das Fallbeispiel unterstreicht sowohl die Wichtigkeit des fachlichen Austausches zwischen behandelnden Ärzten, beteiligten Laboren und den Behörden im Rahmen der Ermittlungen auf Basis des Infektionsschutzgesetzes als auch die Bedeutung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Präventionsarbeit.

Die Rolle des ÖGD bei Gesundheitsplanung und -versorgung

11:00 – 12:30 | Saal X.4

Integrierte und sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung in der kommunalen Gesundheitsberichterstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Autorinnen/Autoren T. Pfänder¹, B. Szagun¹

Institut 1 RWU Hochschule Ravensburg-Weingarten University of Applied Sciences, Weingarten

DOI 10.1055/s-0044-1782028

Einleitung: Eine alternde Bevölkerung und die Zunahme chronischer Krankheiten erfordern nach Ansicht von Experten eine integrierte und sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung. Zentrale und sektorale Versorgungspläne könnten den regionalen Bedarfen nicht gerecht werden. Die kommunale Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Öffentlichen Gesundheitsdienstes kann eine Rolle dafür spielen, die Bedarfe der Bevölkerung zu identifizieren und zu kommunalen intersektoralen Kooperationen anzuregen. Untersucht wird, inwieweit kommunale Gesundheitsversorgungsberichte eine integrierte und sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung thematisieren.

Methode: Datengrundlage ist der GBE-Monitor 2020, eine deutschlandweite nonreaktive Forschungsdatenbank zur kommunalen GBE zwischen 2010 und 2019. Im explorativen Mixed-Methods-Design werden im Rahmen einer quantitativen Dokumentenanalyse 37 Versorgungsberichte (VB) als Vollerhebung zwischen 2010 und 2019 untersucht. Kategorisiert werden thematisierte Versorgungsbereiche bzw. -sektoren, sektorenübergreifende Versorgungsformen und Berufsgruppen. Des Weiteren werden intersektorale Kooperationen sowie Zusammenhänge zwischen strukturellen und ÖGD-bezogenen Rahmenbedingungen mit VB analysiert.

Ergebnisse: Am häufigsten werden die ambulante ärztliche Versorgung (30; 81,1 %) und ärztliche Berufsgruppe (26; 70,3 %) thematisiert, seltener weitere Versorgungsbereiche bzw. -sektoren und Berufsgruppen. In 10 VB (27,0 %) wird über sektorenübergreifende Versorgungsformen berichtet. Intersektorale Kooperationen mit staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren werden bis auf kommunale Planungsgremien (21; 51,4 %) selten thematisiert. Unterschiede bezüglich der VB-Häufigkeit zeigen sich zwischen Kommunen mit einem Planungs- und Gremienbezug und denen ohne gesetzlichen Auftrag (RR = 4,3), zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten (RR = 2,2) sowie zwischen einwohnerstarken und -schwachen Kommunen (RR = 2,6).

Diskussion: Aufgrund der unterschiedlichen Versorgungssituation zeigt sich erwartungskonform bei den VB ein Land-Stadt-Gefälle. Ein landesgesetzlich verankerter Planungs- und Gremienbezug befördert augenscheinlich eine versorgungsbezogene GBE. Kommunale Gesundheitskonferenzen (KGK) scheinen somit zu begünstigen, dass Gesundheitsversorgung systematisch in Berichtsform thematisiert wird. VB scheinen jedoch ihr Potenzial, die Gesundheitsversorgung integriert und sektorenübergreifend abzubilden, noch nicht auszuschöpfen. Limitationen ergeben sich aus der Populationscharakteristik (N = 37) und einer Überrepräsentativität von Kommunen mit KGK.

Erarbeitung eines methodischen Grundgerüsts für die kommunale Gesundheitsplanung: Das Kreisprofil

Autorinnen/Autoren S. Specht¹, C. Dilger¹, V. Geisinger¹, M. Reyer¹

Institut 1 Abt. 7 – Landesgesundheitsamt am Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg

DOI 10.1055/s-0044-1782029

Die Gesundheitsplanung wurde in Baden-Württemberg im Jahr 2015 als Kernaufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gesetzlich verankert. Im Rahmen einer Befragung der Fachkräfte, die in der Gesundheitsplanung arbeiten, im Winter 2019 kristallisierte sich heraus, dass Gesundheitsplanung landesweit sehr heterogen verstanden und umgesetzt wird. Daraus hat das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (LGA) den Arbeitsauftrag abgeleitet, zunächst den Begriff Gesundheitsplanung zu schärfen und anschließend das Gerüst für ein einheitliches methodisches Grundverständnis von Gesundheitsplanung zu entwickeln, um dieses perspektivisch in allen Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg zu etablieren.

Von Dezember 2021 bis Mai 2023 wurde ein Werkstattprozess „Gesundheitsplanung“ mit drei Pilotämtern durchgeführt, unter anderem mit dem Ziel ein erstes Konzept für das methodische Grundgerüst zu definieren. Das methodische Grundgerüst beinhaltet folgende Bausteine und wird Kreisprofil genannt: Basisbericht (quantitative Daten)

Netzwerk- und Akteursanalyse (qualitative Daten)

Expertinnen- und Experteninterviews (qualitative Daten)

Der erste Baustein soll eine quantitative Bestands- und Bedarfsanalyse sein, als erster Zugang zur Bedarfslage. Als zweiter Baustein des Kreisprofils sollen Kenntnisse über bestehende Netzwerke und Akteure gesammelt werden. Die identifizierten Bedarfe werden im Anschluss in Gesprächen mit den Expertinnen und Experten diskutiert und ergänzt. Dies ermöglicht eine fundierte Bedarfsabschätzung, die die Grundlage für die weitere strategische Arbeit in der Gesundheitsplanung sein soll.

Im Vortrag wird primär der Baustein Basisbericht erläutert. Dazu wurde in einer Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern der kommunalen Gesundheitsberichterstattung im Jahr 2023 ein Basisindikatorensatz entwickelt. Das Ziel war eine Analyse in die Breite, um alle relevanten Bereiche für die Gesundheitsplanung abzudecken. Zunächst wurden Themenfelder und -bereiche identifiziert und anschließend mögliche Indikatoren gebildet. Daraus entstand eine Sammlung von 530 idealtypischen Indikatoren in den Themenfeldern Gesundheitszustand, Gesundheitsförderung und Prävention, Medizinische Versorgung und Pflege, Kontextfaktoren sowie Lebensweltfaktoren. Für jeden Indikator wurde von allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe anhand einer vierstufigen Likert-Skala ein Punktwert zwischen 0 (stimme nicht zu) und 3 (stimme zu) vergeben, um abzustimmen, ob ein Indikator gemäß seiner Relevanz im Basisindikatorensatz enthalten sein sollte. Anhand der Abstimmungsmittelwerte entstand eine dreistufige Punktwertkategorie für jeden Indikator (Abstimmungsmittelwert > 2,0; Abstimmungsmittelwert 1,0 – 2,0; Abstimmungsmittelwert < 1,0). Indikatoren mit einem Abstimmungsmittelwert > 2,0 wurden als Basisindikatoren gewertet. Die Basisindikatoren wurden in sogenannte Kern- und Entwicklungsindikatoren eingeteilt. Kernindikatoren sind Indikatoren, die für alle Kreise als fester Bestandteil des Basisberichts fungieren sollen. Ein großer Teil dieser Indikatoren ist gut operationalisierbar und bereits auf Kreisebene verfügbar. Entwicklungsindikatoren sind Indikatoren, die wünschenswert wären aber (bislang) nicht flächendeckend auf Kreisebene vorliegen.

Ab November 2023 wird das gesamte Kreisprofil in Zusammenarbeit mit mehreren Gesundheitsämtern in Baden-Württemberg als methodisches Grundgerüst für die Gesundheitsplanung erprobt und weiterentwickelt. Das Ziel ist es, anschließend überarbeitete Arbeitshilfen für ein einheitliches methodisches Vorgehen bei der kommunalen Bestands- und Bedarfsanalyse in Baden-Württemberg zur Verfügung zu stellen.

Einbindung des ÖGDs als koordinierende Kraft in innovative Gesundheitsversorgungsstrukturen am Beispiel des Gesundheitskiosks aus Sicht des Gesunde Städte-Netzwerks.

Autorinnen/Autoren J. Bauer¹, A. Christ¹, B. Böddinghaus¹
Institut 1 Gesundheitsamt Frankfurt/ Main Abteilung 2 – Umwelt & Hygiene Geschäftsstelle Gesunde Städte-Netzwerk Breite Gasse 28 60313 Frankfurt/ Main
DOI 10.1055/s-0044-1782030

Hintergrund und aktueller Stand: In der gegenwärtigen Gesundheitslandschaft spielt die Integration des ÖGD – aufgrund seiner langjährigen Expertise im Bereich der Bevölkerungsgesundheit – als Schlüsselakteur neuartiger Gesundheitsversorgungsstrukturen eine zunehmend bedeutende Rolle. Dieser Beitrag widmet sich der eingehenden Analyse und Diskussion dieses Paradigmenwechsels aus Sicht des GSN. Im Fokus steht der Gesundheitskiosk – eine zum Teil kontrovers diskutierte innovative Struktur im ÖGD.

Laut Referentenentwurf (Stand Juni 2023) soll der Gesundheitskiosk als Anlaufstelle für niedrigschwellige Beratung bei Fragen zum Thema Gesundheit dienen. Ziel der Gesundheitskioske ist qualifiziert und mehrsprachig in sozialen und medizinischen Fragen zu beraten, Präventivmaßnahmen und Schulungen zu Gesundheitsthemen anzubieten und zwischen Ärzt:innen und Patient:innen zu vermitteln.

Nach Meinung des GSN (Stellungnahme vom November 2023) sollte der ÖGD aufgrund seines Fachwissens im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung und seinen bestehenden Strukturen eine zentrale Rolle einnehmen, um die Koordination, Implementierung und Evaluierung von Gesundheitskiosken zu leiten.

1. Der ÖGD kann u.a. dafür sorgen, dass Gesundheitskioske regelmäßige Screenings, Impfungen, Beratungen und Gesundheitschecks durchführen, wodurch die Bevölkerung proaktiv in ihre Gesundheitsvorsorge einbezogen wird.
2. Des Weiteren ist der Gesundheitskiosk ein Schlüsselakteur bei der Gesundheitsbildung. Der ÖGD kann sicherstellen, dass die in den Kiosken vermittelten Informationen auf evidenzbasierten Erkenntnissen ruhen und die Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppen berücksichtigen.
3. Ein Schwerpunkt liegt auch auf der Integration benachteiligter Bevölkerungsgruppen und der Sicherstellung eines barrierefreien Zugangs zu Gesundheitsdiensten.
4. Neben physischen Kiosken bietet die digitale Transformation neue Möglichkeiten. Der ÖGD kann die Entwicklung von Gesundheits-Apps und Online-Plattformen fördern, die eine breite Palette von Gesundheitsdiensten zugänglich machen, die Gesundheitskommunikation verbessern und die Gesundheitskompetenzen langfristig stärken.

Ziel: Dieser Beitrag zielt darauf ab mit Unterstützung des GSN praxisorientierte Beispiele und Erfahrungen aus erfolgreichen Implementierungen vorzustellen, die die Perspektive für eine engere Zusammenarbeit zwischen dem ÖGD und innovativen Gesundheitsversorgungsstrukturen aufzeigen (beispielsweise die Gesundheitstreffe in München).

Schlussfolgerung: Die Einbindung des ÖGD als zentrale koordinierende Kraft innovativer Gesundheitsversorgungsstrukturen sollte zunehmend im Fokus liegen. Die Notwendigkeit eines auch unter Anspannungen funktionierenden ÖGD in der Kommune und auf Ebene der Länder sowie des Bundes wurde insbesondere in den vergangenen Jahren deutlich.

In diesem Zusammenhang müssen die vielfältigen Möglichkeiten diskutiert werden, wie der ÖGD seine Expertise und Ressourcen nutzen kann, um die Effektivität und Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Die Rolle des ÖGD bei der Förderung von Prävention, und Gesundheitsförderung, sowie bei der Integration sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen ist aus Sicht des GSN ein zentrales Thema.

Herstellung von Transparenz innerhalb einer zu etablierenden Präventionskette: Wie kann das Gelingen? Das Vorgehen der Stadt Frankfurt am Main

Autorinnen/Autoren M. Hillenbrand¹, A. Spriestersbach², M. Schade¹
Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Wissenschaft, GBE und Gesundheitsförderung, Frankfurt am Main; 2 Jugend- und Sozialamt Frankfurt am Main, Koordinierungsstelle Präventionsketten, Frankfurt am Main
DOI 10.1055/s-0044-1782031

Hintergrund: Im Rahmen des Landesprogrammes „Präventionsketten Hessen – Gelingendes Aufwachsen, Kinderrechte leben“ wird in der Stadt Frankfurt am Main in Kooperation von Jugend- und Sozialamt und Gesundheitsamt eine Präventionskette etabliert. Durch das Programm sollen Kinderarmut vermindert, Kinderrechte gestärkt und allen Kindern in Frankfurt ein gesundes Aufwachsen ermöglicht werden. Für eine erfolgreiche Einführung von Präventionsketten ist es zielführend Informationen über die bereits vorhandene Angebotslandschaft Eltern sowie Fachpersonal transparent zugänglich zu machen. Ziel dieses Beitrages ist aufzuzeigen, wie Informationen über die Angebotslandschaft systematisch erhoben und im Verlauf digital zugänglich gemacht werden.

Methodik: Zunächst werden nach einer zuvor definierten Matrix alle Angebote und Maßnahmen, die im Rahmen einer Präventionskette relevant sind, nach den Kriterien Institution, Adresse, Webadresse, Zielgruppe, Angebot, etc. erfasst und dokumentiert. In einem zweiten Schritt wird eine interaktive Karte der Angebotslandschaft innerhalb des Geoportals Frankfurt am Main aufgebaut, in dem sich die Fachöffentlichkeit und auch Eltern mit Kindern über alle Angebote und Maßnahmen der Stadt Frankfurt zur Präventionskette informieren können. Aufgrund der Größe von Frankfurt wird die Erfassung und kartografische Aufbereitung zunächst für einzelne Pilotstadtteile erarbeitet und sukzessive skaliert.

Ergebnisse: Dargestellt sind Angebote und Maßnahmen für Eltern und Kinder im Alter von 0-10 Jahren u. a. aus den Bereichen, Gesundheit, Erziehung, Bildung, Sport, Soziales, Integration, etc. Die kartographierten Institutionen sind geodatenreferenziert in einer digitalen Karte dargestellt mit ihrer jeweiligen Angebotsstruktur nach zuvor definierten Kriterien stratifizierbar.

Schlussfolgerung: Die transparente sozialräumliche Darstellung der Angebotsstruktur innerhalb einer Präventionskette in der Stadt Frankfurt kann Handlungsbedarfe für Kinder und deren Eltern aufzeigen und dazu beitragen passgenaue Maßnahmen an den Bedarfen zu entwickeln um die komplexe Präventionskette zu schließen. Dies kann zur Herstellung von Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit und Lebensqualität aller Kinder von 0-10 Jahren in Frankfurt am Main beitragen.

Zuständigkeit Amtsärztlicher Dienst, auch für die Heilpraktikerüberprüfung

11:00 – 12:30 | Saal X.5

Der Heilpraktiker – kein unbekanntes Wesen!

Autor F. Bauer
Institut Landeshauptstadt Dresden – Amt für Gesundheit und Prävention
DOI 10.1055/s-0044-1782032

Hintergrund: Die Ausübung der Heilkunde ist in Deutschland stärker noch als in anderen Ländern reglementiert. So schreibt das Heilpraktikergesetz vor, dass nur Ärzten und Heilpraktikern die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde gestattet ist. Den Gesundheitsämtern kommt in der Zusammenarbeit mit beiden Berufsgruppen eine besondere Bedeutung zu. Im ärztlichen Beruf scheinen die Rechte, Pflichten sowie Möglichkeiten und Grenzen aufgrund der standesmäßigen Vertretung deutlich klarer zu sein, als es bei Heilpraktikern der Fall ist.

Ärzt*innen sind mithin Beschäftigte im eigenen Amt aber auch Kooperationspartner*innen in starken Netzwerken für die Gesundheit der Bevölkerung. Im Zusammenspiel mit Heilpraktiker*innen sind die Kompetenzen und vor allem der Rechtsrahmen mitunter nicht klar, wenn auch den Gesundheitsämtern mindestens im hygienischen, häufiger aber auch im berufsrechtlichen Sinne eine Überwachungsfunktion zukommt. Folglich werden unterschiedliche Bandbreiten im Umgang mit dem Berufsstand der Heilpraktiker*innen diskutiert – von Abschaffung bis zur Qualifizierung und Stärkung des Berufsbildes. Umso wichtiger erscheint es, dass im Rahmen dieser Debatte der historisch bedingte Rechtsrahmen beleuchtet wird und Beachtung findet.

Ziele: Der Beitrag informiert über die historische Entwicklung des Heilpraktikerwesens sowie über die rechtliche Einordnung als Beruf und die Rechte und Pflichten der Berufsausübung durch

1. Darstellung der Heilkundeausübung im Wandel der Zeit,
2. Beleuchtung des Heilpraktikergesetzes und angrenzender Rechtsvorschriften,
3. Benennung von Möglichkeiten und Grenzen des Heilpraktikerberufes sowie
4. einen Abriss über die mögliche Entwicklung des Berufsstandes.

Methode: Es erfolgt eine rechtshistorische Einordnung des Heilpraktikerwesens sowie die Herleitung der Berufseigenschaft. Weiterhin erfolgen rechtsbetrachtend die Rechte und Pflichten des Berufsstandes und die Entwicklung unter Beachtung des juristischen Kontextes.

Ergebnisse: Die Historie sogenannter „Laienbehandler“ ist lang und unstet. Von absoluter Kurierfreiheit bis zum völligen Verbot sind alle Spielarten und Diskussionen um Behandlungsspektrum und -methodik von Heilpraktiker*innen bis in die aktuelle Zeit bekannt. Das ursprünglich als Verbotsgesetz verabschiedete Heilpraktikergesetz hat eine Umkehr erfahren. Dies gilt es bei Auslegung und Anwendung des Rechtskreises ebenso zu beachten wie den Umstand, dass es sich nach den juristischen Einordnungen um einen Beruf handelt, der grundgesetzlich geschützt der Berufsfreiheit unterliegt. Gleichwohl umgeben Heilpraktiker*innen juristische Grenzen die bekannt und bewusst sein müssen. Die unbeschränkte Ausübung der Heilkunde ist bei näherer Betrachtung nicht gegeben. Dies ist auch von besonderer Bedeutung für die Gesundheitsämter, wenn es um die Überwachung des Berufsstandes geht. Andererseits lassen sich daraus abgeleitet auch Ansätze der Weiterentwicklung zu einer Ressource im Gesundheitswesen ergebnisoffen diskutieren. Keinesfalls müssen Heilpraktiker*innen als jene unbekanntes Wesen behandelt werden, als die sie oftmals gelten. Der Beitrag leistet hierzu eine Einordnung.

Diskussion: Aus Sicht des Autors ist zu diskutieren, wie die Gesundheitsämter unter Beachtung des rechtlich gesteckten Rahmens mit Heilpraktiker*innen interagieren. Es steht die Frage, ob sie rein der Überwachung unterliegen oder ob es Ansätze der Beratung und des gelingenden Miteinanders gibt. Hierzu sind die juristischen Zusammenhänge nach Einschätzung des Autors zwingend zu beachten, da eine Abschaffung des Berufsstandes ebenso wenig möglich ist wie die völlige Liberalisierung der Heilkundeausübung. In genau diesem Spannungsfeld muss sich die Diskussion einordnen.

Wege in die Gesundheitsversorgung – Aufbau einer Clearingstelle für Krankenversicherungsschutz am Gesundheitsamt Frankfurt am Main

Autorinnen/Autoren S. Lang¹, K. Ivanova¹, M. Wirth¹, L. Grünberg¹

Institut Gesundheitsamt Frankfurt am Main

DOI 10.1055/s-0044-1782033

Hintergrund: Aufgrund seiner bevölkerungsmedizinischen Ausrichtung kommt dem ÖGD eine steuernde Funktion bei der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung als subsidiäre Aufgabe zu. Mit der Einrichtung von ärztlichen Sprechstunden für Menschen ohne Krankenversicherung im Rahmen der Humanitären Sprechstunden im Jahr 2001 und dem sukzessiven Ausbau des Behandlungs-

angebots hat das Gesundheitsamt Frankfurt am Main bereits seit langen Jahren Erfahrungen zum Thema fehlender Krankenversicherungsschutz gesammelt.

Intervention: Nach dem Vorbild bundesweit bereits etablierter Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, den „Clearingstellen“, wurde 2020 das Projekt „Clearingstelle 1.0“ als Schnittstelle und Ergänzung zur medizinischen Grundversorgung pilotiert. Ziel war es, möglichst viele Patient:innen in eine Krankenversicherung zu vermitteln. Neben der Beratung stand auch die Entwicklung eines standardisierten Dokumentationssystems und die Entwicklung eines Beratungsleitfadens im Vordergrund. Das Projekt wurde 2023 um ein Jahr verlängert und die Sprechzeiten erweitert („Clearingstelle 2.0“).

Ergebnisse: Seit dem Start der Sprechstunden im Februar 2021 suchten insgesamt 332 Ratsuchende mit sozial- und krankenversicherungsrechtlichen Fragestellungen die neue Anlaufstelle am Gesundheitsamt auf (Stand Oktober 2023). Das Kollektiv der beratenen Personen zeigte sich in Bezug auf Geschlecht, Altersgruppen und Staatsangehörigkeit als sehr heterogen. Im Zeitraum des Pilotprojekts konnte für 50 % der Personen (N = 206) eine Verbesserung des Krankenversicherungsstatus und damit eine Absicherung der Gesundheitsversorgung erreicht werden. In der Beratung konnten gesellschaftliche, institutionelle und individuelle Barrieren zur Gesundheitsversorgung identifiziert werden, dazu gehören z. B. (sozial)rechtliche Einschränkungen, Diskriminierungserfahrung, hohe bürokratische Anforderungen und sprachliche Barrieren.

Diskussion: Neben der Übernahme der subsidiären Gesundheitsversorgung ist das Eröffnen von Wegen in die reguläre Gesundheitsversorgung über eine fest etablierte Clearingstelle am Gesundheitsamt Frankfurt ein wichtiger nächster Schritt hin zu einer Absicherung der Gesundheitsversorgung in der Metropolregion Frankfurt am Main. Die Clearingstelle Frankfurt am Main wird daher ab 2024 für die Laufzeit von zunächst 1 Jahr durch das Land Hessen gefördert. Um künftig fachärztliche und stationäre Behandlungen von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz zeitnah finanzieren und die Zielgruppe damit angemessen versorgen zu können, ist die Umsetzung eines Behandlungsfonds, analog zu der in anderen Bundesländern, auch in Hessen maßgeblich.

Auswirkungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen auf die Arbeit der SpDi

11:00 – 12:30 | Saal X.6

Bundesteilhabegesetz (BTHG) – Der aktuelle Stand

Autorinnen/Autoren F. Bredehöft, K. Petzold, M. Albers

DOI 10.1055/s-0044-1782034

Das BTHG sollte im Sinne der UN-BRK die Teilhabechancen von Menschen, die von Behinderung betroffen sind, verbessern. Die Abschaffung des Kenntnisprinzips des SGB XII zugunsten einer einheitlichen Antragspflicht im gesamten Rehabilitationsrecht und die neuen Bedarfsermittlungsinstrumente schaffen jedoch neue Barrieren, insbesondere für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.

Wie stellen sich Antragsverfahren und Bedarfsermittlung aus der Perspektive der antragstellenden Personen dar?

Wie sieht es bundesweit mit der Beteiligung der Sozialpsychiatrischen Dienste an der Bedarfsermittlung aus? Wie funktionieren die neuen Prozesse aus der Sicht der dortigen Mitarbeitenden?

Gibt es Aussicht, dass die Probleme im Rahmen der Evaluation des BTHG durch das BMAS behoben werden können?

Zu diesen Fragen werden die Autoren zum jeweiligen Erkenntnisstand berichten.

Auswirkung der Umsetzung gesetzlicher Rahmenbedingungen vor dem Hintergrund der zum 01.01.2023 in Kraft getretenen Betreuungsrechtsreform in der psychiatrischen Versorgung aus (betreuungs-)richterlicher Sicht

Autor H. Haußmann

Institut Oberlandesgericht

DOI 10.1055/s-0044-1782035

Nachdem in den letzten 20 Jahren nicht wenige Entwicklungen der rechtlichen Rahmenbedingungen in Bezug auf die Versorgung insbesondere schwer psychisch kranker Menschen stattgefunden haben, geht der allgemeine „Trend“ immer weiter in Richtung Hilfeleistung und Stärkung des persönlichen Willens. Dies gilt vor allem in Bezug auf Menschen, denen ein rechtlicher Betreuer oder eine rechtliche Betreuerin zur Seite gestellt wurde. In den Landesgesetzen zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen (wobei die konkreten Gesetzesbezeichnungen im Einzelfall mehr oder weniger voneinander abweichen) wurde der Aspekt der Hilfeleistung sowie der Vermeidung von Zwang zunehmend betont. Mit der Ratifizierung der 2008 in Kraft getretenen UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) im Jahr 2009 wurden weitere Ergänzungen zur Wahrung der Persönlichkeitsrechte betroffener Menschen erforderlich. So mussten teils die gesetzlichen Voraussetzungen zu Behandlungen gegen den Willen Betroffener oder in Bezug auf die Vornahme unvermeidlicher Fixierungsmaßnahmen neu gefasst werden. Diverse Klagen Betroffener führten zu weiteren Konkretisierungen, aber vielfach auch Verschärfungen gesetzlicher Regelungen betreffend die juristischen Rahmenbedingungen, nicht zuletzt des anzuwendenden Verfahrensrechts. Die Schwelle der zu beachtenden Voraussetzungen im Falle der Vornahme von Maßnahmen gegen den Willen schwer kranker Menschen, insbesondere in Bezug auf die Anwendung von Zwang, wurde zunehmend erhöht.

Dessen ungeachtet, dass es sich hier grundsätzlich um eine begrüßenswerte Entwicklung handelt, scheitert die Realität in der Praxis nicht selten an starren und formalistischen Grenzen, welche eine individuelle Abstimmung auf den – soweit ermittelbar – zu beachtenden Willen und erst in zweiter Linie das Wohl betroffener Menschen zunehmend erschweren. Dies führt leider in der Praxis nicht immer nur zu Verbesserungen, sondern nicht selten auch zu Einschränkungen zulasten Betroffener wie auch weiterer Personen. Im Einzelfall kommt es zu Chronifizierungen, sozialer Desintegration und Forensifizierung. Berichte über Gewalttaten psychisch kranker Menschen führen dabei zu einer Entwicklung, die einer Entstigmatisierung psychischer Erkrankung entgegenwirkt.

Infolge der zum 01.01.2023 in Kraft getretenen Betreuungsrechtsreform wird mit dem durch den Gesetzgeber selbstbewusst als Magna Charta bezeichneten neuen § 1821 BGB nunmehr das Unterstützungsprimat und die Beachtung der Wünsche betreuter Menschen deutlich stärker als zuvor in den Vordergrund gerückt.

Hier sollen die konkreten Auswirkungen der genannten gesetzlichen Entwicklungen, insbesondere der Betreuungsrechtsreform, aber auch weiterer gesetzlicher Veränderungen in Bezug auf die betroffenen Menschen aus Sicht eines langjährigen Betreuungsrichters in den Blick genommen werden.

Auswirkung der Umsetzung sich verändernder gesetzlicher Rahmenbedingungen in der psychiatrischen Versorgung in den letzten Jahren aus Sicht der SpDi

Autor K. Petzold

Institut Kreis Ostholstein, Fachdienst Gesundheit, Sozialpsychiatrischer Dienst

DOI 10.1055/s-0044-1782036

In den letzten 20 Jahren hat es einige Entwicklungen in den rechtlichen Rahmenbedingungen, unter denen die Versorgung insbesondere schwer psychisch kranker Menschen erfolgt, gegeben. In den PsychK(H)G's der meisten Länder

wurde der Aspekt der Hilfeleistung und die Vermeidung von Zwang zunehmend betont. Mit der Ratifizierung der 2008 in Kraft getretenen UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) im Jahr 2009 wurden weitere Ergänzungen zur Wahrung der Persönlichkeitsrechte der Betroffenen sowohl in den PsychK(H)G's als auch im Betreuungsrecht erforderlich. So mussten u.a. die gesetzlichen Voraussetzungen zu Behandlungen gegen den Willen neu gefasst werden. Diverse Klagen von Betroffenen haben zu weiteren Verschärfungen der juristischen Rahmenbedingungen geführt. Die Unterzeichnung der UN-BRK hat aber nicht nur zu Gesetzesänderungen, sondern auch zu einer sich schleichend vollziehenden Änderung in der Haltung der beteiligten Akteure geführt. So wurde im Lauf der Jahre die Schwelle zu Maßnahmen gegen den Willen schwer kranker Menschen zunehmend höher. Diese grundsätzlich begrüßenswerte Entwicklung hat allerdings auch in Folge der oft starren, formalistischen, wenig differenzierten und nicht mehr an der menschlichen Natur orientierten Umsetzung der Gesetze auch zu negativen Auswirkungen vor allem für die Betroffenen, aber auch für alle anderen Beteiligten geführt. So sehen wir vermehrt Chronifizierungen, soziale Desintegration und Forensifizierung. Auch die Berichte über Gewalttaten durch psychisch kranke Menschen nahmen in den letzten Jahren zu, eine Entwicklung, die den Bemühungen um Entstigmatisierung psychischer Erkrankung entgegenwirkt.

Eine weitere das psychiatrische Versorgungssystem betreffende Gesetzesänderung in Folge der Ratifizierung der UN-BRK ist das seit 2016 schrittweise eingeführte Bundesteilhabegesetz (BTHG). Neben den sehr begrüßenswerten Zielen, die Inklusion zu verbessern, die Selbstbestimmung und Autonomie und die individuelle Hilfestellung bei einheitlicher Bedarfsermittlung zu gewährleisten, spielte hier auch das Bestreben, die Kostensteigerungen in der Eingliederungshilfe zu begrenzen, eine nicht unwesentliche Rolle. Die praktische Umsetzung dieses Gesetzes läuft weitgehend holperig und oft zum Nachteil insbesondere schwer psychisch kranker Menschen.

Hier sollen die konkreten Auswirkungen der genannten Gesetze für die betroffenen Menschen und das Versorgungssystem aus Sicht eines sozialpsychiatrischen Dienstes dargestellt werden.

Umweltmedizin – Block 5 – Badewasser und Hitze

11:00 – 12:30 | Saal X.7

Regelungsperspektiven der Badebeckenwasserhygiene

Autorinnen/Autoren A. Kämpfe¹, C. Röhl¹, C. Beulker¹

Institut 1 Umweltbundesamt Abteilung für Trink- und Badebeckenwasserhygiene Fachgebiet Schwimm- und Badebeckenwasser, chemische Wasseranalytik

DOI 10.1055/s-0044-1782037

Nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) § 38 Absatz 2 sollen die Anforderungen an die Qualität von Wasser zum Schwimmen und Baden in öffentlichen Bädern durch eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates reguliert werden. In dieser sind ebenso die Verpflichtungen der Badbetreiber, die Anforderungen an Aufbereitungsstoffe und -verfahren und ihre Leistung beim Umweltbundesamt sowie die Überwachung durch die zuständige Behörde zu regeln, ganz in Analogie zur Trinkwasserhygiene, welche nach IfSG § 38 Absatz 1 durch die Trinkwasserverordnung adressiert wird. Trotz einer Entwurfsfassung aus dem Jahre 2003 ist es bis heute nicht zum Erlass einer bundeseinheitlichen Bäderhygieneverordnung gekommen. Um dennoch den Verpflichtungen des Infektionsschutzes nachzukommen, ist eine Behelfslösung für die Bäderhygiene gut etabliert: eine gemäß IfSG § 40 nach Anhörung der Badebeckenwasserkommission verfasste UBA-Empfehlung „Hygieneanforderungen an Bäder und deren Überwachung“, die wiederum stark auf die Normenreihe DIN 19643

zur Aufbereitung von Schwimm- und Badebeckenwasser verweist. Diesem technischen Regelwerk kommt daher für die Badebeckenwasserhygiene in Deutschland eine besondere Bedeutung zu. Neben Vorgaben für die technische Auslegung der Aufbereitungsanlage, der verschiedenen Beckenarten, der Betriebsweise und sinnvoller Aufbereitungsstoffe, werden in der DIN 19643 auch chemische und mikrobiologische Aufbereitungsziele formuliert. Im Juni 2023 wurde eine aktualisierte Version dieser Normenreihe veröffentlicht. Die rechtliche Würdigung der UBA-Empfehlung und des technischen Regelwerkes sieht jedoch keine direkte Verbindlichkeit, was in Betrieb und Überwachung von Bädern viele Fragen offenlässt und Grauzonen schafft. Einzig in Schleswig-Holstein ist seit 2019 eine Bäderhygieneverordnung in Kraft getreten, durch deren Verbindlichkeit auch Rechtsklarheit hergestellt wurde. Mit Entschließung des Bundesrates vom November 2022 soll nun ein neuer Anlauf unternommen werden, die Bäderhygiene – *zeitnah* – bundeseinheitlich auf Grundlage IfSG § 38 Absatz 2 zu regulieren. Es wird ein Ausblick zu bestehenden Herausforderungen gegeben, sowie zu aktuellen Aktivitäten im Umweltbundesamt für die Erarbeitung von Eckpunkten in Vorbereitung einer neuen Verordnung.

Die Qualität der Badegewässer in Deutschland: Wo stehen wir – was erwarten wir?

Autorinnen/Autoren A. Schmidt¹, B. Walther¹

Institut 1 Fachgebiet Mikrobiologische Risiken (II 1.4), Abteilung UmweltgHygiene, Umweltbundesamt Berlin

DOI 10.1055/s-0044-1782038

Wo stehen wir? In den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) werden seit 1976 „Badegewässer“, also Gewässer, die zum öffentlichen Baden und Schwimmen genutzt werden, im Hinblick auf ihre hygienische Qualität untersucht. Allein in Deutschland gibt es ca. 2.300 dieser EU-Badegewässer, davon liegen ca. 1.900 an Binnengewässern wie Seen und Talsperren, ca. 360 an den Küsten von Nord- und Ostsee sowie 35 weitere an Flüssen.

Die Überwachung der Badegewässer wird in den Bundesländern von den jeweils zuständigen Behörden, meist jedoch von den Gesundheits- oder Umweltämtern geleistet. Die Grundlage für die Erfassung der hygienischen Qualität bildet die EU-Badegewässerrichtlinie 2006/7/EG (EU-BGRL). In dieser Richtlinie werden die Mindestanforderungen an die zu erfassenden hygienischen Parameter sowie die Probenahmen für Badegewässer definiert. Um als Badegewässer nach EU-Richtlinie eingestuft zu werden sind in der Regel Daten aus vier vorangegangenen Jahren bzw. von mindestens 16 Wasserproben erforderlich. Als Indikator für die Beurteilung der hygienischen Wasserqualität dient europaweit die Konzentration von Fäkal-Bakterien, insbesondere *Escherichia coli* sowie intestinalen Enterokokken. Die statistische Auswertung der Badegewässerqualität erfolgt auf der Grundlage einer 95 (90)-Perzentil-Bewertung gemäß Anhang 1 der EU-BGRL. Hieraus ergibt sich die Kategorisierung der Badegewässer in solche mit ausgezeichneter, guter, ausreichender oder mangelhafter hygienischer Qualität.

Was erwarten wir? Immunkompetente Personen können prinzipiell bedenkenlos in den nach EU-BGRL überwachten Badegewässern baden. Anders als in aufbereitetem Wasser der Schwimmbäder bilden Badegewässer jedoch auch den Lebensraum für zahlreiche Pflanzen, Tiere und Mikroorganismen. UmweltgHygienische Restrisiken, die zukünftig auch von Klimafolgen beeinflusst werden könnten, bleiben bestehen:

So kann es bei einer hohen Nährstoffverfügbarkeit im Wasser zu einer Massenvermehrung von Toxin-produzierenden Cyanobakterien in den Sommermonaten kommen, was je nach Exposition und individueller Sensibilität des Badenden zu Gesundheitsproblemen führen kann.

Durch fäkalbelastete Schmutzwassereinträge aufgrund von Starkregenfällen oder Abschwemmungen aus der Landwirtschaft kann es nicht nur zu Einträgen pathogener Viren wie z.B. Noroviren kommen, sondern auch zur Belastung der Badegewässer mit bakteriellen Durchfallerregern.

In den salzhaltigen Küstengewässern von Nord-, besonders aber der Ostsee, vermehren sich ab dem Frühjahr je nach Wassertemperatur Bakterien der Gat-

tung der *Vibrio*, welche beim Baden in offene Wunden eindringen und – abhängig vom Immunstatus der Badenden – Wundinfektionen sowie vereinzelt sogar Fälle von Sepsis hervorrufen können. Auch in manchen salzhaltigen Binnenseen können sich Vibrionen bereits gut vermehren und so Badende unter Umständen gefährden.

Fazit: Der Klimawandel wird uns vor neue Fragen im Hinblick auf den Erhalt der hygienischen Qualität der Badegewässer in Deutschland stellen. Zu den wichtigen Stichworten zählen hier Wassertemperaturen, Starkregenereignisse und Dürreperioden. Im engen Dialog und Abstimmung mit den Bundesländern und der EU werden wir uns diesen umweltgHygienischen Herausforderungen gemeinschaftlich stellen.

Gesundheitliche Bewertung von klinisch relevanten antibiotikaresistenten Bakterien in Oberflächengewässern anhand eines Praxisbeispiels

Autorinnen/Autoren K. Kohls¹, K. Claussen¹, K. Luden¹, R. Suchenwirth¹

Institut 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Aurich

DOI 10.1055/s-0044-1782039

Mehrere Studien haben gezeigt, dass klinisch relevante antibiotikaresistente Bakterien (ARB) durch das Abwasser in die aquatische Umwelt eingetragen werden können.

Über das Abwasser eines konkreten Schlachthofes, das in einen Bach eingeleitet wird, wurde öffentlichkeitswirksam mitgeteilt, dass in einem orientierenden Untersuchungsprogramm ARB nachgewiesen worden sind. Von der Einleitstelle des Schlachthofes ca. 4 km flussabwärts fließt der Bach über das Gelände einer Schule und wird dort von den Schulkindern zum Spielen genutzt. Nach Veröffentlichung dieser Studie erreichten den zuständigen Landkreis, das Gesundheitsamt und das NLGA Anfragen einer Umweltschutzorganisation sowie der Schule, ob für die an dem Bach spielenden Schulkinder eine Gesundheitsgefährdung durch ARB besteht.

Die Ersteinschätzung ging – u. a. aufgrund der zu erwartenden Verdünnungseffekte – davon aus, dass eine Gefährdung durch einen mikrobiologischen Eintrag in 4 km Entfernung wenig wahrscheinlich ist. Um diese Einschätzung durch Messergebnisse zu bestätigen, wurden Untersuchungen zum Nachweis von ARB an der Einleitstelle des Schlachthofs sowie 1,5 km und 4 km flussabwärts durchgeführt.

Es wurden verschiedene kulturelle Anreicherungsmethoden zum Nachweis von ARB durchgeführt. Der Fokus lag auf dem Nachweis von multiresistenten gramnegativen Bakterien mit Resistenzen gegen 3 bzw. 4 der wichtigsten Antibiotikagruppen (3MRGN/4MRGN), Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA), Vancomycin resistenten Enterokokken (VRE), ESBL-Bildnern und fakultativ pathogenen Bakterien mit erworbenen Colistin-Resistenzen.

In den Proben, die direkt an der Schule (4 km flussabwärts von der Einleitstelle) genommen wurden, konnten keine klinisch relevanten ARB nachgewiesen werden. Nachweise von 3MRGN/4MRGN und ESBL-Bildnern erfolgten ausschließlich in den Proben direkt am Ablauf der Kläranlage des Schlachthofs, sowie an der ca. 1,5 km flussabwärts gelegenen Probenahmestelle.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Einleitungen des Schlachthofs, bezogen auf das Vorkommen von ARB, keinen nennenswerten Einfluss auf die Wasserqualität des Baches an der Schule haben. Eine potentielle Gesundheitsgefährdung der spielenden Kinder an der Schule durch ARB ist auf Basis der vorliegenden Ergebnisse als unwahrscheinlich zu bewerten. Grundsätzlich ist bei der empfohlenen Händehygiene nach dem Spielen im Außenbereich (Pflanzen, Boden, Tiere usw.) auch bei einem potentiellen Hautkontakt mit antibiotikaresistenten Bakterien allenfalls von einem sehr geringen hygienischen Risiko auszugehen.

Sterblichkeit bei Hitze – Unterschiede zwischen dem städtischen und dem ländlichen Raum am Beispiel von Darmstadt Dieburg

Autorinnen/Autoren K. Steul¹, I. Buchen¹, V. Göhmann-Frenzel¹, J. Krahn¹
Institut ¹ Verwaltungsverband für das Gesundheitsamt für die Stadt Darmstadt und den Landkreis Darmstadt Dieburg, Darmstadt
DOI 10.1055/s-0044-1782040

Einleitung: Im Zusammenhang mit langfristigen Klimaänderungen ist mit einer Zunahme von Hitzetemperaturen zu rechnen. Diese sind potentiell assoziiert mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Bevölkerung. Auch die Sterblichkeit wird von hohen Temperaturen beeinflusst. So wurde in verschiedenen Regionen weltweit dargestellt, dass an Tagen mit besonders heißen Außentemperaturen (bezogen auf diese Region) mehr Menschen versterben als an vergleichbaren Tagen (ohne besondere thermische Belastung). Das Wissen um diese Thematik kann effektiv genutzt werden, um die Bevölkerung zielgerichtet zu warnen.

Methode: Vor diesem Hintergrund werden die Sommertemperaturen von Darmstadt und von dem Landkreis Darmstadt Dieburg seit 2000 dargestellt (mittlere Temp., Maximaltemperatur, Minimaltemperatur). Es werden die Open Source Data des Deutschen Wetterdienstes genutzt. Zwei Stationen bieten sich zum Vergleich an: eine im vergleichsweise eng besiedelten Stadtgebiet der Stadt Darmstadt, eine im ländlichen Raum im Osten des Landkreises (Schaafheim). Die Wetterdaten (Temperatur etc.) werden im Zusammenhang mit den Sterbefällen in Darmstadt und im Landkreis betrachtet und zwar in Bezug auf Korrelation und Übersterblichkeit/Excess-Mortalität. Miteinbezogen werden ferner die Warnungen des Deutschen Wetterdienstes (DWD), die seit 2005 etabliert sind.

Resultate: Episoden langanhaltender hochsommerlicher Temperaturen fanden in Darmstadt seit 2000 in den Jahren 2003 (12 Tage am Stück Temperaturen über 32 °C max.), im Sommer 2018 (15 Tage) sowie in den Sommermonaten der Jahre 2006, 2015, 2016 und 2020 (jeweils 5 Tage bzw. 2020 6 Tage am Stück) statt. Im Landkreis kam es zu länger andauernden Hitzeepisoden in den Jahren 2003 und 2018 (12 Tage am Stück bzw. 2018 5 und 6 Tage am Stück) sowie in den Jahren 2006 und 2020 (mit 5 bzw. 6 Tagen am Stück). Sowohl im Stadt als auch im Landkreis zeigte sich an diesen Tagen eine teilweise signifikante Übersterblichkeit von in manchen Fällen mehr als +50%.

Diskussion: Die besondere gesundheitliche Belastung des historischen Hitzesommers 2003 kann sowohl für den Stadt- als auch für den Landkreis dargestellt werden. In den folgenden Jahren wurde mehrfach eine Übersterblichkeit bei Hitze dargestellt (sowohl in der Stadt- als auch im Landkreis). Es ist davon auszugehen, dass sich gesundheitliche Folgen durch die Etablierung von Hitzeschutzmaßnahmen abmildern lassen. Warnungen des DWD oder auch eine allgemein verbesserte Wahrnehmung der Problematik Hitze in der Bevölkerung können ebenso wie städtebauliche Maßnahmen dazu beitragen.

Fazit: Sowohl im städtischen als auch im ländlichen Raum Südhessens (SK/LK Darmstadt Dieburg) kann in verschiedenen Hitzesituationen von einer relevanten Übersterblichkeit ausgegangen werden. Das Wissen um die kommunale Situation (Hitzeinseln, Aufenthalt besonders vulnerabler Personenkreise etc.) erleichtert es, passgenaue Maßnahmen zum Hitzeschutz zu etablieren. Entsprechende Analysen der Gesundheitsgefährdung bei Hitze (z.B. die Mortalität) haben hier einen wichtigen Stellenwert.

Aus-, Fort- und Weiterbildung im ÖGD

11:00 – 12:30 | Saal X.10

Innovatives Fortbildungsformat im ÖGD: Vom „Infektiologischen Salon“ zum „Hamburger ÖGD Salon“

Autorinnen/Autoren A. Weidlich¹, J. Schreiber¹

Institut ¹ Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration, Freie und Hansestadt Hamburg, Amt für Gesundheit (Amt G), Abteilung G4 Öffentlicher Gesundheitsdienst, Hamburg
DOI 10.1055/s-0044-1782041

Hintergrund: Während der Corona-Pandemie war die Arbeit in den Hamburger Gesundheitsämtern, insbesondere in den Corona-Teams, geprägt von einer kontinuierlichen Erneuerung des wissenschaftlichen Kenntnisstandes sowie der damit einhergehenden stetigen Anpassung der operativen und juristischen Vorgaben. Diese Informationen mussten permanent einer Vielzahl von fluktuierenden Mitarbeiter*innen zugänglich gemacht und zeitnah in die Arbeitspraxis übernommen werden. Dabei galt es nicht nur diese erhebliche Menge an Informationen zu kanalisieren und umzusetzen, sondern auch die verschiedenen Akteure des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Hamburg und andere Institutionen im Gesundheitswesen zu vernetzen und die Zusammenarbeit während einer Krisensituation zu vertiefen und zu stärken.

Um diesen Informationsaustausch adressatengerecht zu gewährleisten, wurde zunächst die Fortbildungsreihe „Infektiologischer Salon“ etabliert, die im Jahr 2023 als „Hamburger ÖGD Salon“ verstetigt wurde.

Methoden: Regelmäßig virtuell stattfindende 1-stündige Termine mit 30-minütigem Impulsvortrag der Referent*innen sowie anschließender 30-minütiger Diskussion mit Schwerpunkt auf die praktische Umsetzung der besprochenen Themen. Inhalte dieser digital über Skype for Business stattfindenden Vorträge waren u.a. die Darstellung von Ergebnissen empirischer Datenanalysen, Berichte von Erfahrungen aus der Arbeitspraxis sowie die Darstellung der politischen und juristischen Grundlagen zunächst zum Thema Corona, später aus dem Bereich der Infektiologie und mittlerweile des gesamten ÖGD.

Ergebnis: Während der intensivsten Zeit der Corona-Pandemie, zwischen August 2021 und Dezember 2022, fanden in der Fortbildungsreihe „Infektiologischer Salon“ 24 Termine mit dem inhaltlichen Schwerpunkt des SARS-CoV-2 Virus und dessen pandemische Auswirkungen statt. Zunächst richtete sich die von der Ärztekammer CME-zertifizierte Fortbildungsreihe an die Mitarbeiter*innen des Corona-Team des Gesundheitsamtes Hamburg-Eimsbüttel. Im Jahr 2021 wurde die Fortbildung wegen der hohen thematischen Relevanz für alle Mitarbeiter*innen des Gesundheitsamtes geöffnet. Ebenfalls nahmen Mitarbeiter*innen des Institutes für Hygiene und Umwelt von Beginn an teil. Mit der Verlangsamung des Pandemie-geschehens Ende 2022 wurde die Fortbildungsreihe inhaltlich um weitere infektiologische Themen außerhalb von SARS-CoV-2 erweitert. Auch der Teilnehmer*innen-Kreis wurde Anfang 2023 auf Mitarbeiter*innen aller sieben Hamburger Gesundheitsämter ausgedehnt. Mit Beendigung des pandemischen Zustandes und dem kompletten Personalabbau der Corona-Teams in den Hamburger Bezirken zum 31.03.2023, fand am 14.03.2023 der zunächst letzte Termin des Infektiologischen Salons statt. Nach personellen Veränderungen und der Erweiterung des Organisations-Teams fand im Sommer 2023 eine inhaltliche Neuausrichtung des Formates statt. Hierfür kooperieren die Abteilung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Amtes für Gesundheit der Sozialbehörde, sowie das Institut für Hygiene und Umwelt der Stadt Hamburg miteinander. Seit September 2023 stehen nun die Themen Infektiologie, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst sowie grundsätzliche Themen des ÖGD auf der Agenda. Die Fortbildungsreihe wurde um-

benannt in "Hamburger Salon für den Öffentlichen Gesundheitsdienst", kurz „Hamburger ÖGD Salon“ und richtet sich nun an alle Mitarbeiter*innen des Hamburger ÖGD.

Dies ist ein Beispiel dafür, wie ein aus der Not heraus organisiertes Fortbildungsformat, welches in einer Krisensituation durch die Initiative von engagierten Mitarbeiter*innen entstanden ist, erfolgreich in existierende Regelstrukturen überführt werden konnte und so durch die Anbindung von Wissenschaft und Forschung dem modernen Leitbild des ÖGD entspricht.

Klimawandel und Gesundheit – Die Rolle des ÖGD

Autorinnen/Autoren S. Somogyi, A. Martini, A. Mehliß

Institut Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

DOI 10.1055/s-0044-1782042

Die Auswirkungen des Klimawandels werden von der WHO als „größte Gesundheitsbedrohung für die Menschheit“ eingestuft [1]. Vor allem die sozialen und ökologischen Determinanten des Klimawandels sind mit weitreichenden gesundheitlichen Folgeschäden assoziiert. Extreme Hitze belastet das Herzkreislauf-System, neu auftretende Krankheitserreger gefährden die Gesundheit von Mensch und Tier, Flutereignisse und Dürreperioden bedrohen unsere Lebensgrundlagen. Auch die gesundheitliche Chancengleichheit ist vom Klimawandel betroffen, da Menschen in schwierigen Lebenslagen oft weniger Möglichkeiten haben, sich vor gesundheitsgefährdenden Klimaveränderungen, wie Hitzewellen oder schlechter Luftqualität zu schützen. Langfristige gesundheitliche Folgen für Betroffene und die künftige Belastung für das Gesundheitswesen sind nur schwer einschätzbar. "Klimapolitik ist Gesundheitspolitik!" Das hat nicht nur der Bundesgesundheitsminister bekräftigt, sondern auch die Wissenschaft weist mit Forschungsdaten immer eindrücklicher darauf hin [2]. Trotz dieser Kenntnis stehen konkrete Maßnahmen zur Vermeidung klimabedingter Gesundheitsrisiken nicht ausreichend zur Verfügung [3]. Wie ein Gremium internationaler Expert:innen feststellt, ist „Deutschland nur unzureichend für die gesundheitlichen Herausforderungen des Klimawandels gerüstet“ [4].

Als Einrichtungen der Gesundheitsverwaltung auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene übernimmt der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) die Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung. Welche Rollen und damit verbundene Aufgaben kann der ÖGD im Kontext des Klimawandels übernehmen? Mit der Fortbildungsreihe „Klimawandel & Gesundheit“ leistet die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (AÖGW) einen Beitrag, um Beschäftigten in Gesundheitsämtern und weiteren Institutionen im Gesundheitswesen Handlungsfelder klimarelevanter Bereiche zu identifizieren und Strategien für deren Umsetzung aufzuzeigen. In acht themenspezifischen Modulen wird der aktuelle Wissensstand beleuchtet, Beispiele aus der Praxis werden diskutiert und die Vernetzung betroffener Akteur:innen wird unterstützt. Durch die Integration von „Klimawandel und Gesundheit“ in Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten für Gesundheitsberufe können die für die Transformation im ÖGD notwendigen Prozesse begleitet und relevante Maßnahmen, die sich am individuellen Handlungsbedarf der Kommunen orientieren, initiiert und begleitet werden.

Im Rahmen des Kongresses möchten die Autor:innen mit den Teilnehmer:innen in den Austausch zu bedarfsorientierten und realisierbaren Strategien zum Umgang mit aktuellen und künftigen klimawandelbedingten gesundheitlichen Risiken im ÖGD kommen. Nach inhaltlichen Impulsen sollen interaktive Sequenzen und Diskussionen stattfinden.

Literatur

[1] WHO, Climate change and health. Key facts, 30 October 2021. Verfügbar unter <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health> Zugriff am 12.09.2023

[2] Adrian G, Dietrich M, Esser B, Hensel A, Isermeyer F et al. Gemeinsam können wir den Auswirkungen des Klimawandels begegnen. J Health Monit 2023; 8 (S3): 3 –6. doi:10.25646/11390

[3] POTSDAM-INSTITUT FÜR KLIMAFOLGENFORSCHUNG, 21.10.2021. Verfügbar unter <https://www.pik-potsdam.de/de/aktuelles/nachrichten/neuer-lancet-countdown-policy-brief-fuer-deutschland-zeigt-weiter-erheblichen-handlungsbedarf> Zugriff am 12.09.2023

[4] The Lancet Countdown on Health and Climate Change, Policy Brief für Deutschland 2021. Verfügbar unter https://www.klimawandel-gesundheit.de/wp-content/uploads/2021/10/20211020_Lancet-Countdown-Policy-Germany-2021_Document_v2.pdf Zugriff am 12.09.2023

Prozessstandardisierung durch Kompetenzentwicklung – digital unterstützte innerbetriebliche Aus-, Fort- und Weiterbildung zur Qualitätssicherung im Gesundheitsschutz

Autor O. Schäfer

Institut Landratsamt Bodenseekreis Gesundheitsamt

DOI 10.1055/s-0044-1782043

Fachkräftemangel und hohe Personalfuktuation stellen die Führungskräfte im Gesundheitsamt vor zunehmende Herausforderungen. Die betriebliche Aus- und Weiterbildung wird erschwert durch das alters- oder belastungsbedingte Ausscheiden langjähriger und erfahrener Kolleginnen und Kollegen aus allen Berufsgruppen. Der damit verbundene Wissens- und Kompetenzverlust für die Ämter muss kompensiert werden. Hinzu kommt ein hoher Anteil von Quereinsteigenden mit großem Einarbeitungsaufwand.

Darüber hinaus verstärkt die abnehmende Zahl der als Ausbilderinnen und Ausbilder geeigneten Mitarbeitenden das Problem. Die Umsetzung eines Mentoring-Ansatzes wird immer schwieriger. Die verbleibenden erfahrenen Mitarbeitenden, die ohnehin führend in das Tagesgeschäft eingebunden sind, werden durch Ausbildungs- und Einarbeitungsaufgaben zusätzlich belastet. Dies führt im ungünstigen Fall zu weiteren Abwanderungen.

Um eine einheitliche fachgerechte und rechtskonforme Fallbearbeitung nachhaltig sicherstellen zu können, sind strukturierte digitale Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzepte im Gesundheitsamt erforderlich, die im laufenden Betrieb vergleichsweise unaufwändig umgesetzt werden können.

Im Gesundheitsamt Bodenseekreis wird versucht, die Kompetenzentwicklung aller Mitarbeitenden im Gesundheitsschutz durch digital unterstützte Grundschulungseinheiten beispielsweise zu den Themen Fallmanagement, Umgang mit auffälligen Wasserbefunden und Durchführung von Begehungen zu fördern. Auf diesen Grundschulungseinheiten aufbauend sollen ebenfalls digital unterstützte Handlungsleitfäden die Kompetenzentwicklung bei spezifischer Fallbearbeitung und damit die Ablaufstandardisierung im Gesundheitsschutz nachhaltig verbessern. Zudem dienen die Handlungsleitfäden den Mitarbeitenden als Handreichung zur Aufgabenerfüllung im konkreten Einsatzfall. Die Entwicklung und Umsetzung geschieht als agiler und opportunitätsgeleiteter Prozess im laufenden Betrieb.

In der Präsentation wird der aktuelle Entwicklungsstand dargestellt und das Konzept anhand von Beispielen erläutert. Im Ausblick wird auf weitere digitale Entwicklungsmöglichkeiten im Hinblick auf ein virtuelles Skills-Lab unter Einbindung von VR-Technologie und Serious Games eingegangen.

Summer School Public Health: Akteure für einen modernen ÖGD gewinnen und begeistern

Autorinnen/Autoren F. Feil¹, U. Junius-Walker¹, M. Graf², T. Altgeld³, U. Walter⁴, M.-L. Dierks⁴

Institute 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt; 2 Gesundheitsamt Region Hannover; 3 Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.; 4 Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

DOI 10.1055/s-0044-1782044

Hintergrund: Bereits im zweiten Jahr veranstaltete das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) zusammen mit der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS) sowie der Region Hannover eine dreitägige interdisziplinäre Summer School, die Handlungsfelder und Zukunftsperspektiven für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in den Fokus nahm.

Ziele und Formate: Ausgangspunkt zur ersten Summer School in 2022 bildete das „Werkstattgespräch zur Weiterentwicklung des ÖGD in Niedersachsen“ als Auftakt konkreter Modernisierungen des ÖGD. Es wurde deutlich: Das Potential des „New Public Health“ ist riesig; Grund genug, Berufsanfänger und Studierende an die Themen-, Konzept- und Methodenvielfalt heranzuführen. Das Programm sollte sich den aktuell drängenden Herausforderungen mit den Themenbereichen Infektionsschutz, Klimawandel und Umwelt, kommunale gesundheitliche Hilfsangebote sowie der Gesundheitsförderung und Präven-

tion im engen Verbund mit der Berichterstattung widmen. Verschiedene Formate, wie Vorträge, Podiumsdiskussion, World Café und Kleingruppen-Workshops sollten zum aktiven Austausch einladen und der Netzwerkbildung dienen.

Erfahrungen und Bewertungen: Die kostenlose Veranstaltung war auch dieses Jahr mit 80 Teilnehmenden ausgebucht. Mehrheitlich nahmen Studierende (Public Health, Humanmedizin) teil, aber auch Mitarbeitende aus dem ÖGD auf kommunaler sowie Landes- /Bundesebene und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Auftakt bildete ein Vortrag des Niedersächsischen Gesundheitsministers mit einer anschließenden Podiumsdiskussion zu den brandaktuellen Public-Health-Bundesvorhaben. Die gemeinsame Gestaltung mit Referierenden aus der Wissenschaft, dem ÖGD sowie Experten zur Begleitung kommunaler Projekte gewährten multiperspektivische Einblicke auf ein Thema. Die Teilnahmebewertungen werden zeigen, ob es neben der Vermittlung der vielfältigen Aufgaben des ÖGD gelungen ist, Interesse für richtungsweisende Konzepte und Methoden des New Public Health und für ihre Realisierung zu wecken.

Author Index

- A**
- Abdullah M. S122
 Abu Sin M. S103, S104, S156
 Adami T. S131, S134
 Ademi K. S96, S109
 Adolph G. S137
 Afonso de Faria J. S107
 Ahr S. S157, S158
 Alabadla M. S96
 Alayli A. S135
 Albers M. S172
 Aleksandrowicz P. S115
 Al-Fadel Saleh H. S140
 Alff F. S116
 Alpers K. S90
 Altgeld T. S177
 Altmann D. S151
 Alves Vidal N. S71
 Anastasiou O. E. S133
 an der Heiden M. S107, S133
 Anders C. S94, S99
 Andreas M. S68
 Anger B. S157, S159
 Armann J. S152
 Arnold L. S56, S84, S107, S114, S143, S167
 Arvand M. S92
 Auernhammer S. S77, S78
 Aurbach U. S146
 Aysel-Bakirci S. S62
- B**
- Baeker-Zschirp R. S164
 Baillot A. S105
 Balke D. S160
 Balko J. S140
 Bantel S. S139
 Barth L. S132
 Basedow T. S61
 Bäßler J. S93
 Bauer F. S56, S73, S102, S118, S152, S165, S171
 Bauer J. S117, S171
 Bauer N. S163
 Bauer T. S75
 Baumhauer K. S84, S87, S112
 Bausch F. S71
 Bayer A. S160
 Beck E. S157, S158
 Becker S. S146
 Becker T. S102
 Behringer D. S102
 Beig I. S113
 Bellmann R. S146
 Bender A. S86, S89
 Bengs K. S168
 Benneckenstein A. S131
 Berger A. S60, S168
 Bergmann A. S135, S136
 Bergmann K.-C. S146
 Berres M. S92, S168
 Beulker C. S162, S173
 Beyermann H. S125
 Biallas R. S81
 Bielecki E. S126
 Bimczok S. S107, S114, S167
 Bluemchen E. S87
 Bock-Hensley O. S97
 Böddinghaus B. S92, S107, S117, S119, S168, S171
 Bödeker M. S59
 Böhmer M. S104
 Böhmer M. M. S121
 Böhm K. S157, S158
 Böhm S. S77, S78, S99, S104, S121
 Böhne W. S100
- Bojahr C. S131
 Bokhof B. S157, S158
 Boldorini L. S86
 Boldt M. S93
 Bopp-Haas U. S73
 Borchert M. S101, S102, S105
 Borgmann W. M. S112
 Borrmann B. S76
 Borutta J. S118, S119, S157, S158
 Bothe-Mittag S. S157, S158
 Böttcher J. S108
 Braasch A. S130
 Brandt M. S132
 Brannath W. S129
 Braun P. S100, S166
 Braun U. S111
 Braun X. S136
 Bredehöft F. S172
 Breitling-Utzmann C. S163
 Breitmeier D. S68
 Brey R. S91
 Briel D. S129
 Brietzke M. S63
 Brinkmann R. S89, S110
 Brinkwirth S. S62, S132
 Brix U. S136
 Brockmann S. S166
 Brockow I. S153
 Brose S. S71
 Bross P. S126
 Brüggemeier C. S68, S80, S120
 Buchcik J. S131
 Buchen I. S175
 Buchholz M. S63
 Buchhorn A. S145
 Bühler S. S94, S98
 Bultmann K. S129
 Bunge C. S79
 Burchardt T. S162
 Burckhardt F. S75
 Busalt S. S68, S120
 Butler J. S63, S64, S143
- C**
- Caille-Brillet A.-L. S140
 Cardinal von Widdern S. S152
 Chaberny I. F. S92
 Chakraverty D. S58
 Chennaoui L. S94
 Choudhury K. S94, S98
 Christ A. S117, S119, S171
 Claas J. S84
 Claass J. S87, S88, S107
 Claussen K. S174
 Cohn H. S86, S89
 Conrad A. S79
 Constantin S. S112
 Corda-Zitzen S. S79
 Cornely O. A. S146
 Correa-Martinez C. S107
 Cremer D. S157, S158
- D**
- Dangel A. S60, S168
 Daniels C. S129
 Daseking M. S137, S138
 Daun K. S152
 De Bock F. S64, S135
 Dell M. S141
 Denkinger C. S97
 Desiderato-Dorn S. S81
 Dichter V. S113
 Diebold K. S108
 Diedrich A. S123
- Diefenbach C. S138
 Diefenbacher S. S102
 Diercke M. S111, S151, S152
 Dierks M.-L. S177
 Dietsch S. S156
 Dilger C. S170
 Dilthey A. S130
 Dinklage H. S125
 Dirksen-Fischer M. S93
 Distler S. S125
 Dittmer U. S133
 Dobler G. S98
 Döhla M. S133
 Dölger L. S71
 Domić J. S92
 Donhauser J. S56
 Dörre A. S62, S83
 Dragano N. S72, S167
 Dräger S. S157, S158
 Dreesman J. S83, S100, S109
 Dreier M. S139
 Droop F. S113
 Dudareva S. S95
 Duggan K. S119
 Duwe J. S118, S119, S157, S158
 Dyer C. S101, S102
- E**
- Ebrahimzadeh-Wetter H. S59
 Eckert O. S144
 Eckmanns T. S103, S104, S132, S156
 Ehehalt S. S56, S102, S131, S139
 Ehlers L. S93
 Ehrhard I. S62
 Eichinger M. S58
 Eichner L. S99, S169
 Einbrodt K. S84
 Ellwanger R. S107
 Elschenbroich M. S89
 Elsner C. S133
 Engelhart S. S113, S146
 Engels S. S106, S108
 Engel T. P. S118
 Erschens R. S139
 Evers J. S68
 Ewert B. S68, S165
 Exner M. S106
 Exner T. S111
- F**
- Faiß B. S169
 Feil F. S177
 Feller S. S143
 Fernandez E. S62
 Fertig R. S111
 Fidler A. S109
 Fiedler S. S136
 Fiessler E. S123
 Filser A. K. S141
 Finger J. D. S76
 Fingerle V. S121
 Fischer G. S146
 Fischer Guido S147
 Flottmann A. S136
 Folgner K. S67
 Foppa I. S90
 Franke J. S69
 Franke P. S92, S168
 Freese R. S145
 Freesmeyer D. S125
 Freitag A. S70, S130
 Frese M. S93
 Fretschner T. S111
 Freytag S. S154

- Friedriszik G. S79
 Friegle B. S60
 Frölich S. S102
 Füllkrug A. S135
 Funke N. S97
- G**
 Gabrio T. S146
 Galante-Gottschalk A. S56, S84, S102
 Gardecki S. T. S126
 Gaußmann A. S89, S110
 Geffers C. S167
 Geffert K. S80
 Geisel B. S130, S151
 Geisinger V. S170
 Gelius P. S76
 Geraedts M. S68
 Gerhardus A. S129
 Gerstner D. S112, S122
 Giel K. S139
 Gillesberg Lassen S. S107
 Girbig M. S63, S64
 Glasauer S. S107
 Gläser-Zorn A. J. S112
 Gleich S. S102, S132, S144, S161
 Glienke M. S74, S118
 Goeke C. S123
 Goer S. S133
 Goetsch U. S60
 Göhmann-Frenzel V. S175
 Göppel-Schneider A. S117
 Goretzki S. C. S133
 Götsch U. S95, S107
 Gottstein I. S136
 Gottwald E. S93
 Graefe K. S87
 Graf M. S177
 Graw M. S144
 Greiner T. S111
 Gronbach K. S131
 Grotegut P. S85
 Grünberg L. S109, S129, S172
 Grüne B. S123
 Gueye S. S93
 Gundermann B. S124
 Günther L. S72
- H**
 Haag-Milz S. S96
 Haatanen K. S78
 Häcker B. S75
 Hagmann D. S126
 Hailer J. S81
 Haller J. S60, S95, S107
 Hallermann T. S88
 Hamani N. S143
 Händlmeyer A. S157, S158
 Harth V. S93
 Häse D. S81, S100, S106, S114, S150, S166
 Hatzivramidis S. S101, S105
 Haunhorst E. S109
 Hauschild N. S113
 Haußmann H. S173
 Hebestreit A. S76
 Heck A. S81
 Heidrich J. S93
 Heidrich S. S127
 Heindl T. S72
 Heinrich R. S111
 Heinze S. S77, S78, S99, S112, S120, S122, S153
 Heinz M. S163
 Heinzow B. S122, S146
 Heißenhuber A. S153
 Hellinckx J. S102
 Hellmich M. S97
 Helmeke C. S90
 Helmrich M. S111
 Henke-Möller H. S69
- Henze A. S93
 Herbst A. S84
 Hermann S. S76
 Hermes J. S132, S156
 Herr C. S77, S78, S112, S120, S122
 Herr C. E. W. S146
 Herrmann A. S100
 Herschbach A. S139
 Hertel K. S108
 Hesse-Jungesblut K. S83, S142
 Hesse S. S131
 Heudorf U. S95, S120
 Heuer I. S129
 Heumann V. S78
 Heuser F. S124
 Heusler S. S127
 Hilberath C. S126
 Hildebrandt J. S123
 Hille K. S109
 Hillenbrand M. S171
 Hiller A. S70, S71
 Hinsche-Böckenholt A. S70
 Hoch M. S99
 Hocke J. S111
 Hodissen U. S112
 Hoebel J. S140
 Hoeppe A. S68
 Hoeren L. S108
 Hofmann L. S128
 Hölscher G. S153
 Holzendorf V. S125
 Hölzl F. S131
 Hommes F. S81
 Hornberg C. S130, S166
 Horstkötter N. S140
 Horstmann A. S86
 Huber L. S117
 Hübötter I. S140
 Hurraß J. S122, S146
 Huß J. S112, S153
- I**
 Idler A. S120
 Interthal C. S89
 Ivanova K. S172
- J**
 Jack A. S130, S166
 Jagemann P. S91
 Jahn N. S83, S128, S154
 Jansen S. S98
 Jaščenoka J. S137, S138
 Jentzen L. E. S102
 Joest M. S122, S146
 Joggerst B. S81, S150, S166
 Joos S. S100, S106, S114, S166
 Jung L. S96
 Junius-Walker U. S100, S128, S142, S154, S177
 Junne F. S139
 Jurke A. S69, S81, S85, S104
 Just F. S99
- K**
 Kajikhina K. S81, S149
 Kaman A. S142
 Kämpfe A. S173
 Kappelt M. S82
 Kappert O. S73
 Karagiannidis C. S146
 Kaskel A.-K. S65
 Katz K. S99
 Kauth T. S65
 Keitel M. S90, S121
 Kellner S. S127
 Kersjes C. S143
 Kiefer S. S102
 Kienzler S. S147
 Kietzmann A. S119, S167
- Kilian L. S70, S71
 Kill S. S160
 Kinne V. S69
 Kipp F. S69
 Klassen H. S157, S158
 Klaus A. S150
 Kleine C. S60, S107
 Kleinschmidt J. S165
 Klima A. S132
 Klimek L. S146
 Kling B. S126
 Klodt T. S68
 Kloppe C. S157, S159
 Kloster T. S142
 Kluba J. S128, S154
 Knab N. J. S101
 Knigge G. S129
 Knöchelmann A. S134
 Knorr B. S101, S105
 Köberle M. S146
 Koch H. M. S79
 Kohls K. S174
 Kolbe-Busch S. S92
 Koldehoff M. S133
 Kolk A. S146
 Kollek M. S135
 Koller H. S148
 Kolossa-Gehring M. S79
 Koncz V. S132
 König J. S138
 Königstein A. S83
 Konrad R. S168
 Korbely C. S120
 Korebrits C. S74, S118
 Korn M. S164
 Kosel F. S126
 Kossow A. S96, S102, S109
 Kouros B. S93
 Krahn J. S98, S111, S175
 Kraiselburd I. S91, S133
 Kramer S. S163
 Krause D. S152
 Krefis A. C. S142
 Kreft A. S70, S130
 Kreienbrock L. S109
 Kreutzer M. S123
 Krieger J. S130, S151
 Krumbholz A. S61
 Küfer-Weiß A. S123
 Kühn A. S73, S94, S99, S102
 Kuhn J. S56, S84
 Kümeke S. S157, S159
 Kämpfel R. S80
 Kunze K. S109
 Kutzora S. S120, S153
- L**
 Lackner S. S90
 Lahne H. S122
 Lakes T. S143
 Lambert M. S79
 Lampl B.M. J. S72
 Langen K. S154
 Lang S. S57, S109, S129, S172
 Latka M. S128
 Lechler L. S93
 Lemke N. S79
 Lengefeldt S. S129
 Lennings J. S131
 Lenz N. S120
 Lenz W. S128, S137, S165
 Leppmeier L. S80
 Lichtnecker H. S146
 Li L. S142
 Lindemann T. S145
 Lingk C. S149
 Linnemann V. S91
 Lintener H. S68

Lisak-Wahl S. S70, S130
 Litfin S. S81
 Litz J. S70, S71
 Lob-Corzilius T. S146
 Loenenbach A. S149
 Loidl E. S81
 Looks P. S56
 Lotze-Rupp M. S94
 Luden K. S174
 Lüders A. S153
 Ludwig M. S. S93
 Lühken R. S98
 Lukas M. S111

M

Mach-Völker I. S112
 Mahler N. S152
 Mahlke C. S129
 Malonga Makosi D. S138
 Manafa G. S143
 Manos A. S85
 Maraslioglu M. S119
 Marcic A. S61, S95, S154
 Markwart R. S156
 Martens F. S120
 Martin A. S75, S98
 Martini A. S176
 Martin Sanchez M. S149
 Marty M. S111
 Maßmann-Pabst M. S63
 Matysiak-Klose D. S141
 Maurer J. S137, S138
 Mehlis A. S176
 Meinen A. S62, S103, S104, S132
 Menardoa S. S164
 Merk V. K. S106
 Mertens E. S83, S100
 Metken J. S131
 Metz J. S99, S104
 Metz M. S157, S159
 Meyer F. S91, S133, S152
 Meyer S. S102
 Michalski N. S140
 Milbradt J. S93
 Mildemberger K. S125
 Minkwitz S. S81, S166
 Mischnik A. S102
 Mitić D. S69
 Mlaouhi-Müller A. S156
 Mock F. S133
 Moebus S. S91
 Möller I. S94, S99
 Moritz K. S157, S159
 Moser N. S71
 Mühenbruch-Kränzel A. S108
 Mühlenbruch K. S75, S124
 Mühlenbruch-Kränzel A. S82, S124
 Mühlenmeister J. S152
 Mühle-Schaeffer U. S72
 Mülleneisen N. S146
 Müller A.-M. S112
 Müller F. S110
 Müller L. S81
 Müller S. S68, S120
 Münstermann U. S59
 Murawski A. S79
 Mutters N. S106
 Mutters N. T. S108, S113, S133

N

Nagel R. S133
 Napp A.-K. S142
 Naujoks F. S136
 Naundorf F. S70, S71, S130
 Navina S. S95
 Nerkelun K. S94
 Nethe U. S113

Neuhann F. S97
 Neuhoff N. S125
 Neumann A. S58
 Neusser J. S99
 Niemann H. S68
 Nießen J. S112
 Nießen T. S98
 Nietner T. S163
 Nill F. S166
 Nixdorf R. S129
 Nordhoff K. S109
 Notz H. S92, S168
 Nouri-Pasovsky P. A. S167
 Nowak D. S122, S146
 Nowossadeck E. S80

O

Obermaier N. S111
 Oberwöhrmann S. S76
 Oedi P. S151
 Oeltjen L. S129
 Oey A. S83
 Opitz N. S68
 Oriwol D. S130, S131, S151
 Orlt P. S157, S158
 Ossenschmidt D. S78
 Ostermann C. S116
 Oster N. S62, S68, S80, S100, S106, S120
 Otto-Knapp R. S75
 Overesch I. S100

P

Paar H. S162
 Pantenburg B. S94, S99
 Papadopoulos V. S112
 Paul J. S112
 Perz R. S163
 Peschel O. S144
 Peter C. S140
 Petrakakis P. S135, S136
 Petzold K. S172, S173
 Pfahler M. S102
 Pfänder T. S170
 Pfeiffer O. S125
 Philippi G. S157, S158
 Philler K. S82
 Pietsch A. S82
 Pins G. S120
 Piontkowski E. S81, S100, S114, S150, S166
 Pischke C. S72
 Pläß D. S147
 Plath J. S128, S165
 Plaza-Munet I. S101, S105
 Pohl S. S63, S64, S115
 Ponke J. S129
 Predel H.-G. S108
 Preuß P. S108
 Primc N. S101, S105
 Privitzer M. S73, S110
 Püschmann C. S94, S96, S99
 Pütz P. S111

Q

Quartucci C. S112, S120, S122

R

Rabe U. S146
 Raisle A. S117
 Rangwich-Fellendorf U. S65
 Raulf M. S146
 Rauschnig D. S97
 Ravens-Sieberer U. S142
 Razum O. S56
 Redemann D. S102
 Rehfuess E. A. S102
 Reimers A. S76
 Reimer X. S130

Reincke M. S125
 Reinhart A. S135
 Reinisch S. S68
 Reisert R. S111
 Reißner K. S142
 Remm K. S109
 Renner I. S58
 Renner T. S126
 Rensing K. S120
 Resmark G. S126
 Reusch J. S97
 Reuss A. S156
 Rexroth U. S107, S133
 Reyer M. S170
 Richardt N. S71
 Richtartz-Salzbürger E. S66
 Richter H. S81, S100, S150, S166
 Richter M. S90
 Rieck T. S140
 Rieger M. A. S100, S114, S166
 Ries M. S134, S148
 Ritz-Timme S. S135
 Röbl K. S151
 Rocker D. S91
 Röhl C. S79, S162, S173
 Roller G. S73, S83, S166
 Romero Starke K. S79
 Roppel M. S70
 Rose A. S140
 Rosemann M. S67
 Rosenberg L. S85
 Rosenfeld E. S132
 Rosenkötter N. S67, S84
 Ross R. S. S133
 Roth A. S143
 Rot S. S90
 Rousseau L. S107
 Rübenkönig F. S112, S157, S159
 Ruhmann S. S120

S

Sachse S. S108, S133
 Saeed S. S90
 Said D. S103, S104, S132
 Samtlebe P. S134
 Sapoutzis N. S74
 Saravia C. S111
 Sarma N. S81
 Sauer A. S119
 Sauer F. S98
 Savaskan N. S102, S143
 Savin-Hoffmeyer M. S106, S133
 Sawarsa S. S98
 Schade M. S56, S77, S115, S171
 Schäfer J. S81
 Schäfer M. S167
 Schäfer O. S176
 Schäfer P. S62, S64, S68, S73, S80, S100, S106, S120, S166
 Schäffer B. S144
 Schaffner M. S132, S150
 Scharkus S. S96, S102, S109, S123
 Scharlach H. S81
 Scharlach M. S91, S105, S109
 Schattschneider A. S111
 Schauer J. S104
 Schefter C. S63, S64
 Schenuit G. S167
 Scheunemann F. S160
 Schiefer B. S123
 Schiffner U. S134
 Schink S. B. S103, S156
 Schlang C. S113, S145
 Schleeff J. S156
 Schlegel C. S81, S99, S169
 Schlegel P. S161
 Schmidt A. S56, S63, S64, S102, S174

- Schmidt D. S60, S95, S107
Schmidt S. S132, S150
Schmidt T. S91
Schmiege D. S91
Schmithausen R. S108
Schmithausen R. M. S72, S91, S106, S133
Schmitt J. S55
Schmitt N. S63, S64, S152
Schmitz T. S143
Schmmerer M. S61
Schneider B. S111
Schneider M. S102
Schnepf A. S109
Schober W. S122
Schöll M. S107, S133
Schol-Tadic M. S145, S161
Schoner T. S167
Schoth J. S91
Schreiber J. S56, S102, S175
Schreiter K. S85
Schröder-Bäck P. S102
Schröder M. S58
Schuhbeck F. S141
Schuh K. S126
Schulte C. S87
Schulze H. S111
Schulze P. S81
Schulz M. S129
Schulz R. S97
Schumacher J. S111
Schürstaedt L. S157, S158
Schuster K. S57, S92, S168
Schütt H. S167
Schutz D. S80
Schwabe A. S113
Schwarzbach S. S131
Schwärzel C. S98
Schweickert B. S103, S104
Schweickert de Palma E. S96
Schwieger R. S77, S78
Schwöbel K. S62
Seefeld L. S140
Seidel J. S81
Seidler A. S63, S64
Seidler J. S135
Selinka H.-C. S111
Senninger S. S112, S120
Seyde T. S79
Sib E. S106
Sibilis A. S131
Sievers C. S151
Siffczyk C. S149
Sigmund A. S102
Simon K. S137, S138
Sing A. S60, S168
Singer R. S140
Sinning H. S131
Sirrenberg M. S78
Siv Roppel M. S71
Siwek M. S89, S110
Slanger T. S113
Sniehotta F. S68
Sölller J. S102
Söllner-Schaar C. S126
Sommer A. S94, S99
Somogyi S. S176
Sons M. S78
Sörensen C. S112
Specht S. S170
Speiser S. S93
Sperle I. S95
Spieß B. S66
Spittel R. S109
Sprenger A. S168
Spriestersbach A. S171
Springer B. S150
Sprünken M. S157, S159
- Stander V. S59
Starke D. S56, S70, S71, S83, S84, S130, S143, S167
Stark K. S62, S65, S113
Steffen G. S95
Steiner L. S157, S158
Steinisch M. S64, S73
Steinmann J. S146
Steiß J.-O. S146
Stelberg H. S84, S87, S112
Stemler J. S122, S146
Stengele U. S150, S166
Stengl M. S93
Stenzel S. S115
Steuer D. S149
Steul K. S95, S98, S111, S175
Stiegler A. S73
Stiehler M. S85
Stöckl D. S93
Stöhr S. S77, S78
Straff W. S68
Stratilj. S114
Strauß C. S102
Stumpf M.-D. S121
Sturm H. S114
Suárez I. S97
Suchenwirth R. S162, S174
Suck C. S125
Susenburger R. S72
Suwono B. S151
Sydow W. S92
Szagun B. S84, S117, S170
Szperalski J. S112
- T**
Taché S. S115
Tahir S. S156
Takla A. S140
Teclé N. S102
Tegtmeyer B. S96
Teinert M. S102
Tempel G. S84, S140
Tesch F. S55
Theiss J. S113
Thermann P. S116
Thober S. S102
Thomas A. S133
Thumm E. S99
Tinnemann P. S56, S77, S95, S102, S107, S115, S116, S134, S136
Tobollik M. S147
Tolg B. S131
Traub U. S65, S113
Trautmann F. S56
Tribe K. S127
Tröger M. S130, S166
Trommer S. S69
Tuncer-Klaiber R. S58
- U**
Ullrich A. S111, S151
Ulrich S. M. S58
Umpfenbach U. S146
Urschitz M. S138
Usipbekova K. S100
Utschakowski J. S129
Uzun M. S157, S158
- V**
Valentin M. S61
Valtanen K. S146
van Bronswijk K. S68
van Hout L. S70
van Mark G. S109
Velleuer R. S109
Viehöver S. S144
Vietor A.-C. S104
- Vogel-Reisch F. S86
Vogel U. S144
Voges S. S58
Vogt-Rößler I. S86
Völkel W. S122
Volynskij C. S82
von Reiswitz A. S98
von Rüden U. S59
Vosseberg F. S107, S114, S167
- W**
Wabnitz K. S80
Wachsmuth Y. N. S96
Wachtler B. S143
Wagner Y. S59
Wahl G. S121
Walser-Reichenbach S. S146
Walter A.-B. S162
Walter-Frank B. S73
Walter U. S177
Walther B. S111, S174
Wanner G. S113
Waterstraat P. S69
Weber F.-A. S91
Weber T. S79
Wehrhahn A. S149
Weidemann R. S56
Weidlich A. S102, S175
Weiler M. S62
Weilhammer V. S112, S120
Weingärtner A. S126
Weiß K. S70
Weiss S. S157, S159
Wenzel J. J. S61
Werchan B. S146
Westenhöfer J. S131
Weyers S. S167
Wichmann O. S140
Widera M. S91
Wieczorrek Y. S123
Wiehn J. S79
Wiesmüller C. S149
Wiesmüller G. A. S122, S146
Wiggerich E. S136
Wijnen-Meijer M. S74
Wilberg A. S125
Wilbring G. S106
Wildförster V. S157, S159
Wildner M. S83
Wilhelm A. S91
Wilhelm M. S128
Wilke L. S157, S160
Willems E. S88
Willinger B. S146
Willrich N. S104
Winkelmann A. S157, S160
Winkelmann J. S79
Winkelmann T. S109
Winkel T. S84
Winkler K. S115
Wintermeyer D. S147
Wintgens T. S91
Winther A. S115
Winzer C. S110
Wirth M. S172
Wirtz K. S87
Wischniewski N. S69
Wittmüß W. S156
Wohlrab D. S77
Wolber J.-L. S91
Wolfers K. S81, S126, S166
Wolff A. S84
Wollenberg B. S84
Wollenweber M. S83, S100
Wollkopf A. S113
Wolter A. S81, S107
Woltert J. S83

Wonsikiewicz M. S81
Wrede B. S58, S64
Wünsch A. S139
Wüste-Rieback J. S102

Z

Zahn D. S96
Zaki A. S157, S158

Zamfir M. S122
Zedlick D. S79
Zeiber J. S76
Zeitmann N. S149
Zettler J. S130, S131, S151
Ziech P. S155, S167
Ziese T. S84
Zietz B. S122

Zimmermann R. S95
Zipfel S. S126, S139
Ziser K. S139
Zollner C. S150
Zöllner R. S102, S134
Zscheppang A. S55
Zühlke C. S83

AKTUELL UND PRÜFUNGSRELEVANT

Fachkunde für Kaufleute im Gesundheitswesen

Anja Grethler

4. Auflage

Muster-
LÖSUNGEN
online!
www.thieme.de/go/kig



 Thieme

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Bei Lieferungen außerhalb (D) werden die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. Georg Thieme Verlag KG, Sitz- und Handelsregister Stuttgart, HRA 3499

Ein Fachbuch, auf das Sie sich während Ihrer kaufmännischen Ausbildung im Gesundheitswesen verlassen können. Laufend ändert sich etwas: z. B. Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, DSGVO und die Gebührenverordnung für Ärzte. Hier finden Sie alle wichtigen Neuerungen und ausbildungs- und prüfungsrelevanten Inhalte in einem Buch – ausführlich, aber auch kompakt. Die Kapitel sind leicht verständlich mit aussagekräftigen Abbildungen, Icons, und Grafiken. Fallbeispiele übersetzen die Theorie in konkrete Anwendungen. Wichtig für die Prüfungsvorbereitung: Übungsaufgaben am Kapitelende (Lösungen online).

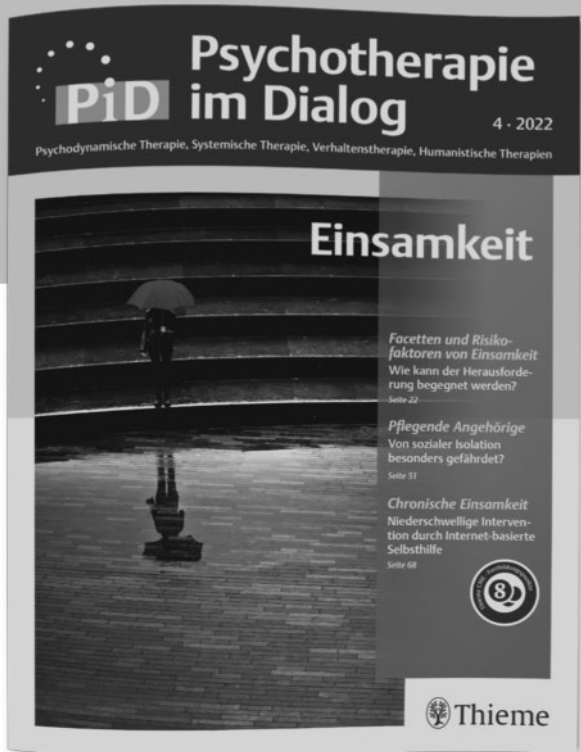
ISBN 978 3 13 244378 5
49,99 € [D]



shop.thieme.de

 Thieme

Einsamkeit und die negativen Auswirkungen auf Körper und Psyche



Psychotherapie im Dialog
Einsamkeit
110 S., 25 Abb., kart.
ISBN 978 3 13 244718 9
49,00 € [D]
Auch als e-Book

Mit einem Abo
verpassen Sie
keine Ausgabe
und haben
Online-Zugriff auf
alle PiD-Hefte.

Ein Thema – viele Perspektiven

Einsamkeit ist keine medizinische Diagnose, sondern ein subjektives Gefühl. Objektiv nachgewiesen sind jedoch die negativen Auswirkungen von Einsamkeit auf die körperliche, psychische und soziale Gesundheit – und die Anzahl der Menschen, die sich einsam fühlen, ist durch die Pandemie in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen.

PiD hat sich intensiv damit auseinandergesetzt, inwiefern Einsamkeit in ihren unterschiedlichen Facetten in der Psychotherapie von Bedeutung ist, und möchte Sie für dieses Thema als mögliches Problem Ihrer Patient*innen sensibilisieren. Nutzen Sie die Vielfalt an Wissen und Erfahrung, um sich Anregungen für Ihre Praxis zu holen – u.a. zu den folgenden Themen:

- Die Entwicklung von Einsamkeit über die Lebensspanne
- Kann man Einsamkeit behandeln? Eine psychoanalytische Perspektive
- Die verborgenen Gesichter der Einsamkeit
- Herzbeschwerden durch Einsamkeit
- Einsamkeit – eine psychologische Perspektive
- Einsame Menschen in der Psychotherapie – Ursachen, Zusammenhänge und Hilfen bei chronischer Einsamkeit
- Psychotherapie und Einsamkeit der Sterbenden
- Einsamkeit und Erwerbsminderung
- Einsamkeit bei pflegenden Angehörigen
- Einsamkeit von Kindern bei psychischen Erkrankungen ihrer Eltern
- Spezialsprechstunde Einsamkeit – ein Werkstattbericht
- Selbsthilfe trifft Einsamkeit
- SOLUS-D – Eine Internet-basierte Selbsthilfeintervention bei chronischer Einsamkeit
- Einsamkeit und Pandemie – eine theologische Perspektive

Jetzt zum Einstiegspreis abonnieren.
shop.thieme.de/pid

 **Thieme**

Das Gesundheitswesen

86. Jahrgang

Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, Medizinischer Dienst Public Health, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Versorgungsforschung

ISSN (Print): 0941-3790, eISSN: 1439-4421

Copyright & Ownership

Wenn nicht anders angegeben: © 2024. Thieme. All rights reserved. Die Zeitschrift *Das Gesundheitswesen* ist Eigentum von Thieme. Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Federführender Herausgeber

Prof. Dr. med. M. Wildner, Pettenkofer School of Public Health, c/o Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Veterinärstr. 2, 85764 Oberschleißheim
E-Mail: gesundheitswesen@gl.bayern.de

Die Herausgebenden sind nicht verantwortlich für in der Zeitschrift enthaltene Anzeigen und Beilagen.

Verlag

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart oder Postfach 301120, 70451 Stuttgart
Tel.: +49 711 8931-0, Fax: +49 711 8931-298
www.thieme.de, www.thieme.de/gesu
www.thieme-connect.de/products
Web-App: www.thieme.de/eref-app

Umsatzsteuer-ID

DE147638607

Handelsregister

Sitz und Handelsregister Stuttgart,
Amtsgericht Stuttgart HRA 3499,
Verkehrsnummer 16427

Redaktion

Sie erreichen die Redaktion unter: gesu@thieme.de
V.i.S.d.P.:
Regina Schweizer, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Thieme.media
Pharmedia Anzeigen- und Verlagsservice GmbH
Niklas Mair, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart oder Postfach 300880, 70448 Stuttgart
Tel.: +49 711 8931-882
E-Mail: Niklas.Mair@thieme-media.de

Produktionsmanagement

Tel.: +49 711 8931-299, Fax: +49 711 8931-393
E-Mail: elke.rettig@thieme.de

Abonnentenservice

Wir bitten unsere Abonnent*innen, Adressänderungen dem Abonnentenservice mitzuteilen, um eine reibungslose Zustellung der Zeitschrift zu gewährleisten. Tel.: +49 711 8931-321, Fax: +49 711 8931-422, https://kundenservice.thieme.de

Die Inhalte der Zeitschrift stehen online in Thieme connect zur Verfügung (www.thieme-connect.de/products). Der Zugang ist für persönliche Abonnent*innen im Preis enthalten.

Über kostenpflichtige Zugangsmöglichkeiten und Lizenzen für Institutionen (Bibliotheken, Kliniken, Firmen etc.) informiert Sie gerne unser Institutional Sales Team, E-Mail: sales@thieme-connect.de

Warenbezeichnungen und Handelsnamen

Marken, geschäftliche Bezeichnungen oder Handelsnamen werden nicht in jedem Fall besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Handelsnamen handelt.

Informationen für unsere Autor*innen

Manuskripteinreichung unter <http://mc.manuscriptcentral.com/gesu>
Manuskriptrichtlinien und andere Informationen für Autor*innen entnehmen Sie bitte den Autorenhinweisen unter dem Reiter „Autoren“ auf www.thieme.de/gesu. Grundsätzlich werden nur solche Manuskripte angenommen, die noch nicht anderweitig veröffentlicht oder zur Veröffentlichung eingereicht worden sind.

Bitte beachten Sie: Wir können keine Abbildungen annehmen, die bereits in Büchern, Zeitschriften oder elektronischen Produkten anderer Anbieter*innen publiziert worden sind oder an denen ein Dritter Nutzungsrechte hat (z.B. Arbeitgeber). Der Grund: Auch gegen Lizenzgebühr ist es kaum noch möglich, die Nutzungsrechte in dem für uns erforderlichen Umfang zu erhalten. Bitte zahlen Sie deshalb keine Lizenzgebühren (z.B. bei „RightsLink“ / Copyright Clearance Center) – auch die Standard-Lizenzverträge von „Creative Commons“ sind für eine Publikation leider nicht ausreichend.

Diese Zeitschrift bietet AutorInnen die Möglichkeit, ihre Artikel gegen Gebühr in Thieme connect für die allgemeine Nutzung frei zugänglich zu machen. Bei Interesse wenden Sie sich bitte an: gesu@thieme.de

For Users in the USA

Authorization of photocopy items for internal or personal use, or the internal or personal use of specific clients, is granted by Georg Thieme Verlag Stuttgart. New York for libraries and other users registered with the Copyright Clearance Center (CCC) Transactional Reporting Service; www.copyright.com. For reprint information in the USA, please contact: journals@thieme.com

Wichtiger Hinweis

Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Heft eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autor*innen, Herausgebende und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung der Zeitschrift entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jede*r Benutzende ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und ggf. nach Konsultation eines Spezialisten oder einer Spezialistin festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in dieser Zeitschrift abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzenden. Autor*innen und Verlag appellieren an alle Benutzenden, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind für die Dauer des Urheberrechts geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigung und Verbreitung in gedruckter Form, Übersetzung, Übertragung und Bearbeitung in andere Sprachen oder Fassungen sowie die Einspeicherung und Verbreitung in elektronischen Medienformen (z. B. CD-Rom, DVD, USB-Speicher, Datenbank, cloud-basierter Dienst, e-book und sonstige Formen des electronic publishing) und auch öffentlicher Zugänglichmachung (z. B. Internet, Intranet oder andere leitungsgebundene oder -ungebundene Datennetze), u. a. durch Wiedergabe auf stationären oder mobilen Empfangsgeräten, Monitoren, Smartphones, Tablets oder sonstigen Empfangsgeräten per Download (z. B. PDF, ePub, App) oder Abruf in sonstiger Form etc.

Hinweis zu Studien-Referaten

Die Autorinnen und Autoren unserer Referate-Rubriken schreiben frei- oder nebenberuflich für verschiedene Auftraggebende aus Verlagsbranche, Wissenschaft und Industrie. Bei Fragen zu Interessenkonflikten einzelner Autor*innen wenden Sie sich bitte mit der im Impressum unter „Redaktion“ genannten E-Mail-Adresse an den Verlag.

Datenschutz

Wo datenschutzrechtlich erforderlich, wurden die Namen und weitere Daten von Personen redaktionell verändert (Tarnnamen). Dies ist grundsätzlich der Fall bei Patient*innen, ihren Angehörigen und ihrem Freundeskreis, z.T. auch bei weiteren Personen, die z.B. in die Behandlung von Patient*innen eingebunden sind.

Wertschätzende Sprache und geschlechtergerechter Sprachgebrauch

Thieme Publikationen streben nach einer fachlich korrekten und unmissverständlichen Sprache. Dabei lehnt Thieme jeden Sprachgebrauch ab, der Menschen beleidigt oder diskriminiert, beispielsweise aufgrund einer Herkunft, Behinderung oder eines Geschlechts.

Thieme wendet sich zudem gleichermaßen an Menschen jeder Geschlechtsidentität. Die Thieme Rechtschreibkonvention nennt Autor*innen mittlerweile konkrete Beispiele, wie sie alle Lesenden gleichberechtigt ansprechen können. Die Ansprache aller Menschen ist ausdrücklich auch dort intendiert, wo im Text (etwa aus Gründen der Leseleichtigkeit, des Text-Umfangs oder des situativen Stil-Empfindens) z.B. nur ein generisches Maskulinum verwendet wird.

Printed in Germany

Satz: MPS Limited, Bangalore (India)

Druck und Bindung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten

Bezugspreise 2024*	Abo
Persönlicher Jahresbezugspreis	441,00
Institutioneller Jahresbezugspreis**	716,00
Weiterbildungspreis & Preis für Studierende/Schüler*innen	250,00
Jahresbezugspreis für Mitglieder berechtigter Gesellschaften #	221,00
# Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V., Berufsverband der Sozialversicherungsärzte Deutschlands e.V., Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e. V., Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V., Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., Natürliche Personen Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V., Österreichische Gesellschaft für Public Health	
* Jährliche Bezugspreise in €, unverbindlich empfohlene Preise inkl. der gesetzl. MwSt und inkl. der Versand- und Handlingkosten. Preisänderungen vorbehalten. Preis für ein Einzelheft 66,00 €. Das Abonnement wird im Voraus berechnet und zur Zahlung fällig. Die Bezugsdauer verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, sofern das Abonnement nicht bis spätestens 30.09. mit Wirksamkeit zum Kalenderjahresende gekündigt wird.	
** Der institutionelle Jahresbezugspreis inkludiert den Online-Zugriff für 1 Standort. Weitere Informationen finden Sie unter https://lp.thieme.de/fachzeitschriften/ijbp/	

