

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

Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Jetzt die Zukunft

Datum/Ort:

12.05.–14.05.2022, Magdeburg

Kongresspräsidium:

Dr. Johannes Nießen, Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Dr. Michael Schäfer MPH, 1. Vorsitzender Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

Prof. Dr. Caroline Herr, Präsidentin der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin e.V.

Fachausschuss Amtsärztlicher Dienst/ Begutachtung

Vorträge

Heilpraktikerwesen – eine amtsärztliche Pflichtaufgabe

Autor Lubbe Reinhard

Institut Minden, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745418

Niedergelassene Heilpraktiker/innen sind eine feste Größe des deutschen Gesundheitssystems. Sie gibt es in jedem Kreis und in jeder kreisfreien Stadt. Das Heilpraktikerwesen wird durch eine größere Anzahl an Gesetzen und Verordnungen (und für die Verwaltung: Erlassen) geregelt. Hierzu gibt es eine umfassende Übersicht.

Wann hier das Gesundheitsamt die „zuständige Behörde“ ist, ist in den verschiedenen Bundesländern und deren untergeordneten Behörden unterschiedlich geregelt. Beispiele werden benannt.

Auch im Rahmen von Amtshilfeersuchen muss das Gesundheitsamt als Fachamt mit Fragen zum Heilpraktikerwesen rechnen.

Der Vortrag wird hier eine Übersicht geben.

Literatur Heilpraktikergesetz und DVO

Gesetze zum Öffentlichen Gesundheitsdienst der einzelnen Bundesländer
Infektionsschutzgesetz

Arzneimittelgesetz

Medizinproduktegesetz

Länderspezifische Verordnungen zu Corona ,z.B. CoronaschutzVO NW

Interessenskonflikte Keiner

Neu als Arzt/Ärztin im Gesundheitsamt? Wie „tickt“ Verwaltung?

Autor Lubbe Reinhard

Institut Minden, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745419

Ärzte/Ärztinnen lernen im Studium in der Regel nichts zum Thema Verwaltung. Aber arbeitet man beim Gesundheitsamt, so ist man ein Teil der Verwaltung. Und die denkt und spricht so manches Mal anders als der normale Bürger. Für den Neuling gilt es sich einzuarbeiten in Themengebiete wie „Wie soll ein Bescheid aufgebaut sein“, was bedeutet der „Dienstweg“, was bedeutet „im

Auftrag“ unterzeichnen, Rechtsgrundlagen in Gutachten/Stellungnahmen benennen und berücksichtigen, etc.

Und warum die Ärzte/innen ihre Gutachten nicht in medizinischer Fachsprache verfassen sollen.

Der Referent bietet maßgeschneidert für Mediziner/innen aus eigener langjähriger Erfahrung eine Einführung in die Verwaltung unter besonderer Berücksichtigung der Tätigkeit im Gesundheitsamt als Fachamt an.

Literatur Länderspezifische Gesetze zum Öffentlichen Gesundheitsdienst.
Grundgesetz

Verwaltungsverfahrensgesetze der Länder

Ausbildungs- und Prüfungsordnungen für diverse „Heilhilfsberufe“

Infektionsschutzgesetz

Interessenskonflikte Keiner

Auswertung der Gutachtenfälle nach dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) der Jahre 2020 und 2021 im Kreisgesundheitsamt Reutlingen und kritische Diskussion der Ergebnisse

Autoren Funk Wolfgang¹, Wolfers Kersten¹, Roller Gottfried², Stiegler Anette¹

Institute 1 Landratsamt Reutlingen, Kreisgesundheitsamt, Reutlingen, Germany; 2 Regierungspräsidium Stuttgart, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Stuttgart, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745420

Hintergrund Die konkrete Zuständigkeit der Gesundheitsämter für Unterbringungsverfahren regelt in Baden-Württemberg das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) [1] und das PsychKHG [2]. Die ÄrztInnen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) fungieren dabei als Sachverständige. Sie kommen einer der zentralen, gesetzlich verankerten Aufgaben des ÖGDG, der Förderung und dem Schutz der Gesundheit der Bevölkerung (§1 (1)), nach. Die Aufgabenwahrnehmung orientiert sich am Landesgesundheitsgesetz Baden-Württemberg (LGG) [3], welches die Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und die Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens fokussiert.

Ziel Auswertung der Gutachtenfälle nach dem PsychKHG in den Jahren 2020-2021 im Kreisgesundheitsamt Reutlingen mit kritischer Diskussion der Ergebnisse. Die besonderen Herausforderungen der amtsärztlichen Begutachtung bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung werden beleuchtet und unter Berücksichtigung der rechtlichen Vorgaben diskutiert.

Methode Deskriptive Analyse der durchgeführten Begutachtungen hinsichtlich des Verfahrensablaufs, soziodemographischer und gesundheitsbezogener Variablen.

Resultate Die Auswertungen aus dem Jahr 2021 liegen noch nicht vor und werden ergänzt. 2020 waren fast ¾ der Betroffenen männlich (72 %) und am häufigsten lag eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung) vor (78 %). Ein Großteil der Betroffenen (78 %) war in den örtlichen psychiatrischen Kliniken bekannt. Bei 58 % der Fälle wurden die Unterbringungsbedingungen nach dem PsychKHG als erfüllt angesehen.

Schlussfolgerung Bevölkerungsschutz und die Stärkung der intersektoralen Zusammenarbeit sind wichtige Kernaufgaben des ÖGD. Auch bei der Begutachtung nach dem PsychKHG sollen immer das Wohl und die Gesundheit des Einzelnen und der Gesellschaft im Mittelpunkt stehen und Zwangsmaßnahmen „letztes Mittel“ sein. Die ersten Ergebnisse dieser Arbeit geben Hinweise darauf, dass die Stärkung einer Vernetzung an den relevanten Schnittstellen der Versorgung und der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit für die Betroffenengruppe der Menschen mit schwerer psychischer Krankheit und die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen einen wichtigen Ansatzpunkt darstellen könnte.

Interessenskonflikte Keine Interessenskonflikte

Literatur

- [1] Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz – ÖGDG) vom 17. Dezember 2015: https://www.landesrecht-bw.de/jportal/portal/t/pf4/page/bsbawueprod.psm1 pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Trefferliste&documentnumber=1&numberofresults=1&fromdoctodoc=yes&doc.id=jlr-GesDGBW2016rahmen&doc.part=X&doc.price=0.0#focuspoint- (letzter Zugriff: 25.10.2021)
- [2] Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz – PsychKHG) vom 25.11.2014: <https://www.landesrecht-bw.de/jportal/ quelle=jlink&query=PsychKG+BW&psml=bsbawueprod.psm1&max=true&aiz=true#jlr-PsychKGBWp17>. (letzter Zugriff: 14.10.2021)
- [3] Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg (Landesgesundheitsgesetz – LGG) vom 17.12.2015: <https://www.landesrecht-bw.de/jportal/ quelle=jlink&query=GesG+BW&psml=bsbawueprod.psm1&max=true&aiz=true>. (letzter Zugriff: 14.10.2021)

Fachgesellschaft Interdisziplinäre Medizinische Begutachtung – Die Plattform für den interdisziplinären Gutachteraustausch

Autor Klemm Holm-Torsten
Institut FIMB, Bayreuth, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745421

Die FGIMB ist heute die einzige Fachgesellschaft, die sich interdisziplinär mit Fragen der ärztlichen Begutachtung auf allen Sach- und Rechtsgebieten in Deutschland, Österreich und der Schweiz auseinandersetzt. Über den wissenschaftlichen Beirat der FGIMB werden interdisziplinär mit den Delegierten anderer Fachgesellschaften (<https://www.fgimb.de/kooperierende-gesellschaften.html>) brennende Themen aus der Begutachtung diskutiert und Begutachtungsempfehlungen formuliert. Spezielle Themen wie z.B. die Bestimmung der (relativen) Bandscheibenhöhe in Abhängigkeit von Methode und Messpunkt oder die Verwertung von Referenzbildern mit einem semiquantitativen Bewertungssystem werden aktuell in Arbeitsgruppen analysiert und bearbeitet.

Eine weitere Hauptaufgabe der Fachgesellschaft ist die Weiter- und Fortbildung, die inzwischen an die führende Bezeichnung strukturierte curriculare Fortbildung (SCF) „medizinische Begutachtung“ nach den Vorgaben der Bundesärztekammer angepasst wurde.

Neben der Zertifizierung der FGIMB-Mitglieder nach transparenten Richtlinien werden auch in Zusammenarbeit mit dem BVOU und der ADO Kurse angeboten, die notwendig sind für die Erfüllung der Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren. Kurse und Kongresse finden dabei in Präsenz und im Online-Stream statt.

Das Bestreben der interdisziplinär ausgerichteten wissenschaftlichen Fachgesellschaft zielt ab auf eine solide Qualifizierung, Weiter- und Fortbildung interessierter fachärztlicher Kolleginnen und Kollegen und die Erarbeitung von Begutachtungsempfehlungen. Ob Online oder in Präsenz – die FGIMB ist die Plattform für den interdisziplinären Gutachteraustausch.

Interessenskonflikte Dr. H.-T. Klemm

Chirurg/Unfallchirurg

Ärztlicher Leiter

Freies Institut für medizinische Begutachtungen

Bayreuth/Erlangen

Die Hygienebelehrung im Licht der digitalen Transformation

Autor Albrecht Barbara

Institut Kreis Gesundheitsamt Neuss, Grevenbroich, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745422

Gesundheitsämter sind zur Durchführung von Hygienebelehrungen gemäß § 43 Infektionsschutzgesetz verpflichtet. Seit März 2020 können diese Schulungen infolge der hohen coronabedingten Arbeitsbelastung sowie der seitdem einzuhaltenden restriktiven Hygienemaßnahmen nur noch stark eingeschränkt vorgenommen werden.

Im Gesundheitsamt des Rhein-Kreises Neuss führte das über weite Strecken gebotene zwangsläufige Aus für Präsenzveranstaltungen zu einer Beschleunigung einer seit Jahren in der Pipeline befindlichen digitalen Umsetzung der Hygienebelehrungen. Neben einer medienkonformen Aufbereitung der fachlichen Inhalte aktualisierte man in technischer Hinsicht durch Einbindung des kreiseigenen Technologiezentrums Glehn ein bereits ausgearbeitetes Konzept einer Hygienebelehrung als Web-Applikation und ging damit im Mai 2020 an den Start.

Das digitale (Internet-) Pendant zum klassischen Gesundheitszeugnis für den Lebensmittelsektor sieht datenschutzkonform folgende Schritte vor:

- elektronische Reservierung eines neuen Termins
- Bezahlung über die gängigen im Web verfügbaren Zahlungsmodalitäten
- Anruf des Klienten zum gewählten Termin und Authentifizierung durch visuellen Abgleich
- Präsentation des Schulungsfilms des Gesundheitsamtes in einer von 18 frei wählbaren Sprachen
- Überlassung eines Merkblattes – in ebenfalls der jeweiligen Landessprache
- Absolvierung von fünf Verständnisfragen
- Ausdruck der notwendigen Bescheinigung vor Ort

Das Gesundheitsamt des Rhein-Kreises Neuss führte vor der Coronaphase etwa 7000 Belehrungen im Jahr mit entsprechender physischer Präsenz der Teilnehmer durch. Nach Aussetzung dieser Veranstaltungen konnte durch das o. a. Verfahren dennoch ein kontinuierliches Schulungsangebot gewährleistet werden. Die Vorteile der digitalen Lösung wie Personalressourcenschonung, Coronakonformität und Mehrsprachigkeit der Medien haben inzwischen weitere Gesundheitsämter veranlasst, das entwickelte System ebenfalls zu nutzen.

Es ist unschwer vorauszusagen, dass die Internet-Belehrung nach Abflauen der Corona-Phase fester Bestandteil der digitalen Leistungsangebote der Gesundheitsämter wird, zumal das eGovernment-Gesetz bereits seit dem 1. August 2013 Erleichterungen bei elektronischen Verwaltungsverfahren fordert.

Literatur

Dr. Michael Dörr, Raimund Franzen: Hygienebelehrung online – eine Vision wird wahr. Blickpunkt Öffentliche Gesundheit, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf S. 8; 36; 4/2020

Dr. Michael Dörr, Raimund Franzen: eGovernment pur. Behördenspiegel 36; X; 2020

Interessenskonflikte Leitung des Gesundheitsamtes Rhein-Kreis Neuss

„Personalbindung im öffentlichen Gesundheitsdienst – Should I stay or should I go?“

Autoren Oldenburg Martin¹, Scheel Tabea²

Institute 1 Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e.V., Kiel, Germany; 2 Europa-Universität Flensburg, Internationales Institut für Management und ökonomische Bildung, Flensburg, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745423

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) gilt neben der ambulanten und stationären Versorgung als dritte Säule des Gesundheitswesens. Durch die Corona-Pandemie ist seine Bedeutung unübersehbar ins öffentliche Bewusstsein gerückt. Aber auch über den Infektionsschutz hinaus besitzt der ÖGD wichtige Aufgaben: In der Kinder- und Jugendgesundheit, der psychischen Gesundheit, der Gesundheitsförderung, Prävention, Trinkwassersicherung und in vielen anderen Bereichen, in denen es über die Gesundheit des Einzelnen hinaus um gesundheitsrelevante Fragen des Gemeinwesens geht. Das Berufsfeld ist ein facettenreiches, interessantes Arbeitsgebiet. Dessen ungeachtet erlebt der ÖGD seit vielen Jahren Engpässe bei der Personalakquise. Hinzu kommt, dass ein nicht unerheblicher Teil hoch qualifizierter Mediziner:innen den ÖGD wieder verlässt. Persönliche Karrierebrüche sowie akuter Personalmangel sind die Folge. Als Basis für eine zukünftig erfolgreiche Personalbindung ist es daher angezeigt, die Ursachen nachzuvollziehen, die zum Verlassen des ÖGD führen, um so die notwendigen strukturellen Anpassungen vornehmen zu können. Die jeweiligen Kündigungsgründe und ihre spezifische Relevanz sind Gegenstand der geplanten Studie und Grundlage möglicher Handlungsempfehlungen.

Im Rahmen einer ersten, qualitativen Studie werden bis Februar 2022 Interviews zu den Gründen für das Verlassen des ÖGD durchgeführt, sowie mögliche Ressourcen für Veränderungsprozesse erfragt. Ca. zehn Personen, die den ÖGD kürzlich verlassen haben, werden mittels halbständiger Fragen persönlich/ telefonisch interviewt. Kündigungsgründe und Ressourcen werden kategorisiert. Um die jeweilige Relevanz der Kündigungsgründe zu eruieren, wird darauf aufbauend in einer zweiten, quantitativen Studie eine standardisierte Befragung mit Mediziner:innen durchgeführt, die den ÖGD verlassen haben und mit solchen, die derzeit in den Gesundheitsämtern tätig sind. Erfragt werden subjektive Einschätzungen der Kündigungsgründe bzw. -absichten, Anforderungen und Ressourcen im Beruf, sowie soziodemografische Daten (inkl. Alter, Geschlecht, aktuelle oder frühere Tätigkeit im ÖGD). Die Ergebnisse der quantitativen Analyse können einerseits Aufschluss über die wichtigsten Kündigungsgründe liefern, und andererseits Interventionsmöglichkeiten aufzeigen, um sowohl die Entscheidung für den ÖGD zu fördern als auch den Verbleib im Beruf zu gewährleisten.

Interessenskonflikte keine

Pilotierung einer bundeseinheitlichen elektronischen Todesbescheinigung (eTB)

Autoren Anders Benjamin¹, Milanovic Josip², Ferling Katharina², Gruba Nela², Eckert Olaf², Vogel Ulrich³, Weber Stefanie³

Institute 1 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Bonn, Germany; 2 Statistisches Bundesamt (DESTATIS), Gesundheitsstatistiken, Bonn, Germany; 3 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Abteilung K – Kodiersysteme, Bonn, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745424

Die amtliche Todesursachenstatistik liefert wichtige Auskünfte über den Gesundheitszustand und das Sterblichkeitsverhalten unserer Bevölkerung. Insbesondere in Zeiten wie der aktuellen Covid-19-Pandemie ist es umso wichtiger, zeitnah verlässliche und präzise Daten zu den Todesursachen zu erheben. Grundlage der Todesursachenstatistik bilden die medizinischen Angaben auf der Todesbescheinigung.

Gemeinsam mit dem Statistischen Bundesamt (DESTATIS) führt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ein Projekt zur „Pilotierung einer bundeseinheitlichen elektronischen Todesbescheinigung (eTB)“ durch. Ziel dieses Projektes ist es, die Erstellung und Weiterleitung von Todesbeschei-

nigungen zu vereinheitlichen und zu digitalisieren, um die Aktualität und Qualität der amtlichen Todesursachenstatistik zu verbessern.

Während einer Testphase, die ab Sommer 2022 in mehreren Pilotregionen starten soll, werden leichenschauende Ärzte mithilfe einer neu entwickelten mobilen Applikation (eTB-APP) die bisher papiergebundene Todesbescheinigung elektronisch erfassen und an nachbearbeitende Behörden (Standes- und Gesundheitsämter) digital versenden. Das Erfassungsformular beinhaltet den bundeseinheitlichen Datensatz, der ergänzt wird um wenige landesspezifische Datenfelder. Dadurch soll es für Ärzte unabhängig vom Bundesland intuitiv und einfach bedienbar sein.

Die Applikation unterstützt den leichenschauenden Arzt die Todesbescheinigung korrekt auszufüllen. Dies geschieht u.a. mittels einer kontextsensitiven Menüführung sowie Informations- und Hilfsfelder. Eine umfassendere Nutzung der Informationen, insbesondere durch Lesbarkeits-, Standardisierungs- und Plausibilitätsprüfungen sowie eine einheitliche, weitgehend automatisierte Kodierung der Todesursachen werden dazu beitragen, die Qualität und Aktualität der Daten zu erhöhen.

Die Arbeiten zum vorliegenden Projekt und insbesondere die Corona-Pandemie bestätigen die Erwartung, dass eine lückenlose elektronische Meldekette ohne Medienbrüche zwischen allen relevanten Akteuren und eine Vereinfachung der Arbeitsprozesse bei Standesamt, Gesundheitsamt und Statistischem Landesamt die Verarbeitung der Todesbescheinigung deutlich beschleunigen wird. Die Unterstützung etablierter Schnittstellenstandards für den Datentransfer in der öffentlichen Verwaltung und zu IT-Systemen im Gesundheitswesen wird eine wichtige Rolle spielen, auch im Hinblick auf die mögliche zukünftige Anbindung an andere IT-Anwendungen.

Interessenskonflikte Es bestehen KEINE Interessenskonflikte.

Attraktivität des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als künftiger Arbeitgeber – Ergebnisse zweier nationaler Querschnittbefragungen zu den Perspektiven Studierender

Autor AG Arbeitsgruppe Studisurvey – NÖG ¹Arnold Laura²

Institute 1 Nachwuchsnetzwerks Öffentliche Gesundheit, NÖG, München, Germany; 2 Akademie für öffentliches Gesundheitswesen (AÖGW) in Düsseldorf, Düsseldorf, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745425

Hintergrund Trotz der erhöhten Aufmerksamkeit auf den ÖGD durch dessen Rolle in der Pandemiebewältigung stellt die Nachwuchsgewinnung weiterhin eine kritische Herausforderung dar, welche sich in den nächsten Jahren durch den Generationenwechsel weiter verschärfen wird. Als potentielle Ursachen wurden unter anderem eine fehlende curriculare Verankerung ÖGD-relevanter Themen im Studium, Diskrepanzen im Lohnniveau, oder auch ein negativ besetztes Image des ÖGDs als Arbeitgeber diskutiert. Empirische Grundlagen hierzu sind jedoch rar.

Ziel Noch vor Beginn der COVID-19-Pandemie wurden im Rahmen einer Online-Befragung Wünsche und Erwartungen angehender MedizinerInnen und GesundheitswissenschaftlerInnen an ihre zukünftige Arbeit und ihre Arbeitgeber erfasst. Zudem wurden diverse Faktoren exploriert, die der Wahrnehmung des ÖGD als Arbeitgeber im Weg stehen könnten. Ziel einer erneuten Befragung im Sommer 2021 war es Veränderungen infolge der während der Corona-Krise erlangten Aufmerksamkeit des ÖGDs angemessen berücksichtigen zu können.

Methodik Es wurden zwei Online-Querschnittsbefragungen (Anfang 2020 und Sommer 2021) unter Studierenden ÖGD-relevanter Studienfächer durchgeführt. In der ersten Befragung Anfang 2020 wurden Wünsche und Erwartungen in Bezug auf Arbeitsplatz und zukünftige Arbeitgeber erfasst. Die zweite Befragung im Sommer 2021 konzentrierte sich auf die Wahrnehmung des ÖGDs als potentieller Arbeitgeber und etwaig notwendige Reformen aus Nachwuchsperspektive. Teilnahmeberechtigt waren Studierende aller ÖGD-relevanten und akkreditierten Studienfächer an staatlichen bzw. staatlich anerkannten

deutschen Hochschulen. Die Dissemination der Umfrage erfolgte über direktes Anschreiben der Studiengangssekretariate, sowie über verschiedene nationale Netzwerke und Organisationen im Bereich Public Health (z.B. bvmd, NÖG).

Ergebnisse Auf dem Kongress werden die Ergebnisse beider Befragungswellen vorgestellt und diskutiert.

Disclaimer Die Umfrage 2019 wurde im Rahmen eines Kooperationsprojektes zwischen der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (AÖGW), dem Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD), der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) und dem Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit (NÖG) durchgeführt.

Interessenskonflikte Es liegen keine Interessenskonflikte vor.

Psychische Belastung der Mitarbeitenden im Gesundheitsamt der Stadt Köln während der Corona-Pandemie

Autoren Haase Johanna, Joisten Christine, Kossow Annelene, Nießen

Johannes, Wiesmüller Gerhard A., Hurraß Julia

Institut Gesundheitsamt Stadt Köln, Abteilung Infektions- und Umwelthygiene, Köln, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745426

Mit Beginn der Corona-Pandemie vergangenen Jahres wurden die Mitarbeitenden aller Gesundheitsämter vor ganz neue Herausforderungen gestellt. So mussten sie sich mit komplett neuen Aufgaben vertraut machen und innerhalb kürzester Zeit eine Vielzahl an neuen Mitarbeitenden einarbeiten. Zusätzlich war der Umgang mit den betroffenen Erkrankten, den unter Quarantäne gestellten Personen und anderen Bürger*innen sehr belastend und das Arbeitspensum infolge der Pandemiedynamik teils enorm hoch. Dabei ist ein funktionierendes Gesundheitssystem eine der zentralen Voraussetzungen einer erfolgreichen Pandemiebekämpfung.

Während die psychischen Belastungen des medizinischen Personals in Krankenhäusern während der COVID-Pandemie bereits mehrfach untersucht wurden, liegen entsprechende Studien für Gesundheitsämter bislang nicht vor.

Die hier vorgestellte Arbeit untersucht den Zusammenhang zwischen der Arbeitsbeanspruchung und der psychischen Belastung der Mitarbeitenden des Kölner Gesundheitsamts. Zu diesem Zweck wurde auf Basis des COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire) ein Fragebogen erstellt, der aus etwa 80 Fragen, in denen es zum einen um den Arbeitsplatz, den Arbeitsumfang und die Arbeitstätigkeit im Allgemeinen und zum anderen um die Gesundheit und das Wohlbefinden geht, besteht.

Die damit gewonnenen Einblicke hinsichtlich der psychischen Belastung sowie der Arbeitsbelastung von Mitarbeitenden von Gesundheitsämtern während der COVID-Pandemie sollen dazu genutzt werden, ggf. Unterstützungssysteme zu entwickeln sowie die Abläufe und die Verteilung der anfallenden Aufgaben zu optimieren. Damit soll langfristig vergleichbaren Situationen angemessen begegnet werden.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte.

Zwischen den Stühlen – die Pandemie aus Sicht des Gesundheitsamt Region Kassel

Autor Bresler Regine

Institut Gesundheitsamt Region Kassel, Amtsleitung, Kassel, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745427

Zwischen den Stühlen – die Pandemie aus Sicht des Gesundheitsamtes Region Kassel

Die Corona-Pandemie ist eine Herausforderung bisher ungekannten Ausmaßes. Erfahrungen aus anderen Pandemien waren und sind auf die aktuelle Situation kaum anwendbar. Das gesamte Amt musste sehr schnell auf 100 % Corona-Pandemie umschalten.

Das Gesundheitsamt Region Kassel ist für 438.000 Menschen in zwei Gebietskörperschaften in Hessen, Stadt und Landkreis Kassel, zuständig. Diese Sonderrolle, als Gesundheitsamt zweier „Herren“, die während der Pandemie stattfin-

denden Bundestags-, Kommunal- und Landratswahlen, die schnellen Veränderungen der Verordnungslage, die oft schwierige Abstimmung zwischen dem Bund und den Ländern, neue Aufgaben und die plötzliche und unerwartete Digitalisierung führten oft zu paradoxen und kommunikativ problematischen Situationen. Diese gilt es zu beleuchten und für die Zukunft daraus zu lernen.

Wichtige Aspekte sind/waren:

- völlige Neuorganisation und ständiges Umsteuern der internen Strukturen
- enormer zusätzlicher Personalbedarf in kürzester Zeit
- Spagat bei der Harmonisierung der Maßnahmen in Stadt und Landkreis
- Fallstrick Pressearbeit und Kommunikationsflut
- ständig neue Aufgaben und hoher Zeitdruck, Impfzentren, Testzentren etc.
- ständiges Anpassen an die sich laufend verändernden Situationen und Lagen
- fehlende Planungsperspektive

Die Mitarbeiter*innen in den Gesundheitsämtern haben immense Überstunden und außergewöhnliche Arbeitsbelastungen hinter sich. Die Ermüdung ist allseits deutlich zu spüren. Fehlende Wertschätzung, tägliche Beleidigungen und Beschimpfungen hinterlassen ihre Spuren. Ignoranz wissenschaftlicher Erkenntnisse durch die Politik. Der Spagat zwischen den Pflichtaufgaben und der Pandemie ist physisch und auch mental eine Herkulesaufgabe. Ist sie gelungen? Der Erfahrungsbericht kann auch auf der Basis von Daten und Fakten der Gesundheitsberichterstattung Einblicke in den Arbeitsalltag und die damit verbundenen Herausforderungen geben und Lösungen und Wege zur Diskussion stellen, um die Rolle des ÖGD zu hinterfragen und ggf. neu auszurichten.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte.

Der amtsärztliche Dienst – zur Gegenwart und Zukunft der Begutachtung im ÖGD

Autor Hecke Anneke

Institut Baunatal, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745428

Der amtsärztliche Dienst ist ein integraler Bestandteil des öffentlichen Gesundheitswesens. Zum Teil wird er sogar als Synonym für jedwede Tätigkeiten des ärztlichen Dienstes im öffentlichen Gesundheitswesen überhaupt verwendet. Dennoch, wenn aber auch eine einheitliche Definition nicht wirklich existiert, so befasst sich der amtsärztliche Dienst doch im wesentlichen mit der Erstellung von Gutachten im öffentlichen Auftrag und auf der Grundlage von rechtlichen Normen einerseits und wissenschaftlichen Erkenntnissen andererseits. Er steht damit im Spannungsfeld zwischen Recht und Medizin und ist der Vermittler zwischen beiden. Diese Rolle auszufüllen erfordert fundierte Kenntnisse sowohl im Bereich der Rechtsgrundlagen als auch auf medizinischem Gebiet.

Der amtsärztliche Dienst ist – wie der gesamte öffentliche Gesundheitsdienst – in die Jahre gekommen. In einem Workshop im Rahmen des BVÖGD-Kongresses in Kassel 2018 wurden von den Teilnehmenden die Aufgaben des amtsärztlichen Dienstes zusammengetragen und Wünsche und Vorschläge zur Reformierung des Dienstes formuliert.

Diese sollen in diesem Vortrag vorgestellt und zur Diskussion gestellt werden, um so ein Bild für der Gegenwart des amtsärztlichen Dienstes zu erstellen und Perspektiven für dessen Zukunft zu entwickeln.

Interessenskonflikte keine

Corona-Impf-Zentren: Plötzlich eine neue zentrale Aufgabe des Gesundheitsamtes

Autor Hecke Anneke

Institut Baunatal, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745429

Durch die Coronapandemie wurden die Gesundheitsämter innerhalb eines kurzen Zeitraums mit vielfältigen, in ihrem Umfang beträchtlichen und deshalb neu zu denkenden Aufgaben konfrontiert. So auch das Gesundheitsamt Region Kassel.

Auf einem Höhepunkt der Fallzahlen erteilte das Gesundheitsamt dann auch noch die Aufgabe, innerhalb einer kurzen Zeitspanne ein Impfzentrum auf die Beine zu stellen. Als für die Region zuständiges Amt auch noch in doppelter Ausführung, einerseits für den Land- und andererseits für den Stadtkreis.

Die doppelte Aufgaben brachte nicht nur die doppelte Arbeit sondern auch die Möglichkeit, im Dialog und Vergleich die möglichst beste Organisationsform zu entwickeln und in einer Art Mini-Benchmarking vor Aufnahme des Betriebes und auch im Betrieb selbst die Prozesse weiter zu optimieren.

Die durch das Gesundheitsamt Region Kassel betriebenen Impfzentren sollen vorgestellt und vergleichend erläutert werden. Anhand des Vergleichs können Schlüssen gezogen werden, zur möglichst optimalen Betrieb eines Pandemie-Impfzentrums.

Interessenskonflikte keine

Fachausschuss Gesundheitsberichterstattung und Prävention

Vorträge

Evidenztransfer zwischen Wissenschaft und Praxis im Forschungsverbund Öffentliche Gesundheit - Das Projekt EvidenzÖGD

Autoren Melville-Drewes Andrea¹, Arnold Laura², Bimczok Simon², Dragano Nico³, Götz Simon³, Kreffter Katharina³, Schäfer Michael², Starke Dagmar², Teichert Ute², Weyers Simone³

Institute 1 Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf, Sozialpsychiatrie, Düsseldorf, Germany; 2 Akademie für öffentliches Gesundheitswesen (AÖGW) in Düsseldorf, Angewandte ÖGD-Forschung und Transfer, Düsseldorf, Germany; 3 Heinrich-Heine-Universität, Institut für Medizinische Soziologie, Düsseldorf, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745430

Hintergrund Zur Bewältigung des vielfältigen Aufgabenspektrums sind innerhalb des ÖGDs wissenschaftliche wie koordinierende Kompetenzen in Steuerungsaufgaben ebenso essentiell wie die Sicherstellung von ausreichend Personal mit entsprechenden (wissenschaftlichen) Qualifikationen. Beide Bereiche hat die WHO in ihren zentralen Aufgaben für die öffentliche Gesundheit (Essential Public Health Operations, EPHO) als unentbehrlich definiert – auch wenn sich bislang leider wenig direkte Konsequenzen daraus abgeleitet haben. Im Forschungsverbund Öffentliche Gesundheit soll eine methodisch hochwertige ÖGD-Forschung gefördert und die Rückkopplung der neu gewonnenen Erkenntnisse in die Praxis sichergestellt und verstetigt werden. Dies geschieht im Rahmen einer vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten dreijährigen Kooperation zwischen der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (AÖGW), der Universität Düsseldorf (HHU) und dem Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf.

Methode Im Verbundprojekt werden von den Kooperationspartner:innen im Forschungsverbund zunächst bestehende Kooperationsformen und Qualifikationsmodelle zwischen der ÖGD-Praxis und der PH-Wissenschaft systematisch erfasst, themenspezifisch geclustert und analysiert (Phase 1). Darauf aufbauend werden in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit mit relevanten Stakeholdern aus Praxis, Wissenschaft und Institutionen der Aus-, Fort- und Weiterbildung im ÖGD neue Modelle erarbeitet (Phase 2). Diese werden anschließend modellhaft pilotiert (Phase 3), wissenschaftlich begleitet und anschließend evaluiert (Phase 4). Aufbauend auf den Evaluationsergebnissen werden Empfehlungen zur nachhaltigen Etablierung der Modellkonzepte erarbeitet. Um einen effizienten Transfer zwischen der PH-Wissenschaft und der ÖGD-Praxis zu gewährleisten erfolgt dies unter aktiver Beteiligung relevanter Stakeholder.

Ergebnisse Auf dem Kongress wird das Forschungsvorhaben inkl. der aktuellsten Ergebnisse aus Phase 1 und 2 präsentiert.

Diskussion Die im Rahmen des Projektes angestrebte partizipative Entwicklung neuer integrierter Kooperationsformen und Qualifikationsmodelle trägt zu einer substantiellen Stärkung der evidenzinformierten Aufgabenwahrnehmung des ÖGDs bei. Der Forschungsverbund will damit nicht nur die Wissenschaftlichkeit im ÖGD (Überwindung des „Theoriedefizits“) stärken, sondern auch die Verankerung ÖGD-relevanter Themen in der Public Health-Wissenschaft (Überwindung des „Praxisdefizits“) fördern.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte

Gesundheit in Karten. Visualisierung der Gesundheitsberichterstattung in Bremen.

Autoren Tempel Günter¹, Kibele Eva²

Institute 1 Gesundheitsamt Bremen, Gesundheitsberichterstattung, Bremen, Germany; 2 Statistisches Landesamt Bremen, Referat 21 – Bevölkerung und Demografie, Bautätigkeit, Soziales, Gesundheit, Statistische Methoden, Bremen, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745431

Kleinräumige Gesundheitsberichterstattung (GBE) bedient die Informationsbedürfnisse kommunaler Sozial- und Gesundheitspolitik. Mit ihren Informationen und Erkenntnissen wendet sich GBE aber auch an die interessierte Öffentlichkeit vor Ort.

In einem gemeinsamen Vorhaben arbeiten das Statistische Landesamt Bremen und die Kommunale Gesundheitsberichterstattung Bremen an der Erweiterung des Bremer Ortsteilatlases um den Themenbereich „Gesundheit“. Der Bremer Ortsteilatlas ist ein kartenbasiertes, interaktiv nutzbares Informationsangebot des Statistischen Landesamtes, das jedem für Datenrecherchen zur Verfügung steht. Zurzeit enthält der Bremer Ortsteilatlas mehr als 180 Indikatoren aus 20 Themenbereichen, die kleinräumig ausgewertet werden können. Die Integration des Themenbereichs „Gesundheit“ in den Ortsteilatlas soll es der interessierten Öffentlichkeit ermöglichen, sich ein eigenes Bild von der gesundheitlichen Situation und der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Stadt Bremen zu machen.

Für die Stadt Bremen stehen Daten der Mortalitätsstatistik und des (epidemiologischen) Krebsregisters, Angaben zur haus- und kinderärztlichen Versorgung sowie prozessgenerierte Daten des Bremer Gesundheitsamtes (v.a. Schuleinganguntersuchungen) kleinräumig bis auf Ortsteilebene zur Verfügung. Diese Gesundheitsdaten können im Rahmen des Ortsteilatlases mit Daten zur Sozialstruktur, zur Demografie und zur bebauten Umwelt kombiniert werden, um Zusammenhänge aufzuzeigen.

Mit diesem Beitrag wollen wir über die Verfügbarkeit und Nutzungsmöglichkeiten kleinräumiger Gesundheitsdaten in der Stadt Bremen berichten und erste Anwendungsbeispiele vorstellen. Dabei diskutieren wir methodische Einschränkungen wie kleine Fallzahlen, inkonsistente Datenlage oder Selbstselektion.

Interessenskonflikte Der Autor und die Autorin erklären, dass keine Interessenskonflikte vorliegen.

Eine Landeshauptstadt auf dem Weg zu einer „Gesunden Kommune“ – Aufbau von Strukturen der Gesundheitsförderung unter Pandemiebedingungen: Ein Erfahrungsbericht

Autor Alff Franziska

Institut Stadtverwaltung, Gesundheitsamt, Stabsstelle Gesundheitsplanung, Erfurt, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745432

Der Beitrag zeigt die Gelingensfaktoren und Herausforderungen beim Aufbau einer integrierten Gesundheitsplanung und Etablierung von Strukturen der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene am Beispiel der Landeshauptstadt Erfurt. Erfurt ist bereits 1991 als eine der ersten Städte dem Gesundheitsstädte Netzwerk der Bundesrepublik beigetreten. Seitdem wurden schwer-

punktmäßig nur einzelne Präventionsprojekte umgesetzt sowie die gesundheitsbezogene Selbsthilfe ausgestaltet. Im Jahr 2015 hat der Erfurter Stadtrat einen Beschluss zum Aufbau einer Erfurter Präventionskette verabschiedet und damit einen klaren Handlungsauftrag erteilt. Das Gesundheitsamt wird durch die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. bei diesem Prozess begleitet. In den letzten 5 Jahren wurden ämterübergreifende Gremien gegründet, Berichte verfasst und Maßnahmenpläne erarbeitet. Das Handlungsfeld Gesundheit wurde überall aufgenommen. Im Jahr 2020 wurde im Gesundheitsamt eine Stabsstelle Gesundheitsplanung aufgebaut mit dem Ziel, planungsrelevante Fach- und Koordinierungsstellen zu bündeln. Erfurt hat eine Vielzahl an gesundheitlichen, sozialen und umweltbezogenen Akteuren. Es gibt fachübergreifende Netzwerke, Arbeitsgruppen und Gremien. Es existieren Quartiersansätze mit Quartiersmanagementstrukturen. Es gibt gesundheitsförderliche Angebote, Projekte und Maßnahmen. Erfurt beteiligt sich an diversen Förderprogrammen, um finanzielle und personelle Mittel für integrierte Planungsprozesse zu akquirieren (z.B. Förderangebot für den kommunalen Strukturaufbau des GKV-Bündnisses für Gesundheit). Für die nächsten Jahre wird es eine Hauptaufgabe sein von einem Nebeneinander zu einem Miteinander der gesundheitsfördernden Strukturen und Maßnahmen zu kommen und relevante Planungslücken zu schließen. Die Coronapandemie hat die aktuellen Public-Health-Herausforderungen wie ein Brennglas verstärkt. Die sozialen und indirekten Gesundheitsfolgen der Pandemie verlangen nach gesundheitsförderlichem Handeln – nicht in Zukunft, sondern im Jetzt. Eine wichtige Erkenntnis ist, dass gut aufgebaute Kommunikations-, Kooperations- sowie Vernetzungsstrukturen ein wirksames und schnelles Handeln auch im Gesundheitsschutz ermöglichen – ein Selbstverständnis in der Gesundheitsförderung. Die größte Herausforderung bleibt dennoch bei weiterhin knappen Ressourcen in die Umsetzung zu kommen und nachhaltige Strukturen und Kontinuität zu gewährleisten, auch in Krisenzeiten.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte

Die Wirkungslogik als Instrument für einen strukturierten Gesundheitszieleprozess im Landkreis Marburg-Biedenkopf

Autoren Reul Rolf¹, Wollenberg Birgit²

Institute 1 Landkreis Marburg-Biedenkopf, Gesundheitsamt/Fachdienst Gesundheits- und Altenplanung, Marburg, Germany; 2 Landkreis Marburg-Biedenkopf, Fachbereich Gesundheitsamt, Marburg, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745433

Der Landkreis Marburg-Biedenkopf und die Stadt Marburg haben im Jahr 2016 die Initiative „Gesundheit fördern – Versorgung stärken“ als eine gemeinsam zu verantwortende Struktur zur kommunalen Steuerung der Themen Gesundheitsförderung und Prävention sowie der medizinisch-pflegerischen Versorgung implementiert. Das Leitungsteam hat sich bei der Entwicklung von Gesundheitszielen für einen partizipativen Weg entschieden und die drei lebensphasenbezogenen Arbeitskreise („Gesund aufwachsen“, „Gesund bleiben“, „Gesund altern“) einbezogen.

Der Gesundheitszieleprozess orientiert sich an dem Modell der Wirkungslogiken nach dem „Kursbuch Wirkung“ von PHINEO gAG. Die Moderatoren*innen der drei lebensphasenbezogenen Arbeitskreise wurden in dessen Anwendung, zur Entwicklung von Gesundheitszielen, geschult.

Die Gesundheitsziele werden als „Oberziele“ (Wirkung auf die Gesellschaft) angesehen, zu deren Erreichung im weiteren Prozess konkrete „Teilziele“ (Wirkung auf die Lebenslage der Zielgruppe sowie auf deren Fähigkeiten und Handeln) abgeleitet wurden.

Ergebnisse Die Gesundheitsziele sind die Arbeitsgrundlage für die Weiterentwicklung des integrierten Präventionsplans „Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität“. Sie wurden durch den Kreisausschuss des Landkreises und den Magistrat der Stadt Marburg beschlossen und bis zum Jahr 2030 festgelegt: Beispiel Gesund aufwachsen:

- Kindern, Jugendlichen und Eltern wird mit Wertschätzung und einer fördernden Grundhaltung begegnet. Eltern haben Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Stärken und erfahren Selbstwirksamkeit hinsichtlich der eigenen Gesunderhaltung und der Gesundheit ihrer Kinder.

Das Gesundheitsamt wurde beauftragt, zusätzliche Maßnahmen zur Erreichung der Gesundheitsziele zu entwickeln.

Schlussfolgerung Die ursprünglich angedachte, zeitliche Perspektive beim partizipativen Prozess zur Festlegung kommunaler Gesundheitsziele ist deutlich angewachsen. Die Heterogenität im Präventionsnetzwerk erforderte eine theoretische Grundlage (Instrumente) und Qualifikationen für die Moderatoren*innen und Mitglieder*innen. Die weitere Operationalisierung der Gesundheitsziele, als konkrete Teilziele konnte nur gelingen, da die Ebenen der Maßnahmen und notwendigen Ressourcen in den Entwicklungsprozess mit einbezogen wurden. Darüber hinaus war eine kritische und fachliche fundierte Nachbearbeitung der Teilziele notwendig, um im nächsten Schritt die Indikatoren für die Messbarkeit festlegen zu können.

Literatur: Kurz B., Kubek D.; „Kursbuch Wirkung“ 4. Auflage, Dezember 2017; © PHINEO gAG, Berlin

Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021
Wright, M. (Hrsg.) „Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention“; Verlag Hans Huber 2010

Interessenskonflikte Hiermit erkläre ich, dass zu den Inhalten der Veranstaltung kein Interessenkonflikt vorliegt.

Daten und Handlungsbedarfe: Aufgreifkriterien für Daten aus der kommunalen GBE

Autoren Brettner Johannes¹, Reisig Veronika², Zollikofer Sylvia², Kuhn Joseph²

Institute 1 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Gesundheitsberichterstattung, Oberschleißheim, Germany; 2 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), GE 4, Oberschleißheim, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745434

Amtliche Statistiken, Daten aus der Gesundheitsversorgung oder Meldedaten sind Beispiele einer zunehmend größer werdenden Datenvielfalt, die in Bayern auf kommunaler Ebene auch vermehrt für die Gesundheitsberichterstattung genutzt wird, teilweise bereitgestellt über den bayerischen Indikatorensatz. Allerdings gestaltet es sich für die Gesundheitsämter oder kommunale Netzwerke (in Bayern die Gesundheitsregionenplus) oft schwierig, aufgrund solcher Daten zu entscheiden, ob ein Handlungsbedarf vorliegt.

Die Handlungshilfe „Aufgreifkriterien für Daten aus der kommunalen GBE“ des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit unterstützt die Gesundheitsämter und Gesundheitsregionenplus bei der Beurteilung, ob und wie aus statistischen Daten auf einen eventuellen Handlungsbedarf geschlossen werden kann. Beispielhaft wird das in der Handlungshilfe anhand von Indikatoren zur Hebammenversorgung, zur Adipositasprävalenz bei Kindern und zum Rauchverhalten veranschaulicht. So sollen die Daten auf ihre Eignung als „Aufgreifkriterien“ für kommunales Handeln geprüft werden.

Dazu wurde eine Systematik gewählt, die zunächst allgemeine Charakteristika eines ausgewählten Indikators, wie Datenverfügbarkeit, Datenvalidität und Aussagekraft betrachtet. Daraufhin folgen in einem zweiten Schritt der Abgleich mit gesetzlichen oder gesundheitspolitischen Vorgaben, regionale Rang- und Ratenvergleiche sowie zeitliche Trendaussagen. Im dritten Schritt geht es um vertiefende Überlegungen zu dem jeweiligen Indikator. Das kann die Recherche ergänzender Kennziffern oder eine Literaturrecherche ebenso beinhalten wie den Hinweis, über Experteninterviews oder Fachkreise zusätzliche Informationen einzuholen, um die Handlungsrelevanz einer Kennziffer besser einschätzen zu können. Der vierte und letzte Schritt beinhaltet die Priorisierung von Handlungsbedarfen.

Die Handlungshilfe stellt kein neues Datenanalyseverfahren vor und sie ersetzt im Einzelfall auch keine vertiefende wissenschaftliche Analyse. Sie soll lediglich dabei helfen, Daten mit Bedacht für Planungen zu nutzen. Im Idealfall kann so das Potential, das die Gesundheitsberichterstattung mit ihrem Datenangebot beinhaltet, auch für Praktiker, die den alltäglichen Umgang mit statistischen Daten nicht gewohnt sind, besser erschlossen werden.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte.

Psychiatrieberichterstattung in Bayern – Status Quo

Autoren Blank Daniela¹, Brettner Johannes¹, Fenzl Manuel¹, Renné Daniel², Kuhn Joseph¹

Institute 1 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Gesundheitsberichterstattung, Oberschleißheim, Germany;

2 Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Referat 27 – Psychiatrie, München, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745435

Hintergrund Die psychische Gesundheit gewinnt in der Gesundheitsberichterstattung zunehmend an Bedeutung. Parallel dazu gibt es „Psychiatriepläne“ und andere sektorale Berichtsformen, die vor allem Daten über Versorgungsangebote bereitstellen. Eine konzeptionell reflektierte, übergreifende Mental Health-Surveillance gibt es in Deutschland bisher jedoch nicht. Das Robert Koch-Institut entwickelt für die nationale Ebene derzeit ein entsprechendes Rahmenkonzept. Dies kann auch Berichtsformate auf Länderebene unterstützen.

Ergebnisse Im Jahr 2018 hat der Landtag des Freistaates Bayern das Bayerische Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG) beschlossen. Das Gesetz sieht in Artikel 4 eine umfassende Psychiatrieberichterstattung zur Epidemiologie und Versorgung vor. Damit wurde in Bayern eine regelhafte (alle drei Jahre) sowie parlamentspflichtige Berichterstattung zur psychischen Gesundheit festgeschrieben. Inhaltlich soll der Bericht epidemiologische Basisdaten bezogen auf die Wohnbevölkerung Bayerns enthalten sowie die bestehende Versorgungslandschaft in all ihren Facetten (ambulant, stationär und komplementär) abbilden, Veränderungen deutlich machen und Schlussfolgerungen für die künftige Ausgestaltung und Weiterentwicklung der bedarfsgerechten Versorgung zulassen.

Wichtige Datengrundlagen für die Psychiatrieberichterstattung in Bayern sind dabei unter anderem die Abrechnungs- und Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und die Leistungsdaten der bayerischen Bezirke. Der Vortrag beleuchtet den aktuellen Stand der Gesundheitsberichterstattung zur psychischen Gesundheit in Bayern und ordnet dieses Vorhaben in eine übergreifende Mental Health-Surveillance ein.

Schlussfolgerungen Die vorbereitenden Arbeiten in Bayern haben Herausforderungen sowohl in konzeptioneller Hinsicht als auch hinsichtlich der Datenverfügbarkeit erkennen lassen. Diese werden in den kommenden Jahren auch im Austausch mit dem Aufbau der Nationalen Mental Health Surveillance zu bearbeiten sein. Für Bayern ist dabei zusätzlich die laufende Novellierung von gesundheitspolitischen Grundsätzen im Bereich psychischer Gesundheit eine wichtige Orientierungshilfe.

Literatur

Interessenskonflikte Die Autoren sind mit dem Aufbau der Psychiatrieberichterstattung in Bayern befasst.

Partizipative Studie ‚Sichtbar‘ zur Lebenslage von Menschen mit seelischen Behinderungen in München – Zwischenstand

Autor Wohlrab Doris

Institut Gesundheitsreferat LH München, Gesundheitsberichterstattung GSR-GVO-Stab-GBE, München, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745436

Partizipative Studie ‚Sichtbar‘ zur Lebenslage von Menschen mit seelischen Behinderungen in München – Zwischenstand

Die Studie ‚Sichtbar‘ ist eine Maßnahme des zweiten Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention der Stadt München. Im Vortrag soll ein erster Zwischenstand der noch laufenden Studie berichtet werden. Das Design der Studie wird dargestellt: partizipative Co-Forschung, quantitative und qualitative Methoden, Sekundärdatenanalysen.

Insbesondere wird die partizipative Vorgehensweise der Studie erläutert. Geforscht wird in einem gemeinsame Studienteam aus einer Mitarbeiterin des Gesundheitsreferats, dem durchführenden externen Institut und mehreren psychiatrienerfahrenen Co-Forscher*innen.

Erste Ergebnisse der quantitativen Befragung von Menschen mit längerfristigen seelischen Behinderungen (Schwerbehinderung) werden vorgestellt. Erste Ergebnisse der qualitativen Instrumente (z.B. Befragungen im Tandem, Sozialraumbegehungen) werden vorgestellt.

Der partizipative Forschungsprozess wird mit seinen Chancen und Risiken beschrieben. Vorteile (und Nachteile) einer partizipativen Vorgehensweise für die kommunale Gesundheitsberichterstattung werden diskutiert.

Literatur <https://muenchen-wird-inklusive.de/aktionsplan/studie-sichtbar-wie-leben-menschen-mit-seelischen-behinderungen-in-muenchen/>

Interessenskonflikte nein

Sozialräumliche Analysen zu COVID 19 und sozialer Ungleichheit in Frankfurt: Auswertung der Falldaten von März 2020–April 2021

Autoren Schade Manuela¹, Hillenbrand Maike¹, Hössel Fabienne¹, Tinnemann Peter²

Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Stabstelle GBE, Frankfurt am Main, Germany; 2 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Amtsleitung, Frankfurt am Main, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745437

Hintergrund Sozial benachteiligte Menschen weisen ein höheres Infektionsrisiko mit SARS-CoV-2 auf und sind stärker von den Auswirkungen der Pandemie betroffen (exempl. Wachtler et al. 2020). Die vorliegende Analyse hat zum Ziel, soziale Ungleichheiten in Bezug auf COVID 19 Inzidenz und Hospitalisierungsrate in Frankfurt sozialräumlich zu untersuchen.

Methodik Meldedaten von März 2020–April 2021 mit gültiger Wohnadresse in Frankfurt wurden berücksichtigt. Die Adressen aller Fälle wurden geodatenreferenziert (ARG GIS Pro) und mit den Stadtteilen verschnitten. Die kumulative Inzidenz (pro 1000) im Stadtteil/Stadtbezirk wurde mittels Bezugsbevölkerung zum 31.12.2020 berechnet. Lineare Regressionen (IBM Statistics) wurden ermittelt, um mögliche Zusammenhänge zwischen kumulativer Inzidenz bzw. Hospitalisierungsrate und sozioökonomischen sowie kontextbezogenen Indikatoren (Daten amtliche Statistik) aufzuzeigen.

Ergebnisse 35.335 Fälle wurden für die Analyse berücksichtigt, davon waren 14,1 % unter 20 Jahre und 16,9 % 60 Jahre und älter. 51,2 % waren männliche Personen. Die kumulative Inzidenz war in dem Stadtteil Nieder-Erlenbach (20 Fälle/1000) am geringsten und im Stadtteil Gutleutviertel (ca. 82 Fälle/1000) am höchsten. Kumulative Inzidenz bzw. Hospitalisierungsrate und Indikatoren der sozialen Lage zeigen lineare Zusammenhänge, tendenziell fällt die Inzidenz bzw. Hospitalisierung in den Stadtteilen mit schlechterer sozialer Lage höher aus.

Schlussfolgerung Soziale Lage und Inzidenz bzw. Hospitalisierungsraten sind miteinander assoziiert. Für gezielte präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen, insbesondere in Stadtteilen und Stadtbezirken in denen benachteiligte Menschen leben, ist dieser Zusammenhang zu berücksichtigen.

Literatur Wachtler, Benjamin; Michalski, Niels; Nowossadeck, Enno; Diercke, Michaela; Wahrendorf, Morten; Santos-Hövener, Carmen et al. (2020): Sozioökonomische Ungleichheit und COVID-19 – Eine Übersicht über den internationalen Forschungsstand. In: Journal of Health Monitoring 5 (S7), S. 3–18. DOI: 10.25646/7058.

Interessenskonflikte Es besteht kein Interessenkonflikt

Gesundheitsbedarf erkennen, regionale Handlungsspielräume eröffnen. Präventionsberichterstattung als Grundlage für eine gesundheitsfördernde Kommunalentwicklung.

Autoren Kolbe Martina¹, Sterdt Elena², Weber Mandy³, Kahl Melanie⁴

Institute 1 Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., Geschäftsführung, Magdeburg, Germany; 2 Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., Fachbereich Gesund im Alter, Magdeburg, Germany; 3 Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., Fachbereich Gesund leben und arbeiten, Magdeburg, Germany; 4 Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., Fachbereich Gesund aufwachsen, Magdeburg, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745438

Gesundheitsförderung und Prävention sind insbesondere in einer Gesellschaft des längeren Lebens wichtige Säulen des Gesundheitswesens und in jedem Alter bedeutsam. Vom frühen Kindes- bis ins hohe Lebensalter können Menschen in erheblichem Umfang von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung profitieren. Dafür bietet die bestehende Gesundheitsberichterstattung (GBE) der Länder nur bedingt regionale Handlungsansätze. Health in All Policies erfordert neben ressortübergreifendem Denken und Handeln eine datenbasierte Bedarfsermittlung und ein Monitoring präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen im Hinblick auf Verbreitung und Evaluation. Wie dies umgesetzt werden kann, zeigt sich im Landkreis Mansfeld-Südharz in Sachsen-Anhalt, der im Landes- und Bundesvergleich eine überdurchschnittlich hohe Alterung, Krankheitslast und Arbeitslosigkeit aufweist. Seit 2017 entwickelt der Landkreis, begleitet von der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., eine regionalspezifische Gesundheitsstrategie. Basis dafür sind landkreisspezifische Daten der GBE, Sozial- und Arbeitsmarktdaten sowie Strukturdaten ausgewählter Institutionen. Diese wurden ergänzt um eine Bevölkerungsbefragung u.a. zum Gesundheitszustand und -verhalten, orientiert an den Gesundheitszielen des Landes Sachsen-Anhalt.

Die eruierten Entwicklungspotenziale wurden von ÖGD, öffentlicher Verwaltung, Vereinen und Verbänden sowie den Menschen vor Ort genutzt, um gemeinsam nachhaltige lebensweltspezifische Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen: Drei Kommunen bearbeiten top down und bottom up modellhaft die Handlungsfelder des Präventionsgesetzes „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ und „Gesund im Alter“. U.a. stellten sich 35 Bildungstätten der Zertifizierung als „Gesunde KiTa“ bzw. „Gesunde Schule“. 10 Kindertagesstätten bieten Fortbildung zur Stärkung der Gesundheits- und Erziehungskompetenzen von Eltern. Ein Kinder- und Jugendrat redet bei städtischen Belangen mit. Erwerbsfähige erfahren Unterstützung, einen bewegten Familienalltag zu entwickeln. Bürger*innen gestalten barrierearme Wanderwege. Arbeitslosen wird Teilhabe an individuellen Präventionsmaßnahmen ermöglicht. Drei Bouleplätze und ein Bewegungsparcours bieten Bewegungsanreize für Jung und Alt.

Mit qualitativen und quantitativen Evaluationsmethoden werden die Wirkung der Maßnahmen im Sinne einer umfassenden Präventionsberichterstattung überprüft, Ressourcen gebündelt bzw. erschlossen und Folgemaßnahmen abgeleitet.

Interessenskonflikte Aus unserer Sicht bestehen keine Interessenkonflikte.

Adhärenz, psychosoziale Folgen, Bewältigungsstrategien und Lebensstil von Kölner COVID-19-Patienten und ihren engen Kontaktpersonen im Rahmen einer behördlich angeordneten Quarantäne – erste Ergebnisse der CoCo-Fakt surveillance Studie, Köln

Autoren Joisten Christine¹, Grüne Barbara², Fabrice Alisa², Feddern Sven², Gehlhar Andreas², Klee Lisa², Nießen Johannes³, Tappiser Marc², Wessely Stefanie⁴, Wiesmüller Gerhard A.⁵, Kossow Annelene⁶

Institute 1 Deutsche Sporthochschule Köln, Abteilung Bewegung- und

Gesundheitsförderung, Köln, Germany; 2 Gesundheitsamt Stadt Köln, Pandemiebekämpfung, Köln, Germany; 3 Gesundheitsamt Stadt Köln, Leitung, Köln, Germany; 4 Deutsche Sporthochschule Köln, Abteilung Bewegungs- und Gesundheitsförderung, Köln, Germany; 5 Gesundheitsamt Stadt Köln, Infektionshygiene, Köln, Germany; 6 Gesundheitsamt Stadt Köln, Infektionshygiene/Pandemiebekämpfung, Köln, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745439

Die SARS-CoV-2-Pandemie hat das menschliche Leben erheblich eingeschränkt. Zur Bekämpfung der Ausbreitung wurden infizierte Personen (IP) und ihre engen Kontaktpersonen (KP) in Deutschland seit Februar/März 2020 isoliert bzw. unter Quarantäne gestellt. Im Rahmen des CoCo-Fakt-Surveys (Cologne-Corona-Beratung und Unterstützung Für Index- und Kontakt-Personen während der Quarantäne-Zeit) wurde neben der Adhärenz bzgl. der Quarantäneregeln der Gesundheitszustand, die Symptomatik, psychische Belastung, Bewältigungsstrategien (Coping-Score) sowie der individuelle Lebensstil (u.a. körperliche Aktivität, Ernährung/Gewichtsentwicklung) erfasst.

Methodik Der online-basierte CoCo-Fakt-Survey wurde an alle durch das Kölner Gesundheitsamt registrierten IPs und KPs versendet (n = 33699), die bis zum 9.12.20 in behördlich angeordnete Quarantäne gesetzt wurden. Ausgeschlossen wurden Personen unter 16 Jahre und ohne Mailadresse, hospitalisierte bzw. verstorbene Betroffene sowie Pflegeheim-Bewohner. Schwangere erhielten einen eigenen Fragebogen.

Ergebnisse Von 13.057 Personen wurden nach der Datenbereinigung 4.065 IPs (38,8%) bzw. 6.425 KPs (61,2%) in diese Auswertung integriert. Die Quarantänedauer lag bei 11,8 + /-4,6 Tagen. 60% der Personen waren weiblich, der Altersdurchschnitt betrug 40,8 + /-14,2 Jahre. 80,0% hatten einen hohen, 19,1% einen mittleren und 0,9% einen geringen Bildungsgrad; 5,4% hatten Migrationshintergrund. IPs gaben eine signifikant höhere psychische Belastung an als KPs, der Coping-Score unterschied sich nicht zwischen beiden Gruppen. Die meisten Teilnehmenden nutzten aktive Bewältigungsstrategien wie Kontakte mit dem sozialen Umfeld, eine positive Einstellung und Hobbys. Die körperliche Aktivität sank während der Quarantäne um 48,2% bei IPs und um 27,1% bei KPs. Personen, die während der Quarantäne aktiv waren, fühlten sich in dieser Zeit fitter, weniger müde und weniger erschöpft. Während der Quarantänezeit nahmen IPs 1,2 + /-4,4 kg ab, KPs 1,6 + /-4,1 kg zu. Als Gründe für eine Gewichtsänderung gaben die IPs v.a. Geschmacksverlust und Krankheitsgefühl an, Kontaktpersonen aßen eher aus Langeweile.

Fazit Die gesetzlich verordnete Quarantäne wirkt sich bei IPs sowie KPs in unterschiedlicher Weise auf die psychische Situation, aber auch den Lebensstil aus. Um neben Long-COVID auch weitere mögliche Langzeitfolgen zu vermeiden, sollte eine enge Betreuung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. anschließend in der Hausarztpraxis erfolgen.

Literatur Joisten C, Kossow A, Book J, et al. How to manage quarantine-adherence, psychosocial consequences, coping strategies and lifestyle of patients with COVID-19 and their confirmed contacts: study protocol of the CoCo-Fakt surveillance study, Cologne, Germany. *BMJ Open* 2021; 11: e048001.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte bzgl. der Thematik. C. Joisten erhält Vortragshonorare von Berlin Chemie, MSD Sharpe und Dohme, Novartis, Abbvie, Pfizer, Janssen, Lilly, Menarini, Chieso, Infectopharm, NovoNordisk und Daichi-Sankyo.

Kleinräumige Analyse und Planung als Beitrag für eine bedarfsgerechte medizinisch-pflegerische Versorgung

Autoren Messik Marion¹, Wollenberg Birgit²

Institute 1 Landkreis Marburg-Biedenkopf, Fachbereich Gesundheitsamt, Gesundheits- und Altenplanung, Marburg, Germany; 2 Landkreis Marburg-Biedenkopf, Fachbereich Gesundheitsamt, Fachbereichsleitung, Marburg, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745440

Vorgehensweise Die Sicherstellung der medizinisch-pflegerischen Versorgung zeigt sich insbesondere im ländlichen Raum als immer größere Herausforderung. Der Landkreis Marburg-Biedenkopf hat daher im Jahr 2018 das vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration geförderte Modellprojekt „Fachkräftesicherung in der medizinisch-pflegerischen Versorgung im ländlichen Raum“ als Teil der Initiative „Gesundheit fördern – Versorgung stärken“ gestartet.

Basis für das Projekt war eine Kooperationsvereinbarung für die Umsetzung des Sicherstellungsauftrages der ambulanten ärztlichen Versorgung („Letter of intent“) mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen.

Ziel des Modellprojektes war die gemeinsame Entwicklung innovativer und nachhaltiger Lösungsansätze für die Fachkräftesicherung im Bereich der Allgemeinmedizin, der Pflege und der Hebammen sowie die Erprobung der kommunalen Versorgungsplanung als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD).

Als Modellregion wurde der Mittelbereich Biedenkopf gewählt, der zu diesem Zeitpunkt gemäß der ärztlichen Bedarfsplanung im Bereich der drohenden Unterversorgung lag. Hier wurde in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen eine kleinräumige Analyse durchgeführt, bei der zunächst Daten zusammengestellt und ausgewertet wurden (u.a. Bevölkerungsstruktur, Patient*innenströme). Anschließend wurde in leitfadengestützten Interviews mit wesentlichen Akteuren in diesem Bereich deren Einschätzung zur Versorgungslage sowie möglichen Handlungs- und Unterstützungsbedarfen erhoben.

Ergebnisse Es zeigt sich, dass die Versorgungslage sich in einem bereits abgegrenzten Planungsbereich erheblich unterscheiden kann und daher für eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung eine noch kleinräumigere Betrachtung notwendig ist. Die Ableitung entsprechender Handlungsempfehlungen sowie die jeweilige Konzeptentwicklung sind daher wesentlich von den vor Ort tätigen Akteuren aus dem Gesundheitsbereich abhängig.

Schlussfolgerung Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat in ihrem Beschluss 2016 die Rolle des ÖGD als professionelles Netzwerk, das mit und in allen Gesundheitsbereichen einschließlich der Versorgung kooperativ und koordinierend tätig ist, gestärkt (89. GMK, 2016). Das Modellprojekt zeigt, dass die kommunale, kleinräumige Versorgungsplanung als Aufgabe des ÖGD ein geeignetes Instrument ist, um nachhaltig tragfähige, bedarfsgerechte Konzepte im medizinisch-pflegerischen Bereich zu entwickeln.

Literatur 89. GMK (Gesundheitsministerkonferenz) (2016): TOP: 4.1. Perspektiven zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Online unter <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=416&jahr=2016> (Abruf 11.10.2021)

Interessenskonflikte Die Autorinnen erklären, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

Entwicklung neuer Kooperationsformen und Qualifizierungsmodelle zwischen der ÖGD-Praxis und der Public Health-Wissenschaft im Forschungsverbund Öffentliche Gesundheit: Interviews mit Stakeholdern

Autoren Weyers Simone¹, Arnold Laura², Bimczok Simon², Götz Simon¹, Kreffter Katharina¹, Melville-Drewes Andrea³, Schäfer Michael¹, Starke Dagmar², Teichert Ute²

Institute 1 Heinrich-Heine-Universität, Institut für Medizinische Soziologie, Düsseldorf, Germany; 2 Akademie für öffentliches Gesundheitswesen (AÖGW) in Düsseldorf, Angewandte ÖGD-Forschung und Transfer, Düsseldorf, Germany; 3 Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf, Sozialpsychiatrie, Düsseldorf, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745441

Einleitung Bislang gibt es auf kommunaler Ebene wenig systematisch aufgebaute ÖGD-Wissenschaft, die Verzahnung von Public-Health-Wissenschaft und ÖGD-Praxis in der aktuellen ÖGD- und Public Health-Ausbildung ist ebenfalls marginal. Im Forschungsverbund Öffentliche Gesundheit entwickeln Vertreter:innen der ÖGD/PH-Praxis, -Lehre und -Wissenschaft gemeinsam Kooperationsformen und Qualifikationsmodelle, um neue Wege des Wissens-

transfers zwischen PH-Wissenschaft und ÖGD-Praxis aufzubauen. Dies erfolgte zunächst mittels eines Akteursmappings und einer Dokumentenanalyse. Mithilfe von Interviews mit verschiedenen Stakeholdern soll das gefundene Material nun validiert werden, es sollen weitere Kooperationsformen und Qualifikationsmodelle identifiziert werden und es sollen erste Ideen zur Ausgestaltung der Pilotphase entwickelt werden.

Material & Methoden Die Identifikation geeigneter Teilnehmer:innen erfolgt auf Basis von Akteursmapping und Dokumentenanalyse sowie zusätzlich durch Schneeballrekrutierung innerhalb der Netzwerke. Ziel der Auswahl ist die Repräsentation aller relevanten Akteursgruppen aus Praxis, Wissenschaft und Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie das Prinzip maximaler struktureller Varianz innerhalb der Gruppen. In leitfadengestützten Interviews werden die Teilnehmer:innen zwischen November 2021 und Januar 2022 befragt. Die Interviews werden persönlich oder per Videotelefonie durchgeführt. Für die Auswertung wird ein Analyseraster nach Ruddat (2012) zugrunde gelegt, anhand dessen die Informationen so zusammengefasst werden, dass sich zentrale Aspekte herauskristallisieren.

Ergebnisse Die Ergebnisse werden Mai 2022 vorliegen.

Der Forschungsverbund Öffentliche Gesundheit besteht aus der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf (Projektleitung), der Universität Düsseldorf und dem Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf. Er wird finanziell gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit und ist Teil des Förderschwerpunkts „Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst und Public Health Forschung“.

Literatur Ruddat, M. (2012): Auswertung von Fokusgruppen mittels Zusammenfassung zentraler Diskussionsaspekte. In: M. Schulz, B. Mack und O. Renn (Hg.): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung. Stuttgart: Springer VS, S. 195–206

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte.

Identifikation bestehender Kooperationsformen und Qualifizierungsmodelle zwischen der ÖGD-Praxis und der Public Health-Wissenschaft im Forschungsverbund Öffentliche Gesundheit: Ergebnisse einer systematischen Literatur- und Dokumentenanalyse

Autoren Bimczok Simon¹, Arnold Laura¹, Götz Simon², Kreffter Katharina², Melville-Drewes Andrea³, Schäfer Michael¹, Starke Dagmar¹, Teichert Ute¹, Weyers Simone²

Institute 1 Akademie für öffentliches Gesundheitswesen (AÖGW) in Düsseldorf, Angewandte ÖGD-Forschung und Transfer, Düsseldorf, Germany; 2 Heinrich-Heine-Universität, Institut für Medizinische Soziologie, Düsseldorf, Germany; 3 Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf, Sozialpsychiatrie, Düsseldorf, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745442

Hintergrund Im Rahmen des Forschungsverbundes Öffentliche Gesundheit, bestehend aus der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (AÖGW), der Universität Düsseldorf (HHU) und dem Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf soll eine methodisch hochwertige ÖGD-Forschung gefördert und der Ausbau eines effizienten Theorie-Praxis-Transfers sichergestellt und verstetigt werden. Damit soll die v.a. auf kommunaler Ebene fehlende Verzahnung von Wissenschaft und Praxis in der aktuellen ÖGD- und Public Health-Ausbildung verankert werden.

Methode Mit dem Ziel, bereits bestehende Kooperationsformen zwischen der ÖGD-Praxis und der PH-Wissenschaft möglichst umfänglich zu identifizieren und Modelle zur Qualifizierung für eine wissenschaftliche Tätigkeit im ÖGD ausfindig zu machen, wurde eine dreiteilige Suchstrategie gewählt: Neben (1.) einer systematischen Literaturrecherche in den wissenschaftlichen Datenbanken Livivo und Pubmed wurden anhand (2.) eines systematischen Screenings der Suchmaschine Google™ sowie von (3.) ÖGD-relevanten deutschen Kongressen auch explizit Quellen für graue Literatur berücksichtigt. Die ersten beiden Schritte wurden durch die Anwendung einer iterativ angepassten Kom-

bination relevanter Schlagwörter umgesetzt. Der dritte Schritt erfolgte im Rahmen eines Titel- und Abstract-Screenings aller ÖGD-relevanter Kongresse und Tagungen der Jahre 2015 bis 2021 (> 8.500 Beiträge). Die eingeschlossenen Beiträge wurden nach relevanten Parametern, wie z.B. den beteiligten Akteure:innen, der ÖGD-Ebene sowie nach Themenschwerpunkten geclustert und deskriptiv ausgewertet. Sowohl die Screeningergebnisse als auch die Kategorisierungen wurden zur Qualitätssicherung stets von einer weiteren Person aus dem Verbundprojekt kontrolliert.

Ergebnisse Insgesamt wurden mehrere hundert Beiträge (Netzwerke, Projekte, Forschungsarbeiten, etc.) identifiziert und geclustert. Die vorgestellten Ergebnisse werden erstmalig eine umfassende themenspezifische Übersicht über bestehende Kooperationen zwischen der ÖGD-Praxis und PH-Wissenschaft geben. Darüber hinaus werden Modelle zur Qualifizierung für eine wissenschaftliche Tätigkeit im ÖGD präsentiert.

Diskussion In der ersten Phase des Forschungsvorhabens wird die Kooperationslandschaft im Schnittstellenbereich zwischen ÖGD-Praxis und PH-Wissenschaft erstmals systematisch durchleuchtet und thematisch geclustert und bietet damit einen umfangreichen Überblick über bestehende Kooperationsformen und Qualifizierungsmodelle.

Interessenskonflikte Es besteht kein Interessenskonflikt

Übergewichtsprävention im Kindes- und Jugendalter – von der Wissenschaft zur Praxis (COME-ON)

Autoren Roppel Malin¹, Starke Dagmar¹, Koch Lennart², Raith Lena¹, Wessely Stefanie², Wittler Linda², Joisten Christine²

Institute 1 Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (AÖGW) in Düsseldorf, Angewandte ÖGD Forschung, Düsseldorf, Germany; 2 Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft, Köln, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745443

Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter haben sich seit dem Jahr 1975 verzehnfacht [1]. In Deutschland sind laut Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys von 2018 15,4% der 3- bis 17-jährigen übergewichtig bzw. adipös [2]. Bislang gibt es keinen Goldstandard, wie man dieser Entwicklung entgegenwirken kann. Das COME-ON Projekt untersucht daher bislang vorhandene Erkenntnisse zur kindlichen Übergewichtsprävention aus Wissenschaft und Praxis. Grundlage sind die Projekte des Förderschwerpunkts Kinderübergewicht des Bundesministeriums für Gesundheit, in dem 33 Projekte seit 2015 gefördert wurden.

Zunächst erfolgt eine qualitative Inhaltsanalyse der Abschlussberichte mit induktiv-deduktivem Ansatz [3]. Mögliche Lücken sollen in einem nächsten Schritt durch qualitative Interviews mit den Projektleiter:innen der Interventionsprojekte des Förderschwerpunkts geschlossen werden. Bislang zeigt die qualitative Inhaltsanalyse der Abschlussberichte eine Heterogenität der Daten des Förderschwerpunktes an. Die Projekte verfolgen diverse Ansätze wie den Nachdruck von Informationsbroschüren bis hin zu der Entwicklung eines Qualitätsrasters zur Adipositasprävention.

Zudem erfolgt eine Analyse der internationalen wissenschaftlichen Literatur durch eine systematische Literaturrecherche in Fachdatenbanken (PubMed, Cochrane Library). Unter folgenden Suchbegriffen (Overweigh*, weight, adipos*, obes*, child*, kid, kids, youth, program*, intervention*, project*, prevent*, adolescen*) wurden bisher 2472 Studien identifiziert, von denen 229 Artikel in die Volltextanalyse eingeschlossen wurden.

Nach Abschluss der geschilderten Analysen werden die Zwischenergebnisse der Ansätze aufbereitet und in zwei Workshops mit nationalen und internationalen Expert:innen aus Wissenschaft und Praxis im Sinne der Grounded-Theory zurückgespiegelt und diskutiert. Ziel ist die Erstellung von Handlungsempfehlungen und die Bündelung dieser innerhalb eines Qualitätsleitfadens. Dieser wird im Kontext einer Fachtagung mit Expert:innen evaluiert. Daraufhin

soll ein Wissenschafts-Praxis Transfer auf der subnationalen, nationalen und EU-Ebene erfolgen.

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

Literatur

[1] Abarca-Gómez L., Abdeen ZA., Hamid ZA. et al. 2017; Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet* 390: 2627–2642. doi:10.1016/S0140-6736(17)32129-3

[2] Robert Koch-Institut 2018; Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Quer-schnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends

[3] Schreier M.. 2012 *Qualitative content analysis in practice*. In SAGE.

Neues aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Autoren Hintz Peter Birte, Rabenberg Martina, Ryl Livia, Saß Anke-Christine
Institut Robert-Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745444

Einleitung Seit 2016 veröffentlicht die Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes am Robert Koch-Institut (RKI) im Journal of Health Monitoring (JoHM) Daten und Informationen zu zahlreichen wichtigen Public-Health-Themen. Zum fünfjährigen Bestehen des JoHM möchten wir einen kurzen Überblick über Neuigkeiten beim JoHM und die Weiterentwicklung der GBE geben.

Methoden Das JoHM ist ein Open-Access-Journal, das vierteljährlich auf Deutsch und Englisch erscheint und durch Special Issues ergänzt wird. In diesem Beitrag möchten wir neue Entwicklungen präsentieren und daran anknüpfend mit den Beschäftigten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Dialog treten – einer der wichtigsten Nutzergruppen des JoHM.

Ergebnisse Seit Anfang 2020 hat sich das Coronavirus SARS-CoV-2 in rasantem Tempo weltweit ausgebreitet. Im Juli 2020 wurde das Thema im JoHM aufgegriffen und eine neue Beitragsreihe etabliert. Beginnend mit einem Artikel über Studien zur Seroprävalenz von SARS-CoV-2 in Deutschland und international wurden im JoHM zahlreiche Beiträge zur COVID-19-Pandemie veröffentlicht. Durch eine erfolgreiche Bewerbung bei PubMed Central (PMC) können diese Beiträge, sowie sämtliche Veröffentlichungen der vergangenen Jahre, über PubMed gefunden und heruntergeladen werden.

Darüber hinaus wird ein weiteres digitales Angebot der GBE des Bundes vorgestellt: das Dashboard „Gesundheit in Deutschland aktuell“. Ergänzend zu den ausführlichen Informationen im JoHM dient es der Visualisierung von Daten, die im Rahmen der Studie GEDA 2019/2020-EHIS des RKI erhoben wurden. Präsentiert werden Indikatoren aus den thematischen Schwerpunkten Gesundheitsverhalten, Gesundheitsstatus, Gesundheitsversorgung/Inanspruchnahme sowie soziale Lage und Gesundheit. Zukünftig soll das Dashboard in ein Health Information System integriert werden.

Diskussion Um sich kontinuierlich weiterzuentwickeln, ist für die GBE des Bundes neben der Durchführung von innovativen Projekten der Dialog mit den Nutzergruppen sehr wichtig. Der Vortrag und die Diskussion mit den Beschäftigten des ÖGD – auch am Info-Stand des RKI – sollen dem Austausch über Informationsbedarfe des ÖGD dienen und Impulse für die Weiterentwicklung geben.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte.

ÖGD-FORTE: Bundesweites Forschungs-, Trainings- und Evidenznetzwerk für die Öffentliche Gesundheit

Autoren Alpers Katharina¹, Bozorgmehr Kayvan², Cremer Dirk³, Duwendag Stella², Hövener Claudia⁴, Hudák Michal⁵, Joggerst Brigitte⁶, Kajikhina Katja⁷, Mack Jasmin⁸, Mohsenpour Amir², Pruskil Susanne⁹, Rexroth Ute¹, Sarma Navina¹, Schmidt Kerstin², Zimmermann Thomas¹⁰

Institute 1 Robert Koch-Institut, ÖGD-Kontaktstelle: Infektionsepidemiologisches Krisenmanagement, Ausbruchsuntersuchungen und Trainingsprogramme (Fachgebiet 38), Berlin, Germany; 2 Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG2 Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung, Bielefeld, Germany; 3 Gesundheits-, Veterinär und Lebensmittelüberwachungsamt Bielefeld, Gesundheitsplanung, Gesundheitsberichterstattung, Kommunale Gesundheitskonferenz, Bielefeld, Germany; 4 Robert Koch-Institut, Soziale Determinanten der Gesundheit (Fachgebiet 28), Berlin, Germany; 5 Gesundheits-, Veterinär und Lebensmittelüberwachungsamt Bielefeld / Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG2 Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung, Bielefeld, Germany; 6 Gesundheitsamt Enzkreis, Amtsleitung, Pforzheim, Germany; 7 Robert Koch-Institut, Soziale Determinanten der Gesundheit (Fachgebiet 28) / ÖGD-Kontaktstelle: Infektionsepidemiologisches Krisenmanagement, Ausbruchsuntersuchungen und Trainingsprogramme (Fachgebiet 38), Berlin, Germany; 8 Gesundheitsamt Enzkreis, Gesundheitsförderung und Prävention, Pforzheim, Germany; 9 Gesundheitsamt Altona, Freie und Hansestadt Hamburg, Amtsleitung, Hamburg, Germany; 10 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Hamburg, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745445

Mit ÖGD-FORTE wird mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ein bundesweites Netzwerk aus Akteur:innen des Öffentlichen Gesundheitsdiensts (ÖGD) und der Public Health-Forschung aufgebaut. Die Notwendigkeit einer verbesserten Verbindung zwischen ÖGD-Praxis und Public Health-Forschung zeigte sich zuletzt seit der COVID-19-Pandemie deutlich. Das Netzwerk wurde durch verschiedene Gesundheitsämter und Forschungseinrichtungen initiiert, eine Zusammenarbeit mit weiteren Vertreter:innen aus diesen Bereichen wird bundesweit angestrebt.

Ziel ist eine nachhaltige Verbindung der ÖGD-Praxis und Public Health-Forschung mit drei Themenschwerpunkten:

1. Gesundheitsmonitoring vulnerabler Bevölkerungsgruppen,
2. Methoden und Indikatoren zur sozialräumlichen Bedarfsplanung im ÖGD und
3. Sozialräumliche Infektionsepidemiologie.

Das Netzwerk wird in drei Arbeitspaketen aufgebaut, die sich gegenseitig ergänzen. Im ersten werden partizipativ ÖGD-relevante, lokale und überregionale Forschungsvorhaben geplant und umgesetzt, und zugleich der überregionale Netzwerkaufbau vorangetrieben. Das zweite Arbeitspaket adressiert Weiterbildungsbedarfe im Bereich anwendungsorientierter sozialraum- und bevölkerungsbezogener Forschungsmethoden. Entsprechend des Bedarfs der ÖGD-Praxis werden im dritten Arbeitspaket relevante wissenschaftliche Erkenntnisse recherchiert, synthetisiert und mit dem Ziel eines effektiven Transfers aufbereitet. Dabei sollen Möglichkeiten geschaffen werden, die Potenziale des ÖGD und Methoden der Versorgungsforschung zusammenzubringen und aufeinander zu beziehen.

Für eine effektive Vernetzung ist es grundlegend, dass ÖGD-FORTE sich an den Bedarfen des ÖGDs orientiert und dieser seine Interessen in das Netzwerk aktiv einbringt. So kann ÖGD-FORTE zu einer verbesserten Informationsgrundlage über gesundheitliche Bedarfe und Ressourcen, zum erfolgreichen Transfer der wissenschaftlichen Evidenz in die Praxis und zur praktischen Umsetzung von Empfehlungen – und damit zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung – beitragen.

Ziel des Beitrags ist die Vorstellung des Netzwerks sowie der erarbeiteten Strukturen und Ergebnisse. Teilnehmende lernen relevante Aspekte des Aufbaus eines partizipativen Netzwerks an der Schnittstelle zwischen Public Health-Forschung und -Praxis kennen. Im interaktiven Austausch sollen zudem prioritäre Forschungsbedarfe benannt und die Möglichkeiten zum Engagement und Zusammenarbeit im Netzwerk vorgestellt werden.

Interessenskonflikte Das Projekt wird vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert. Es bestehen keine Interessenskonflikte.

Gelingensfaktoren integrierter Gesundheitsberichterstattung als Basis für Health in All Policies in der Kommune

Autoren Szagun Bertram¹, Kellermann Lisa²

Institute 1 Hochschule Ravensburg-Weingarten, Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, Weingarten, Germany; 2 Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Referat 94 Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung, Stuttgart, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745446

Gesundheitsberichterstattung (GBE) kann wesentliche Anstöße für Health in All Policies-Ansätze auf kommunaler Ebene geben. Durch die Heterogenität kommunaler Strukturen und Rahmenbedingungen sind die Voraussetzungen dafür jedoch sehr unterschiedlich. Zur Weiterentwicklung des ÖGD bzgl. der Evidenzbasierung kommunalen Handelns wird einer Professionalisierung der GBE besonderer Stellenwert beigemessen. Ziel der Untersuchung ist es, Prädiktoren für integrierte GBE zu ermitteln, die methodische Integration und administrative Intersektoralität begünstigen können.

Untersuchungsbasis stellt eine bundesweite nonreaktive Vollerhebung zur kommunalen GBE Ende 2019 kurz vor Pandemiebeginn dar. Auf dieser Basis wird eine quantitative Dokumentenanalyse einer zufälligen Berichtsstichprobe durchgeführt (n = 53). Messgrößen für den Integrationsgrad sind methodische und intersektorale Aspekte. Die Auswertungen erfolgen stratifiziert nach Gebietskörperschaft (deutschlandweit 70,7% Landkreise, 18,2% kreisfreie Städte und 11,2% ÖGD-Einheiten über mehrere Kommunen), Berichtstyp und Ansiedlung des ÖGD in der Kommunalverwaltung.

Eine Integration von Daten mindestens zweier Themenfelder neben der Gesundheit findet sich in 29 Berichten (55%), Intersektoralität in Form der Einbindung weiterer Verwaltungsakteure in 9 Berichten (17%). Berichte kreisfreier Städte zeigen häufiger Intersektoralität als Berichte aus Landkreisen. Thematisch weisen Berichte zur Kinder- und Jugendgesundheit am häufigsten Intersektoralität auf (29%), während Berichte zu Infektionsschutz oder Impfungen unterdurchschnittlich integriert sind. Eine Ansiedlung des ÖGD nah an den Feldern Jugend oder Soziales ist mit einem höheren Integrationsgrad assoziiert. Integration im Sinne der Einbindung weiterer Themenfelder findet sich in über der Hälfte aller Gesundheitsberichte, während eine intersektoral angelegte GBE im Sinne von Health in All Policies noch wenig etabliert ist. Vorteilhaft scheint das Themenfeld Kinder- und Jugendgesundheit zu sein, wo kleinräumige Analysen möglich und Schnittstellen zu weiteren kommunalen Handlungsfeldern gebahnt sind. Ebenso könnte eine Ansiedlung des ÖGD nah den Themenfeldern Jugend und Soziales positive Effekte bzgl. Integration haben. Die Ergebnisse bergen Implikationen für die Weiterentwicklung des ÖGD. Von besonderer Bedeutung wäre eine postpandemische Steigerung des Integrationsgrads von Berichten zu den Themenfeldern Infektionsschutz und Impfen.

Literatur Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Hg.) (2021): Empfehlungen zur Weiterentwicklung des ÖGD zur besseren Vorbereitung auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen, Berlin
Geene R, Kurth B-M, Matusall S (2020) Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland. Gesundheitswesen 82: e72-e76

Kuhn J, Trojan A (2017) Daten bereitstellen, Vernetzen, Koordinieren. Der Beitrag des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu regionaler Kooperation und In-

tegration. In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthé E-W (Hrsg) Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Springer Fachmedien, Wiesbaden, S 353–372

Rosenkötter N, Borrmann B (2015) Entwicklungsstand einer integrierten kommunalen Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitswesen 16. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1546890>

Süß W (2007) Integrierte Gesundheitsberichterstattung: Konzeptionelle Ideen und normative Anforderungen. In: Süß W, Schäfer I, Trojan A (Hrsg) Integrierte (Gesundheits-) Berichte. Konzeptionelle Überlegungen und Umsetzungserfahrungen, 1. Auflage. Shaker Verlag, Aachen, S 67–80

World Health Organization (WHO) (2014) Health in All Policies. Helsinki Statement. Framework for Country Action. World Health Organization, Genf

Interessenskonflikte Es besteht kein Interessenkonflikt

Fachausschuss Infektionsschutz

Vorträge

Hygienische Aufbereitung von Hilfsmitteln in der außerklinischen Intensivpflege

Autoren Ziech Patrick¹, Zinken Anika²

Institute 1 NLGA, Hannover, Germany; 2 NRW, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745447

Die hygienische Aufbereitung von verwendeten Medizinprodukten ist für Patienten, die außerhalb eines Krankenhauses ambulant gepflegt werden, von enormer Wichtigkeit. Doch nicht immer gibt es dafür klare und unmissverständliche Regelungen seitens der Hersteller – wie das Beispiel einer Betroffenen zeigt.

Der Vortrag wird zum Teil von einer Betroffenen selbst gehalten, die ihre Probleme bei der Aufbereitung von Beatmungszubehör berichtet. Der andere Teil beleuchtet die fachlichen Aspekte bei diesem Thema

Literatur DOI: 10.1055/a-1482-6824

Interessenskonflikte Anika Zinken: keine

Patrick Ziech: Dozententätigkeit für unterschiedliche Bildungsanbieter, inkl. Ausbildungsstätten für außerklinische Intensivpflege, zum Thema Hygiene und Infektionsprävention

0031 SIMPATI-Projekt („Surveillance nosokomialer Infektionen und MRE bei Patienten der außerklinischen Intensivpflege“)

Autoren Ziech Patrick¹, Nouri-Pasovsky Pauline A.², Geffers Christine²

Institute 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Krankenhaushygiene, Hannover, Germany; 2 Charité, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Berlin, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745448

In dem Vortrag wird das SIMPATI-Projekt vorgestellt sowie erste Zwischenergebnisse präsentiert.

Das SIMPATI-Projekt steht für „Surveillance nosokomialer Infektionen und MRE bei Patienten der außerklinischen Intensivpflege“ und wird federführend von der Charité geleitet und vom NLGA unterstützt. Ziel der geplanten Surveillance ist es, die Daten dafür zu nutzen, um das Hygienemanagement sinnvoll auszurichten. Dabei sollen möglichst nur Daten verwendet werden, die ohnehin erhoben werden. Wie im Klinikbereich entsteht dadurch eine Datenbank, mit der sich jeder einzelne Pflegedienst mit anderen vergleichen kann. Das Projekt knüpft an bereits bestehende Strukturen des sogenannten „Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems“ (KISS) an. Der G-BA fördert das Projekt im Rahmen des Innovationsfonds und damit eine Chance hat anschließend in die Regelversorgung übernommen zu werden.

Interessenskonflikte die Stellen der beiden Auton*innen werden im Rahmen des SIMPATI-Projekts durch den Innovationsfond anteilig finanziert.

Ein ganzer Ort in Aufruhr – Fallmanagement bei einem Tuberkuloseausbruch mit ungewöhnlich vielen Ansteckungen und Folgefällen an einer Schule

Autoren Sonnberg Susanne¹, Wagner-Wiening Christiane², Brockmann Stefan², Wagner Ulrich¹

Institute 1 Gesundheitsamt Karlsruhe, Infektionsschutz, Karlsruhe, Germany; 2 Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Referat 92 Gesundheitsschutz und Epidemiologie, Stuttgart, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745449

Ende Mai 2019 wurde nach mehrmonatiger Symptomatik bei einem 16-jährigen Schüler eine mikroskopisch offene Lungentuberkulose diagnostiziert. Die mögliche Infektionsquelle konnte im privaten Kontext ermittelt werden. Bei der Umgebungsuntersuchung (Uu) fanden sich im privaten und schulischen Umfeld insgesamt 121 Ansteckungen (IGRA positiv bzw. latente Infektionen) und zwölf Folgeerkrankungen, vier der Folgeerkrankungen wiesen eine geringe Ansteckungsfähigkeit, 1 Fall wies fraglich eine höhere Ansteckungsfähigkeit auf. An der Schule wurden in einer mehrstufigen Uu alle 289 Schüler untersucht. Dabei konnten über alle Klassenstufen hinweg 100 Ansteckungen identifiziert werden. In der Jahrgangsstufe des Indexpatienten kam es bei 88 % der Schüler zur Ansteckung, in den Klassen der anderen Jahrgangsstufen in 0 bis 33 %. Auch 12 Beschäftigte (17 %) waren betroffen.

Die hohe Zahl von Ansteckungen in der betroffenen Jahrgangsstufe führte bereits zu einem frühen Zeitpunkt zu Berichten der Presse und regem Austausch in sozialen Netzwerken mit Verbreitung von Fehlinformationen. Im weiteren Verlauf erreichten das Gesundheitsamt unzählige sorgenvolle Anfragen und Vorwürfe aus nahezu allen am Ort befindlichen Institutionen. Die weitere Zunahme der Ansteckungen und Fälle führte durch ein bundesweites Medienecho zu einer Kräfte bindenden Öffentlichkeitsarbeit.

Im Fallmanagement bewährte sich die intensive und offene Zusammenarbeit mit der betroffenen Schule und der regelmäßige Informationsaustausch mit der Gemeinde, der Schulbehörde, den Schulleitern und Elternvertretern.

Um die Ursachen der hohen Anzahl der Infektionen an der Schule und die Ansteckungen über die Klassenstufen hinweg zu untersuchen erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg eine weitergehende Ausbruchuntersuchung.

Hypothesen für die hohe Anzahl an Ansteckungen in der Schule sind die hohe Infektiosität, der lange Krankheitsverlauf sowie eine Vielzahl von Kontaktmöglichkeiten im Schulalltag.

Interessenskonflikte

- Anstellungsverhältnis oder Führungsposition: Ärztin im Gesundheitsamt, Infektionsschutz
- Beratungs- bzw. Gutachtertätigkeit-KEINE
- Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien oder Fonds-KEINE
- Patente, Urheberrecht, Verkaufslizenz-KEINE
- Honorare-KEINE

Ausbruchmanagement in der SARS-CoV-2-Pandemie in sozialen Einrichtungen – Daten und Erfahrungen aus Frankfurt am Main

Autoren Lang Alexandra Sarah¹, Steul Katrin¹, Walczok Antoni²

Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt, Medizinische Dienste und Humanitäre Sprechstunden, Frankfurt am Main, Germany; 2 Gesundheitsamt Frankfurt, Stellvertretende Amtsleitung, Frankfurt am Main, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745450

Bereits zu Pandemiebeginn rechnete das Gesundheitsamt Frankfurt am Main mit Ausbrüchen in sozialen Einrichtungen. Daher wurde ein Ausbruchsteam

als Kontakt für Träger:innen der Jugend-, Drogen-, Wohnungslosen- und Eingliederungshilfe sowie Betreiber:innen von kommunalen Unterkünften geschaffen. Ziele waren, die soziale Infrastruktur zu unterstützen, die Hygiene in Einrichtungen nach §36 Infektionsschutzgesetz zu verbessern und neben dem Infektionsschutz auch sozialmedizinische Aspekte zu berücksichtigen. Reihentestungen durch mobile Testteams waren im Ausbruchsfall ein wichtiges Instrument, um rasch angemessene Maßnahmen einzuleiten. Positiv getestete Personen und Kontaktpersonen konnten bei fehlender Absonderungsmöglichkeit untergebracht werden. In regelmäßigen Telefonkonferenzen mit sozialen Träger:innen wurden wichtige Infektionsschutzthemen identifiziert und zielgruppenspezifische Lösungen entwickelt. Ab Ende Oktober 2020 setzte sich das Ausbruchsteam aus Mitarbeiter:innen mit sozialmedizinischer und epidemiologischer Expertise sowie aus Fallbearbeiter:innen zusammen. Über ein Funktionspostfach eingehende Meldungen zu COVID-19-(Verdachts-)Fällen aus sozialen Einrichtungen/Unterkünften wurden mit in der Meldesoftware SurvNet eingegebenen Fällen zusammengeführt und nach festgelegten Kriterien bearbeitet und dokumentiert.

Die Daten zu den bearbeiteten Infektionsgeschehen wurden u. a. nach Einrichtungsart, Anzahl positiver Fälle im Infektionsgeschehen sowie Meldedatum deskriptiv analysiert. Auch die Daten zu veranlassten Reihentestungen wurden nach Testdatum, Anzahl durchgeführter Testungen insgesamt und pro Einrichtung sowie Anzahl von positiven Tests ausgewertet.

Im Zeitraum 1.11.2020 – 30.09.2021 wurden insgesamt 225 Infektionsgeschehen, ein Großteil davon Ausbrüche, bearbeitet. Durch Handlungsanleitungen und Beratung, zum Teil vor Ort, wurden soziale Träger:innen/Betreiber:innen von Unterkünften bei der Ausbruchsbewältigung unterstützt. Unklare Verantwortlichkeiten und beengte Räumlichkeiten behinderten besonders bei Ausbrüchen in Gemeinschaftsunterkünften für wohnungslose und geflüchtete Menschen die Umsetzung des Infektionsschutzes. Dass viele Bewohner:innen nur eingeschränkt Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung hatten, erschwerte eine schnelle Ausbruchsdetektion zusätzlich. Insgesamt bestätigen die Daten, dass Bewohner:innen von Gemeinschaftsunterkünften ein erhöhtes Risiko haben, sich mit COVID-19 zu infizieren.

Interessenskonflikte Es liegt kein Interessenskonflikt vor.

Die neue DZK-Leitlinie zu Diagnostik und Therapie der Tuberkulose im Erwachsenenalter

Autor Priwitzer Martin

Institut Landeshauptstadt Stuttgart, Gesundheitsamt, Stuttgart, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745451

Die aktualisierte S2k-Leitlinie zur Tuberkulose im Erwachsenenalter des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose bietet einige Neuerungen gegenüber der Version von 2017, die auch für die Arbeit im Gesundheitsamt relevant sind. Der Vortrag bietet einen Überblick über die Leitlinie mit allen wichtigen Punkten zu Diagnostik und Therapie der Tuberkulose sowie latenter Tb-Infektion, Chemoprävention und Chemoprophylaxe.

Literatur www.dzk-tuberkulose.de

Interessenskonflikte keiner (Der Referent ist Coautor der Leitlinie.)

Molekularbiologische Surveillance von SARS-CoV-2-Mutanten in der Region Hannover

Autoren Egelkamp Richard¹, Burchardt Thomas²

Institute 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Abteilung 2: Laborbereich Next Generation Sequencing, Hannover, Germany; 2 Region Hannover, Fachbereich Gesundheitsmanagement, Pandemie- und Infektionsschutz, Hannover, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745452

Im Verlauf der SARS-CoV2-Pandemie zeigte sich immer wieder, dass Mutationen insbesondere am Spike-Protein das Potential für besonders infektiöse Virusvarianten mit sich bringen. Daher stellte sich schon frühzeitig die Frage, ob

aus bestimmten Mutationen spezielle Handlungsmuster zur Pandemiebekämpfung abgeleitet werden könnten. In enger Zusammenarbeit zwischen dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt (NLGA) und dem Fachbereich Gesundheit der Region Hannover wurden Proben mit Verdacht auf entsprechende Mutationen sowie Impfdurchbrüche, Reinfektionen und ungewöhnliche Verläufe sequenziert und systematisch ausgewertet. Zu diesem Zweck stellte das NLGA insbesondere die technische Ausstattung und wissenschaftliche Expertise zur Ganzgenomsequenzierung (NGS) bereit, während das Gesundheitsamt detaillierte Daten über die verwendeten Impfstoffe, Größe der Infektionsketten und Schwere der Verläufe beisteuerte.

Erste Untersuchungen wurden im Frühjahr 2021 mit dem vermehrten Auftreten von E484K-Mutationen in Proben durchgeführt, die weder der SARS-CoV-2-Linie Beta noch Gamma zugeordnet werden konnten. Da Viren mit dieser Mutation ein erhöhtes Infektionspotential zugeschrieben wird, wurden entsprechende Proben sequenziert und in diesem Kontext aufgetretene Infektionen und Infektionsketten vom Fachbereich Gesundheit der Region Hannover zielgenau analysiert und unterbrochen. Mit Aufkommen der Delta(+)-Varianten ab Spätsommer 2021 verlagerte sich der Untersuchungsschwerpunkt auf die Analyse dieser neu aufgekommenen SARS-CoV-2-Linien. Um mögliche Zusammenhänge zwischen Impfdurchbrüchen, Reinfektionen oder auch der Mortalitätsrate zu finden, wurden die vom NLGA generierten Ganzgenomsequenzen im Hinblick auf Punktmutationen untersucht und mit epidemiologischen Daten verknüpft. Die dabei gewonnenen Informationen könnten in Zukunft helfen, gezielter auf neuerliche SARS-CoV-2-Ausbrüche zu reagieren und abhängig von den gefundenen Mutationen zu unterschiedlichen Vorgehen führen.

Die enge und erfolgreiche Kooperation zwischen dem Gesundheitsamt der Region Hannover sowie dem NLGA beweist, dass ein reger Austausch für beide Seiten von Vorteil ist und dem effizienten Gesundheitsschutz der Bevölkerung dient. Dementsprechend sollen in Zukunft weitere engmaschige Monitoring- und Surveillanceprojekte zwischen beiden Partnern etabliert werden, die vielleicht auch für andere Regionen in Niedersachsen und Deutschland als Vorbild dienen können.

Interessenskonflikte Es besteht kein Interessenskonflikt.

Hygiene in Abwasserführenden Systemen Frankfurter Kliniken – Kontrollen auf Grundlage der KRINKO Empfehlung von 2020 in der Analyse

Autoren Steul Katrin¹, Schuster Katja¹, Notz Hardy¹, Berres Marlene¹, Franke Petra¹, Dornberg Christopher¹, Tinnemann Peter²

Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Infektiologie und Hygiene, Frankfurt am Main, Germany; 2 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Amtsleitung, Frankfurt am Main, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745453

Hintergrund/Fragestellung Die „Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“ (KRINKO) reagierte mit der Herausgabe der Empfehlung „Anforderungen der Hygiene an abwasserführende Systeme in medizinischen Einrichtungen“ unter anderem auf die Zunahme von Meldungen Carbapenem-resistenter Enterobacteriales Nachweise im klinischen Kontext. Damit wurde 2020 eine neue Grundlage geschaffen, um beispielsweise Sanitärbereiche, Waschbecken, Duschen, WC etc. hygienisch beurteilen zu können. Ziel unserer Arbeit ist, diese Empfehlung auf ihre Relevanz und Praktikabilität für die infektionshygienische Beratung und Überwachung durch das Gesundheitsamt zu überprüfen.

Methode Mit einer standardisierten Checkliste wurden Prüfungen an Waschbecken, Duschen, Badewannen, Geburtswannen, Toiletten, Steckbeckenspülgerät, Ausgussbecken und Abläufe in Küchen systematisch dokumentiert. In einem Vorgespräch wurden neben regulären Abfragen an die Kliniken (Ausstattung mit Hygienefachpersonal, Screeningprocedere etc.) folgende Abwasserspezifische Inhalte abgefragt: Reinigungsintervalle, Reinigung bei speziellen Keim, Spülintervalle, Schmutzwasserentsorgung, wasserfreie Patientenpflege

etc. Die Angaben der Kliniken wurden per Checkliste dokumentiert und vor Ort überprüft. Im Anschluss erfolgte die deskriptive Auswertung Ergebnisse der mittels Excel-Dateien dokumentierten Checklisten.

Ergebnisse/Schlussfolgerung Es wurden in insgesamt 10 von 14 Kliniken bereits jeweils Bereich fachärztlich begangen. In keiner der Kliniken existierte ein Standard für die Ausstattung von Sanitärbereichen bei geplantem Umbau. In der Hälfte der Kliniken wurden Schulungen für Reinigungspersonal in Bezug auf Abwasserführende Systeme durchgeführt. In 3 Kliniken war die Reinigung von Siphons bzw. Wasserabläufen nicht im Reinigungsplan festgelegt. In 2 der 10 begangenen Kliniken waren bereits zumindest in einzelnen Bereichen Spülrandlose Toiletten installiert. Konzepte zur wasserfreien Patientenpflege existierten in 7 von Kliniken für Hochrisikobereiche.

Wesentliche Schlussfolgerungen sind:

- Die Baustandards der vergangenen Jahrzehnte entsprechen vielfach nicht den heutigen Anforderungen.
- Bei geplanten Bauvorhaben oder Renovierungsarbeiten sind Sanitärbereiche entsprechend der aktuellen Anforderungen auszustatten.
- Die Umsetzung wasserfreier Pflege mit dem Ziel der Schmutzwasservermeidung im Klinikbetrieb (z.B. in Risikobereichen) sollte neu diskutiert werden.

Interessenskonflikte Keine

Meningokokken-C-Cluster in Südbayern, 2019

Autor Böhm Stefanie

Institut Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Infektionsepidemiologie, Oberschleißheim, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745454

Von März bis August 2019 erkrankten im südlichen Landkreis (LK) Ebersberg 4 Personen an Meningokokken der Serogruppe C. Durch das NRZMHI wurden diese einem Cluster mit gleichem seltenen Feintyp (P1.5-1,10-1:F3-6) zugeordnet, eine klonale Identität wurde bestätigt. Die Erkrankungen verliefen schwer. Drei Fälle betrafen junge Erwachsene (18–21 Jahre). Ein Fall war eine bekannte Kontaktperson [1] (56 Jahre), die 2 Monate vor Symptombeginn eine postexpositionelle Prophylaxe (PEP), jedoch nicht die empfohlene Impfung erhalten hatte. Resistenzen gegen eingesetzte Antibiotika lagen nicht vor. Im September erkrankte ein weiterer Fall (13 Jahre) aus dem angrenzenden LK München, der molekulargenetisch dem Cluster zugeordnet wurde.

Trotz intensiver Ermittlungen konnte, bis auf oben genannte Kontaktperson, keine direkte Verbindung oder über Dritte zwischen den Fällen hergestellt werden.

Für die nach Auftreten des 4. Falls identifizierte Risikogruppe der 15–24-Jährigen im südlichen LK wird derzeit eine staatliche Impfkampagne am Gesundheitsamt Ebersberg organisiert, über die bisher (17.10.2019) 1.164 Personen geimpft wurden. Nach Auftreten des 5. Falls wurde zudem zur Überprüfung des Impfstatus der <18-Jährigen aufgerufen [2].

Die Identität der Krankheitsisolate wurde durch Genomsequenzierung zweifelsfrei belegt. Die fehlende epidemiologische Verbindung zwischen den Fällen weist auf eine Zirkulation des Erregers im Umfeld erkrankter Personen hin. Um weitere Erkrankungen durch Übertragungen besiedelter Personen zu verhindern wurde, angelehnt an Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) [1], in Abstimmung beteiligter Behörden eine erweiterte Impfempfehlung für die Bevölkerungsgruppe mit dem höchsten Erkrankungsrisiko ausgesprochen. Dies erfolgte unter Berücksichtigung der Schwere der Erkrankungen, der demografischen Verteilung der ersten 4 Fälle, der bekannten erhöhten Inzidenz bei Jugendlichen (15–19 Jahre) [3], der Verunsicherung der Bevölkerung und vorhandener Ressourcen.

Trotz der STIKO-Empfehlungen war keine erkrankte Person gegen Meningokokken-C geimpft. Das Geschehen unterstreicht die Wichtigkeit der Impfung enger Kontaktpersonen, für die trotz Erhalt einer PEP weiterhin ein erhöhtes Erkrankungsrisiko besteht [4, 5], als auch die Bedeutung ärztlicher Konsultationen zur Überprüfung und Nachholung von Impfungen. Vor dem Hintergrund

des in Studien beschriebenen nachlassenden Impfschutzes [6, 7] sollte zudem eine Boosterimpfung jugendlicher diskutiert werden.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte.

Literatur

[1] Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Stand: Juli 2006 Epidemiologisches Bulltin 2006; 30/2006(Nr. 30) 235–48

[2] LGL wirbt für Impfung gegen Meningokokken C – Impfschutz von Kindern und Jugendlichen überprüfen und gegebenenfalls nachholen! [press release]. Erlangen: LGL, 07.10.2019 2019

[3] Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) Begründung der STIKO-Empfehlungen zur Impfung gegen Pneumokokken und Meningokokken vom Juli 2006. Epidemiologisches Bulltin 2006; 31/2006(Nr. 31) 255–67

[4] Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) Empfehlung und Begründung einer postexpositionellen Meningokokken-Impfung. Epidemiologisches Bulltin 2009; 31/2009(Nr. 31) 314–7

[5] Hoek MR, Christensen H, Hellenbrand W, Stefanoff P, Howitz M, Stuart JM. Effectiveness of vaccinating household contacts in addition to chemoprophylaxis after a case of meningococcal disease: a systematic review. *Epidemiol Infect* 2008; 136 (11): 1441–7

[6] Khatami A, Peters A, Robinson H, Williams N, Thompson A, Findlow H et al. Maintenance of immune response throughout childhood following serogroup C meningococcal conjugate vaccination in early childhood. *Clin Vaccine Immunol* 2011; 18 (12): 2038–42

[7] de Voer RM, Mollema L, Schepp RM, de Greeff SC, van Gageldonk PG, de Melker HE et al. Immunity against *Neisseria meningitidis* serogroup C in the Dutch population before and after introduction of the meningococcal conjugate vaccine. *PLoS One* 2010; 5 (8): e12144

SARS-CoV-2 Ausbruchmanagement in Einrichtungen nach §§ 23,33, und 36 IfSG – Erfahrungen aus Frankfurt am Main

Autoren Steul Katrin¹, Heudorf Ursel², Voigt Kerstin¹, Lang Alexandra Sarah³, Müller Maria¹, Bauer Jana¹, Sauer Antje¹, Walczok Antoni⁴

Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Infektiologie und Hygiene, Frankfurt am Main, Germany; 2 ehemals Gesundheitsamt Frankfurt am

Main, ehemals Infektiologie und Hygiene, Frankfurt am Main, Germany;

3 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Medizinische Dienste und humanitäre Sprechstunden, Frankfurt am Main, Germany; 4 Gesundheitsamt

Frankfurt am Main, Amtsleitung, Frankfurt am Main, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745455

Hintergrund Durch die SARS-CoV-2-Pandemie mussten die Gesundheitsämter seit März 2020 nicht nur eine Vielzahl von Fällen bearbeiten. Es kam gleichzeitig zahlreichen meldepflichtigen Vorgängen in medizinischen und Gemeinschaftseinrichtungen (nach §§ 23, 33 und 36 IfSG). Für die enge Kommunikation mit diesen Einrichtungen und die Fall-Bewertung sowie die Festlegung geeigneter Maßnahmen bildete das Gesundheitsamt spezielle Teams zum Ausbruchmanagement. In dem Vortrag sollen die Erfahrungen im Hinblick auf evtl. weitere Pandemien vorgestellt und diskutiert werden.

Methode Es wurden vier Teams mit jeweils separate Erreichbarkeit für die jeweiligen Einrichtungen per (Mail-)Sammelpostfach gebildet: (1) Kliniken, (2) Altenpflegeheime, (3) soziale Einrichtungen sowie (4) Schulen und Kitas. Zu Beginn der Pandemie (bei bekannter Knappheit an Schutzmaterialien) erfolgte durch die Teams auch die Vergabe von Schutzmaterialien bei Bedarf.

Ergebnisse/Schlussfolgerung Die Bildung der Teams ermöglichte eine stets zeitgerechte Reaktion auf Anfragen und Meldungen und hat sich für die passgenaue Problembearbeitung gut bewährt.

In den Kliniken mit ca. 5.800 Betten waren die ständig wechselnden Regelungen der Absonderung die größte Herausforderung.

In den Altenpflegeheimen (APH) (ca. 4800 Plätze) infizierten sich von Okt. 2020 bis März 2021 insg. 1098 Heimbewohner, nach den Impfkampagnen dann von April bis Sept. 2021 noch 98 Bewohner. Maßnahmen für die Versorgung von

pflegebedürftigen Personen gestalteten sich bei teilweise nur begrenzten Ressourcen (Personal, Material, Räumlichkeiten) in den Heimen oft schwierig. In den Sozialen Einrichtungen (§ 36 außer APH) kam es bis Ende 2020 zu 96 Infektionsgeschehen und 41 Ausbrüchen mit 350 Infizierten (oft Unterkünfte für Geflüchtete). Hier galt es, jeweils individuelle Lösungen für die Absonderungen zu finden.

Im Schulen (ca. 39.000 Schüler und 5800 Lehrer) wurden bei umfangreichen Kontaktpersonenuntersuchungen im Schuljahr 2020/21 insg. 10 Erwachsene und 89 Kinder (0,7 % resp. 2,1 % der getesteten) positiv auf SARS-CoV-2 getestet. Größere Ausbrüche traten nicht auf. Die größte Aufgabe des Teams bestand in dem hohen Beratungsbedarf und der enormen medialen Auseinandersetzung bzgl. Kinder und COVID-19.

Erkenntnisse aus den umfangreichen Auswertungen der Vorgänge in diesen Bereichen wurden in mehreren Berichten zusammengefasst, als „lessons learned“ für evtl. erneute pandemische Lagen.

Interessenskonflikte Keine

Die STIKO in Zeiten der Pandemie

Autor Widders Gudrun

Institut Gesundheitsamt Berlin-Spandau, Amtsleiterin, Berlin, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745456

Die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut ist ein Expertengremium, zu dessen Grundsätzen das evidenzbasierte Arbeiten gehört. Ohne die erforderliche Datenlage können keine Beschlüsse gefasst und Impfeempfehlungen an die Bevölkerung und die Ärzteschaft gegeben werden.

In einer Pandemie aber sind zunächst noch viele Fragen unbeantwortet, so zu den Eigenschaften des Erregers wie Infektiosität und Pathogenität, zur Infektionsepidemiologischen Entwicklung, zu den Folgen der Erkrankungen, aber auch zu den Folgen der Maßnahmen des Infektionsschutzes. Für die Impfstoffe, die erst entwickelt, zugelassen und produziert werden mussten, gab es noch nicht genügend Erkenntnisse zur Impfeffektivität und zur Sicherheit – das zu Zeitpunkten, in denen Impfungen aber als wichtige Maßnahme der Pandemiebewältigung herbeigeseht wurden.

Ständig änderte sich die infektionsepidemiologische Situation mit erforderlichen Maßnahmen und entsprechendem Handlungsdruck für die Politik – und damit auch Erwartungen an die STIKO.

Um ihrem Auftrag gerecht werden und möglichst zeitnahe Empfehlungen geben zu können, gab die STIKO ihren bisherigen Arbeitsstil mit 3 Terminen im Jahr und den zusätzlichen Treffen der Arbeitsgruppen auf und traf sich per Videokonferenz fast in jeder Woche, per E-Mail ständig.

Der Vortrag berichtet über die Entstehung der ersten Empfehlungen zu Impfungen gegen Covid 19 und zeigt im Weiteren ihre dynamische Entwicklung über den Verlauf der Pandemie. Dabei wird auf einige Bevölkerungsgruppen besonders eingegangen wie alte, pflegebedürftige und chronisch kranke Menschen, medizinisches und Pflegepersonal, insbesondere aber auch auf die Kinder und Jugendlichen.

Mit sich ändernder Datenlage veränderten sich auch die Empfehlungen der STIKO. Welche Daten dabei von besonderer Bedeutung waren, ist Gegenstand des Vortrages.

Literatur Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) der Jahre 2020 und 2021

Interessenskonflikte Es besteht kein Interessenkonflikt.

Reserveantibiotika für den Einsatz bei Multiresistenten Erregern – Linezolid und Fosfomycin

Autoren Steul Katrin¹, Tessmann Rolf², Hollmann Klaus³, Weindel Martin⁴, Hunfeld Klaus-Peter⁵, Strommenger Birgit⁶, Heudorf Ursel⁷

Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Medizinische Dienste und humanitäre Sprechstunden, Frankfurt am Main, Germany; 2 Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt, Sonderaufgaben, Frankfurt am Main, Germany; 3 Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Arznei-, Heil- und

Hilfsmittel, Frankfurt am Main, Germany; 4 Laborarztpraxis Dres. med. Walther, Weindel und Kollegen, Labor, Frankfurt am Main, Germany; 5 Institut für Medizinische Mikrobiologie, Krankenhaus Nordwest, Institut für Medizinische Mikrobiologie, Frankfurt am Main, Germany; 6 Robert Koch-Institut, NRZ Staphylokokken, FG Nosokomiale Infektionserreger und Antibiotikaresistenzen, Wernigerode, Germany; 7 MRE-Netz Rhein-Main, MRE-Rhein-Main, Frankfurt am Main, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745457

Hintergrund Für die Behandlung von Infektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) stehen nur noch wenige Reserveantibiotika zur Verfügung. Bei schweren MRSA-Infektionen, insbesondere mit Beteiligung der Knochen, wirkt i.d.R. noch Linezolid, für die Kombinationsbehandlung schwerer Infektionen mit MRGN wird in der Intensivtherapie Fosfomycin benötigt. Fosfomycin wird in der S3-Leitlinie bei unkomplizierten Harnwegsinfektionen (HWI) empfohlen und in großem Umfang eingesetzt, sodass die Gefahr besteht, dass hierdurch Resistenzen entstehen.

Methoden Das MRE Netz Rhein-Main bat die Kliniken des Netzwerks um ihre Verbräuche von Fosfomycin und Linezolid für 2016-2018 und die KV Hessen um ihre Verordnungsdaten. Laboratorien wurden nach ihren Resistenzdaten gefragt.

Ergebnisse Der Verbrauch an Linezolid in den Kliniken (16 Kliniken mit über 1,5 Millionen Patiententagen jährlich) nahm von 2013 bis 2018 auf den Normalstationen (Intensivstationen in Klammern) von 0,3 auf 0,5 DDD/100PT (4,3 bis 2,5 DDD/100 PT), der von Fosfomycin von 0,1 auf 0,4 (0,6 auf 1,1) DDD/100PT zu. Im ambulanten Bereich stiegen die Verordnungen an Fosfomycin von ca. 600 im Jahr 2012 auf 133.361 im Jahr 2019, die von Linezolid blieben < 1000/Jahr. Die Resistenz gegen Fosfomycin blieb zwischen 2011 und 2020 für E coli und Citrobacter bei ca. 1 % und für Klebsiella spp. bei ca. 20 % konstant, sie nahm bei Enterobacter spp. von ca. 30 % auf ca. 50 % kontinuierlich zu.

Schlussfolgerung In den Kliniken nahm der Verbrauch an Fosfomycin und Linezolid in den letzten Jahren gering zu. In der ambulanten Medizin ist hingegen der Verbrauch an Fosfomycin extrem angestiegen. Bei ambulant aus Urinen diagnostiziertem Enterobacter spp. ist ein Anstieg an Fosfomycin-Resistenz erkennbar, nicht bei den anderen häufigen Erregern von Harnwegsinfektionen. Dennoch sollte der Einsatz von Fosfomycin ambulant zurückhaltender erfolgen, um die Wirksamkeit dieses Medikaments bei schweren Infektionen – auch mit MRE – zu erhalten. Bei nur gering steigendem Verbrauch an Linezolid sind auch die Linezolid-Resistenzen weitgehend konstant geblieben. Allerdings führte ein hoher Einsatz an Linezolid in einer Klinik dort zu einer Häufung mit Linezolid-restentem S. epidermidis – mit drei genetisch unterschiedlichen Clustern. Alle positiv getesteten Patienten hatten zuvor oder aktuell eine Therapie mit Linezolid erhalten. Hygienefehler wurden nicht festgestellt. Die Häufung konnte durch Verzicht auf Linezolid rasch beendet werden.

Interessenskonflikte keine

IfSG-CHECK-Studie: Wirkungsorientierte Weiterentwicklung des IfSG durch Gesundheitsämter als zuständige Exekutivbehörden

Autoren Oster Nadja¹, Häske David¹, Schäfer Peter², Joos Stefanie¹

Institute 1 Universitätsklinikum Tübingen, Zentrum für Öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung, Tübingen, Germany; 2 Stadt Mannheim, Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt, Mannheim, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745458

Hintergrund Zweck des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) ist nach §1 die Vorbeugung, frühzeitige Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten. Die Aufgaben der Erkennung von übertragbaren Krankheiten (Überwachung, 3. Abschnitt IfSG) sind in der Regel Maßnahmen bei abstrakten Gefahren, in denen primär keine Krankheitserreger aufgetreten sind. Die Verhinderung der Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten (Bekämpfung, 5. Abschnitt IfSG) ist immer unmittelbare Gefahrenabwehr, wenn

Krankheitserreger bereits aufgetreten sind. Verschiedene strukturelle Vorgaben sowie insbesondere die erheblichen gesetzlichen Verpflichtungen im Rahmen der Überwachung lassen den Gesundheitsämtern als Exekutivbehörden wenig Spielraum in der Priorisierung von Bekämpfungsmaßnahmen. Zudem werden Gesundheitsämter zu Gesetzesänderungen im Infektionsschutz nur selten angehört.

Ziele Ziele der Studie sind es, Erfahrungen und Meinungen der Gesundheitsämter zum 3. und 5. Abschnitt des IfSG zu erheben, zu bündeln und daraus konstruktive Verbesserungsvorschläge zum Infektionsschutzgesetz im Hinblick auf einen wirkungsorientierten Infektionsschutz abzuleiten und an die Landes- und Bundesebene zu vermitteln.

Methoden Das Vorgehen gliedert sich in drei Phasen. In Phase 1 erfolgt eine Fokusgruppendifkussion mit ausgewiesenen Expert:innen zum Infektionsschutz aus Gesundheitsämtern bezüglich Stärken und Schwächen des IfSG. Aus den hieraus gewonnenen Ergebnissen wird ein Fragebogen entwickelt, der in Phase 2 im Rahmen einer quantitativen Befragung an alle ca. 400 deutschen Gesundheitsamtsleitungen zur Weiterleitung an erfahrene Mitarbeiter:innen im Infektionsschutz versendet wird. In Phase 3 sollen die Ergebnisse aus Phase 1 und 2 mit Vertreter:innen des Infektionsschutzes der Bundes- und Landesebene im Rahmen strukturierter Gespräche diskutiert werden, um daraus Handlungsempfehlungen für die zukünftige Gestaltung der gesetzlichen Grundlagen zum Infektionsschutz abzuleiten.

Erwartete Ergebnisse Als Ergebnisse der Phase 1 und 2 werden Kritikpunkte und Alternativvorschläge zu den rechtlichen Grundlagen zum Infektionsschutz als Empfehlungen an die Bundes- und Landesebene zusammengefasst. Die Resultate der Fokusgruppendifkussionen mit Landes- und Bundesbehörden zu den Vorschlägen der Gesundheitsämter sollen idealerweise zu einem partizipativeren Vorgehen im Rahmen der Gesetzgebung im Infektionsschutz führen.

Interessenskonflikte Es besteht kein Interessenskonflikt.

Einrichtung, Durchführung und Auswertung strukturierter infektionshygienischer Begehungen der SARS-CoV-2 Teststellen im Stadtgebiet Köln

Autoren Ackermann Annemarie, Römer Katja, Weihrauch Dennis, Hurraß Julia
Institut Gesundheitsamt Stadt Köln, Infektions- und Umwelthygiene;
Sachgebiet Hygiene in Gesundheitseinrichtungen, Köln, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745459

Die SARS-CoV-2 Pandemie stellt die Welt vor eine Vielzahl von Herausforderungen. Das Leben mit der Pandemie bedeutet für viele Menschen weltweit eine Beschränkung in ihren persönlichen Freiheiten und Rechten. Da dies vor allem bei andauernden Maßnahmen auch auf die Gesundheit der Bevölkerung deutliche Auswirkungen haben kann, bestehen große Bemühungen, den Eingriff auf das Leben der Menschen auf das Nötigste zu beschränken. Eine der dazu entwickelten Strategien ist die „Öffnung durch Testung“. Hierzu wurden der Aufbau von Teststellen gefördert und die Aufhebung von Einschränkungen z.B. bei Freizeitaktivitäten in Verbindung mit vorheriger Testung ermöglicht.

Im Frühjahr 2021 wurde hierzu durch die Testverordnung des Bundes und die zugehörigen Verordnungen auf Landesebene eine gesetzliche Grundlage geschaffen. Als Reaktion auf diese Vorgaben wurden in ganz Köln Teststellen eröffnet, welche einer hygienischen Überwachungspflicht durch die Gesundheitsämter unterliegen. Um diesem Überwachungsauftrag nachzukommen, wurden alle Teststellen im Stadtgebiet Köln (ausgenommen Apotheken und kassenärztliche Arztpraxen) begangen. Schnell stellte sich heraus, dass sich der hierfür benötigte Personalbedarf nicht mit der personellen Ausstattung des zuständigen Sachgebietes deckte. Es wurde deshalb eine strukturierte Begehungscheckliste entworfen, um mit nur kurz angerentem zusätzlichen Personal die Hygienekontrollen der über 300 Testzentren, die teilweise auch mehrfach begangen werden mussten, zu ermöglichen.

Anhand dieser Checkliste, welche im Laufe der Begehungen stetig aktualisiert und ergänzt wurde, haben wir für 115 Begehungen eine Auswertung der relevanten und häufig festgestellten Mängel vorgenommen. Neben den infek-

tionshygienischen Aspekten lag dabei ein Augenmerk auf der Qualität der durchgeführten Antigen-Schnelltestungen durch die Teststellen. Da bei positiven Antigen-Testergebnissen ein Anspruch auf einen PCR-Bestätigungstest besteht und dieser im Falle eines negativen Ergebnisses im Allgemeinen zur Aufhebung der Quarantäne an das Gesundheitsamt gemeldet wird, konnten wir darüber auffällige Häufungen von wahrscheinlich falsch positiven Testergebnissen einzelnen Teststellen zuordnen.

Insgesamt zeigte sich in dieser Auswertung, dass bei ungefähr 30% der Erstbegehungen eine sofortige Schließung der Teststellen aufgrund von gravierenden hygienischen Mängeln erforderlich war. Nur bei etwa 15% der Begehungen wurden keine oder weniger relevante Mängel festgestellt.

Interessenskonflikte keine Interessenskonflikte

Medienbruchfreie Bearbeitung von SARS-CoV2-Meldungen im Gesundheitsamt Bodenseekreis

Autoren Henle Lea¹, Geiger Dario², Kastl Bianca³, Hügler Heike¹, Wilske Johannes¹, Meyer-Spasche Alert¹, Markus Döhler², Schäfer Oliver¹

Institute 1 Landratsamt Bodenseekreis, Gesundheitsamt, Friedrichshafen, Germany; 2 Landratsamt Bodenseekreis, Hauptamt, Friedrichshafen, Germany; 3 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Digitalisierung, Frankfurt, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745460

Hintergrund Die erste Welle der SARS-CoV2-Pandemie hat deutlich gemacht, dass ein schnelles effizientes und qualitativ hochwertiges Containment und die schnelle Abwicklung des anschließenden Verwaltungsprozesses einer der Schlüssel zur Bewältigung der Pandemie ist. Hier hat sich gezeigt, dass dies weder händisch und mit Papierakten noch mit bereits bekannten Medien wie Excel machbar ist.

Deshalb hat sich der Krisenstab des Landkreis Bodenseekreis nach der ersten Welle dazu entschlossen, dass das komplette Containment digital unter der Berücksichtigung der Datenschutzvorgaben ablaufen muss. Jedoch stand zu diesem Zeitpunkt kein digitales Programm zur Verfügung, dass den Bedürfnissen des Bodenseekreises entsprochen hat.

Vorgehen In einem agilen Prozess wurde in Kooperation mit einem externen IT-Unternehmen ein Programm entwickelt.

Zu Beginn wurde für den arbeitsintensiven Prozess der Erfassung der Kontaktpersonendaten ein datenschutzkonformes Eingabeformular geschaffen, mit dem erkrankte Personen selbständig ihre Daten an das Gesundheitsamt übermitteln können.

Im weiteren Verlauf wurde deutlich, dass zusätzlich zur Fall- und Kontaktpersonenermittlung weitere externe Akteure angebunden werden müssen. Dabei war vor allem ein nahtloser Anschluss des Verwaltungsprozesses an den Ermittlungsprozess entscheidend. Dazu wurden auch die Ortspolizeibehörden in den Kommunikationsprozess der Software mit eingebunden.

Das Programm wurde so entwickelt, dass die Arbeitsabläufe programmtechnisch optimal unterstützt werden. Darüber hinaus wurden zur technischen Anbindung von Survnet und RescueTrack entsprechende Schnittstellen geschaffen. Für alle Akteure wurde ein medienbruchfreies Arbeiten über ein System ermöglicht. Doppelte Dateneingaben in verschiedenen Systemen wurden überflüssig.

Eine große Herausforderung im Entwicklungsprozess war zudem die ständige Anpassung des Programms an sich verändernde Corona-Verordnungen und Empfehlungen des RKI. Dies war nur durch ein konsequentes agiles Vorgehen mit Hinblick auf die größten Optimierungspotenziale zur jeweiligen Situation möglich.

Eine im weiteren Verlauf erfolgte Anbindung an ein elektronisches Aktenverwaltungsprogramm ermöglichte zudem frühzeitig ein verteiltes, dezentrales Arbeiten. Hierdurch wurde die Unterstützung durch andere Fachämter und die Arbeit aus dem Home-Office deutlich erleichtert.

Interessenskonflikte B. Kastl war bis Ende September 2021 Mitarbeiterin der eingebundenen IT-Firma und federführend bei der Entwicklung und Umsetzung des Kontaktpersonenmanagementprogramms beteiligt.

Infektionsschutz.Neu.Gestalten (I.N.Ge) – ein Verbundprojekt zur Vernetzung von ÖGD und Wissenschaft

Autoren Häske David¹, Oechsle Anja¹, Piontkowski Emily¹, Brockmann Stefan², Joggerst Brigitte³, Schäfer Peter⁴, Wolfers Kersten⁵, Roller Gottfried⁶, Rieger Monika A.⁷, Joos Stefanie⁸

Institute 1 Universitätsklinikum Tübingen, Zentrum für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung, Tübingen, Germany; 2 Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Gesundheitsschutz und Epidemiologie, Stuttgart, Germany; 3 Landratsamt Enzkreis, Gesundheitsamt Pforzheim/Enzkreis, Pforzheim, Germany; 4 Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt, Stadt Mannheim, Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt, Stadt Mannheim, Mannheim, Germany; 5 Landkreis Reutlingen, Kreisgesundheitsamt Reutlingen, Reutlingen, Germany; 6 Regierungspräsidium Stuttgart, Landesgesundheitsamt (LGA) Baden-Württemberg, Stuttgart, Germany; 7 Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Tübingen, Germany; 8 Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Tübingen, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745461

Hintergrund Die COVID-19 Pandemie hat gezeigt, welchen zentralen Stellenwert der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) in der Gesellschaft einnimmt. Es wird deutlich, dass Strukturen und Prozesse des ÖGDs nachhaltig optimiert und ausgebaut werden müssen. Es fehlt neben personellen Ressourcen an wissenschaftlicher Methodenkompetenz und davon ausgehend an innovativen evidenzbasierten Maßnahmen.

Das Verbundprojekt I.N.Ge, welches aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird, hat zum Ziel, die Vernetzung und Kooperation zwischen Wissenschaft und dem ÖGD zu fördern und nachhaltig zu etablieren.

Methodik Um das Ziel, Wissenschaft und Praxis partizipativ und auf Augenhöhe zu verknüpfen, umzusetzen, wurde die Methodik der transdisziplinären, transformativen Reallabore gewählt.

Die beteiligten Gesundheitsämter (Gesundheitsämter Reutlingen, Enzkreis, Mannheim sowie das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg) und das Zentrum für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung Tübingen (ZÖGV) sind Verbundpartner und entwickeln gemeinsam vier Reallabore zu den Themenschwerpunkten: Digitalisierung, Risikokommunikation, Qualitätssicherung und Gruppen mit besonderen Bedarfen bzw. Settings. Die Verbundpartner identifizieren für diese Bereiche geeignete Forschungsfragen und die Gesundheitsämter führen dazu Realexperimente vor Ort durch. Diese Realexperimente werden seitens des ZÖGV mit geeigneten qualitativ-quantitativen Methoden evaluiert. Durch eine übergeordnete Reallaborplattform werden alle Aktivitäten gebündelt, um den kontinuierlichen inhaltlich-methodischen Austausch aller Verbundpartner sowie den wissenschaftlichen Transfer sicherzustellen. Parallel wird der Bedarf an wissenschaftlichen Methodenkompetenzen im ÖGD evaluiert und entsprechende Methodentrainings konzipiert und in Form von E-Learning oder Blended Learning Fortbildungsformaten Interessierten aus dem wissenschaftlichen Bereich und dem ÖGD gemeinsam angeboten.

Ziele Abgeleitet aus den Erkenntnissen der Reallabore und des Gesamtprojektes werden Handlungsempfehlungen formuliert, die sowohl auf politischer als auch operativen Ebene zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung des ÖGD in den vier Themenschwerpunkten führen sowie gestützt durch das ergänzende bedarfsadaptierte Fortbildungsprogramm die Wissenschaftlichkeit im ÖGD stärken. Die Erkenntnisse der Realexperimente werden im Anschluss anderen Gesundheitsämtern zur Verfügung gestellt.

Interessenskonflikte Das Projekt wird gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit.

Who let the dogs in? – Tiere in medizinischen Einrichtungen

Autoren Wolken Sonja¹, Dreesman Johannes², Henke-Gendo Cornelia³

Institute 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Krankenhaushygiene, Hannover, Germany; 2 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Abteilung 2, Hannover, Germany; 3 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Hannover und Deutsches Beratungszentrum für Hygiene, Krankenhaushygiene, Freiburg, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745462

Hintergrund Die positiven Auswirkungen eines Kontakts zu Tieren scheinen inzwischen weitläufig anerkannt, und Angebote im Bereich tiergestützter Therapien und anderer tiergestützter Interventionen nehmen kontinuierlich zu. Auch als Unterstützer für Menschen mit besonderen Bedürfnissen gewinnen Hunde zunehmend an Bedeutung, und folgerichtig wurden mit dem 2021 verabschiedeten Teilhabestärkungsgesetz die Rechte behinderter Menschen in Begleitung von Assistenzhunden in der Öffentlichkeit gestärkt.

Methodik In einem vom BMBF geförderten ÖGD-Projekt wird der Einsatz von Tieren in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken und in Alten- und Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen untersucht und ein mögliches Zoonoserisiko evaluiert. Da aufgrund der Corona-Pandemie und der damit einhergehenden Belastung eine direkte Befragung der Einrichtungen ungünstig erschien, erfolgte die Datenerhebung mittels einer Onlineumfrage unter tiergestützt arbeitenden Personen. Diese wurden in einer Internetrecherche ermittelt und per E-Mail zur Teilnahme eingeladen. Der Fragenkatalog umfasste Daten zur Qualifikation von Tier und Halter, zur Art und Durchführung der tiergestützten Arbeit, zu den besuchten Einrichtungen, eingesetzten Tierarten und zur Gesundheitsüberwachung der Tiere. Weiterhin wurde erfragt, welche Hygienemaßnahmen ergriffen werden, um die Klienten und das Tier vor zoonotisch übertragbaren Erregern zu schützen, und wie sich die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen in Bezug auf die Umsetzung dieser Hygienemaßnahmen gestaltet.

Ergebnis und Schlussfolgerung Rund 20% der eingeladenen Anbieter nahmen an der Studie teil. Zum größten Teil wurden Hunde eingesetzt und das erreichte Studienkollektiv führte die Tätigkeit in der Regel beruflich aus. Ein Einsatz in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen wurde nur selten berichtet. Der Umgang mit Therapiehunden spiegelt in Teilen eine „normale“ Hundehaltung wider und geht nicht auf die Besonderheiten eines Einsatzes in medizinische Einrichtungen ein. Verbesserungsbedarf zeigte sich bei der strukturierten tierärztlichen Überwachung der Tiere.

Ausblick Die Studienergebnisse sollen in eine Handlungsempfehlung einfließen, die sowohl als Hilfestellung für Anbieter und Einrichtungen, als auch für die infektiologisch-hygienische Überwachung durch den ÖGD gedacht ist. Sie soll für hygienisch kritische Bereiche sensibilisieren, aber auch Möglichkeiten eines Einsatzes von Tieren in medizinischen Einrichtungen aufzeigen.

Interessenskonflikte Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenskonflikte haben.

Das Projekt wird vom BMBF unter dem Kennzeichen 01K11814 gefördert.

„Interventionsteam ambulante, stationäre Pflege- und Behinderteneinrichtungen“ des Gesundheitsamtes der Stadt Köln während der SARS-CoV-2-Pandemie

Autoren Golmohammadi Roshanak, Cabaleiro Maria Canosa, Dommnich Joanna, Kelzenberg Nadine, Kretschmer Andreas, Osagie-Paech Iris Riwa, Thelen Finn, Wagner Pia, Winkelmann Jasmin, Lechleuthner Alex, Wiesmüller Gerhard A., Hurraß Julia

Institut Gesundheitsamt Stadt Köln, Infektions- und Umwelthygiene, Köln, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745463

Das Gesundheitsamt der Stadt Köln verzeichnete seit dem 17.03.2020 bis heute (Stand 31.10.2021) 4598 Covid-19-Fälle in Pflegeheimen. Da die Bewohnerinnen und Bewohner von Langzeitpflegeeinrichtungen zu den Risikogruppen für einen schweren Verlauf von Covid-19 gehören, stellten sich hier das Ausbruchmanagement und die Prävention als erhebliche Herausforderung dar. Doch wie ist es möglich, gezielt diesen vulnerablen Personenkreis vor Ausbrüchen zu schützen?

Um eine engmaschige Begleitung und Unterstützung der Pflegeeinrichtungen gewährleisten zu können, wurde in einer Kooperation mit der Feuerwehr ein eigenes Team etabliert. Das Ziel dieses Teams war und ist es, die Einrichtungen bei der Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen zu unterstützen, Ausbrüche einzugrenzen und die Mitarbeitenden durch gezielte Hygieneschulungen konkret auf einen Einsatz in betroffenen Bereichen vorzubereiten.

Bis heute ist es so, dass das Team unmittelbar nach Eingang von positiven Befunden Kontakt mit den Einrichtungen aufnimmt, um Kontaktpersonen zu ermitteln, anlassbezogene Testungen in den Einrichtungen zu organisieren und die wichtigsten Maßnahmen zur sofortigen Umsetzung zu erläutern. Alle Fälle, Infektionsketten und Verläufe werden seitdem für die einzelnen Einrichtungen dokumentiert.

Zur Durchführung der Begehungen, die bei allen Ausbruchsgeschehen regelmäßig erfolgen, entwickelte das Team standardisierte Bögen und Checklisten für die verschiedenen Einrichtungstypen und hält diese laufend auf dem Stand der aktuellen Rechtsgrundlagen und der RKI-Empfehlungen.

So konnten während der gesamten Pandemie Einblicke in die tatsächlich gelebten Verfahren und Arbeitsweisen erlangt werden, mögliche Fehlerquellen identifiziert und damit konkret auf die Einrichtung bezogene Empfehlungen ausgesprochen werden. Da die Bedingungen und Gegebenheiten in den betreuten Einrichtungen sehr unterschiedlich sind, wären pauschale Empfehlungen nicht hilfreich gewesen. Nur durch die enge Begleitung der Einrichtungen und die vielen Einblicke vor Ort ist es uns in Köln gelungen, möglichst angemessene, umsetzbare und für den Einzelfall zielführende Maßnahmen zu empfehlen. Ganz entscheidend ist dabei auch, dass wir immer versucht haben, mit den Einrichtungen vertrauensvoll zusammenzuarbeiten, so dass der Aspekt der „Überwachungsbehörde“ in den Hintergrund getreten ist.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte.

Management eines Covid-19-Ausbruchs mit bundesweiter Bedeutung auf einer Großbaustelle in Frankfurt am Main – Exemplarische Analyse für ein Problemfeld der Pandemie -

Autoren Schork Joscha¹, Haller Jonas², Götsch Udo²

Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Infektiologie und Hygiene, Frankfurt am Main, Germany; 2 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Infektiologie, Frankfurt, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745464

Die Covid-19-Pandemie war neben den durch das IfSG erfassten Bereichen wie Altenpflegeheime, Geflüchtetenunterkünfte, Wohnungslosenunterkünfte und Schulen/Kitas eine Herausforderung. Daneben traten jedoch deutschlandweit auch größere Ausbrüche in bestimmten Wirtschaftsbranchen im Zusammenhang mit prekären Beschäftigungsbedingungen auf. Neben den breit in den Medien berichteten Fälle in großen Schlachtbetrieben oder Landwirtschaftsbetrieben, waren das in Frankfurt am Main auch immer wieder verschiedene Ausbrüche auf Baustellen jeder Größe.

Die Begebenheiten der Baubranche begünstigen die schnelle Ausbreitung leicht übertragbarer-respiratorischer Erreger wie SARS-CoV-2 besonders, da es eine hohe Anzahl und Fluktuation an Arbeitskräften gibt, die nicht selten in großen Gruppen anreisen, oft auch aus dem Ausland. Die schwierigen Arbeitsbedingungen und temporären, oft prekären, Wohnbedingungen und der gemeinsame Transport in Gruppen sowie häufig mangelnde hygienische und gesundheitliche Aufklärung sowie sprachliche Verständigungsprobleme sind dabei begünstigende Faktoren für eine Verbreitung von SARS-CoV-2.

Anhand eines größeren Ausbruchs im Februar 2021 auf zusammenhängenden Frankfurter Großbaustellen wird exemplarisch das komplexe Management eines solchen Ausbruchs mit Kontaktieren von > 20 Unternehmen und Subunternehmen in ganz Deutschland deutlich. In dieser Phase der Pandemie nahmen Infektionen mit der Virusvariante B.1.1.7 ("Alpha") stark zu, jedoch war sie zu diesem Zeitpunkt noch nicht die dominierende Variante. Anhand der epidemiologischen Analyse und Mutations-PCR sowie Vollgenomsequenzierung aus verschiedenen Bereichen des Ausbruchs wurde versucht möglichst viel Evidenz für eine gemeinsame Infektionsquelle bzw. Infektionskette im Umfeld der Baustelle zu finden. Die Infektionen verteilten sich über verschiedene Gewerke bis hin zur Bauleitung. Im Gesundheitsamt Frankfurt arbeitete ein Team von ca. 20 Fallbearbeitern am verzweigten Ausbruch mit ca. 50 Infizierten in ganz Deutschland und darüber hinaus. Es wurden über 300 Personen per PCR getestet und Quarantänempfehlungen an Gesundheitsämter in Hessen und mehreren anderen Bundesländer verschickt.

Interessenskonflikte keine

Der Neuköllner Pandemiestab: Evolution einer kommunalen Stabsorganisation in der Pandemie

Autoren Savaskan Nicolai, Lorz Marie-Christin, Campolat Cem
Institut Gesundheitsamt Neukölln von Berlin, Gesundheitsamt, Berlin, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745465

Das neuartige Virus SARS-CoV-2 ist seit Beginn 2020 Ursache einer gesellschaftskritischen Infektionskrankheit von nationaler Tragweite. Die Arbeit deutscher Gesundheitsämter ist seitdem vom Pandemiegeschehen dominiert. Dabei zeigt sich, dass die Gesundheitsämter eine tragende Säule in der Eindämmung des Virus und Protektion der vulnerablen Bevölkerungsgruppen sind. Die vielfältigen Aufgaben und Prozesse, wie die Nachverfolgung von Fällen und Kontakten, Betreuung von Quarantänisierten, das Monitoring von Infektionsclustern und die Bürgerkommunikation haben während der Pandemie zu einer hohen Arbeitslast geführt. Digitale Anwendungen sind wesentliche Werkzeuge zur Unterstützung der Gesundheitsämter. Die grossen Herausforderungen stellen jedoch der interoperable Datenaustausch zwischenbehördlich, zwischen Behörden und BürgerInnen sowie die Anpassungen vom Fallmanagement, Arbeitsprozessen und Organisationsstrukturen innerhalb der Stäbe und Unterstäbe dar.

Hier stellen wir die Entwicklung und Evolution des Neuköllner Pandemiestabs vor. Wir zeigen auf, wie die digitale Nutzung konsequent vorangetrieben und ein interoperabler Datenaustausch zwischen digitalen Anwendungen und Behörden implementiert wurde. Wir stellen die Chronologie der über 54 Verordnungen zum Eindämmungs- und Infektionsschutz vor und analysieren den Impact der Verordnungen auf die Organisation des Pandemiestabes. Zudem berücksichtigen wir Clustergeschehen und Inzidenzentwicklungen in unserer Analyse.

Neukölln nimmt in allen vier Infektionswellen den bundesdeutschen Trend zeitlich vorweg. Wir haben die Organisationsstruktur des Pandemiestabs kontinuierlich an die Lage angepasst und dabei die Parameter bezüglich des personellen Schlüssels, der prozessualen Algorithmen, der Umsetzung von Landesverordnungen, der Anpassung der Kontaktnachverfolgung und des Bürgermanagements analysiert. In diesem Papier diskutieren wir den Impact der Massnahmen und die Fallzahlentwicklung unter der Perspektive der Organisationseinheit einer durchschnittlich-vergleichbaren kommunalen Behörde. Wir geben einen Ausblick auf die generische Planung von technischen und organisatorischen Strukturen für Pandemiestäbe in gesundheitlichen Gefahrenlagen und diskutieren die anstehenden digitalen Reformen kommunaler Gesundheitsämter.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte.

Was bringt das TBENAGER-Projekt für den ÖGD?

Autoren Oehme Rainer¹, Dobler Gerhard²

Institute 1 Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Referat Hygiene und Infektionsschutz, Stuttgart, Germany; 2 Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr, Neu auftretende Infektionskrankheiten, München, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1746407

Das Projekt „TBENAGER“ wurde 2017 als Konsortialprojekt im Rahmen des Zoonose-Forschungsprogramms des BMBF ins Leben gerufen. Ziel dieses Projekts ist es neue Daten zur FSME, der Übertragung des FSME-Virus in der Natur und der Pathogenese und Immunologie zu erheben, die ein besseres Verständnis und damit verbesserte Möglichkeiten der Surveillance, Prophylaxe und ggf. Bekämpfungsmaßnahmen in der Natur erlauben. Insgesamt waren neun Partner des ÖGD, der Bundes-Resort-Forschungseinrichtungen und Universitäten beteiligt und mehrere Landesgesundheitsämter assoziiert.

Die insbesondere vom RKI erhobenen epidemiologischen und klinischen Daten von Patienten zeigen die FSME in einem neuen Licht. Es handelt sich insgesamt um eine deutlich schwerere Erkrankung als bisher angenommen. Auch die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen scheint deutlich schwerer zu erkranken als bisher angenommen.

Ein Schwerpunkt des Projekts liegt auf einem besseren Verständnis der Öko-Epidemiologie der Erkrankung und ihres Erregers. Die genaueren Kenntnisse der Ausdehnung und Struktur von Übertragungsarealen und deren Dichte erlaubt den Einrichtungen des ÖGD eine sehr viel genauere Risikoeinschätzung und damit auch eine bessere Grundlage für gezielte Beratung zur Prophylaxe und Prävention. Epizootologische Untersuchungen an Wildtieren führen zum Nachweis einer FSME-Virus-Zirkulation in Regionen, in denen bisher die FSME beim Menschen nur sporadisch oder gar nicht aufgetreten ist. Diese Untersuchungen können zukünftige Übertragungsareale und -Expositionen aufzeigen und zu präventiven Maßnahmen führen, bevor Erkrankungsfälle beim Menschen auftreten. Zusätzlich können die Untersuchungen beitragen, z.B. bei der Auswahl von Arealen für Waldkindergärten oder Kinderspielplätze zu helfen. Die Untersuchungen können u.a. bei der Aufklärung von Impfvorsagern helfen, da hierfür auch die lokal zirkulierenden FSME-Virusstämme relevant sind. Die pathogenetische Charakterisierung der zirkulierenden FSME-Virusstämme helfen ebenfalls bei der Einschätzung eines Infektionsrisikos und des zu erwartenden Manifestationsindex schwerer Erkrankungen.

Das TBENAGER-Projekt ist damit ein sehr gutes Beispiel, dass für Zoonosen nur die Gesamtschau im Rahmen eines „One Health“-Ansatzes die Informationen für ein Verständnis der an der Übertragung beteiligten Faktoren liefern kann als Grundlage für ÖGD-Beratungen und Entscheidungen.

Interessenskonflikte: -

Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Vorträge

Von der Corona-Pandemie zur Adipositas-Pandemie: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung der Region Hannover

Autoren Bantel Susanne, Wünsch Andrea

Institut Region Hannover, Fachbereich Jugend, Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Hannover, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745466

Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass die COVID-19-Pandemie und die einhergehenden Kontaktbeschränkungen negative Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat. Das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin im Fachbereich Jugend der Region Hannover hat den gesetzlichen

Auftrag in allen 21 Städten und Gemeinden der Region Hannover die Schuleingangsuntersuchungen durchzuführen. Durch diese jährliche Vollerhebung zum Gesundheits- und Entwicklungsstand einer ganzen Alterskohorte können erforderliche Handlungsbedarfe erkannt und entsprechende Präventionsmaßnahmen entwickelt werden.

Die Daten des Einschulungsjahrgangs 2021/22 (n = 11.326) werden mit dem Jahrgang vor der Corona-Pandemie (n = 10.925) verglichen. Anhand multivariater Analysen werden mögliche Zusammenhänge bestimmter Faktoren mit der Entwicklung von Übergewicht und Adipositas errechnet. Die Auswertungen zeigen eine signifikante Zunahme von Übergewicht und Adipositas von 10,4% auf 14,4%. Neben einem geringen elterlichen Haushaltbildungsindex bzw. Bildungsgrad (OR 2,4; 95 %-KI 2,0-2,8) ist ein hoher Medienkonsum von täglichen mehr als zwei Stunden (OR 2,1; 95 %-KI 1,6-2,9) mit Übergewicht und Adipositas assoziiert. Weitere Analysen zeigen, dass insbesondere bei übergewichtigen Kindern der Medienkonsum seit der Corona-Pandemie zugenommen hat (von 7,9% auf 11,7%). Ferner wird deutlich, dass in allen Bildungsschichten der Anteil der Kinder mit Übergewicht und Adipositas angestiegen ist, jedoch insbesondere bei Kindern aus Familien mit geringem Haushaltbildungsindex (von 15,4% auf 22,2%). Zudem haben Kinder aus alleinerziehenden Haushalten ein erhöhtes Risiko Übergewicht zu entwickeln (OR 1,3; 95 %-KI 1,2- 1,5).

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass von der Pandemie vor allem sozial benachteiligte Kinder und ihre Familien betroffen sind und damit soziale Ungleichheiten verstärkt wurden. Dies unterstreicht die sozialkompensatorische Bedeutung der Schuleingangsuntersuchung. Als erforderliche Maßnahme, der pandemiebedingten Entwicklung entgegenzusteuern, hat das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin 2022 ein Adipositasprojekt im Setting Schule und Kita mit den Bausteinen der Ernährungsberatung und Bewegungsförderung initiiert. Der interdisziplinäre Aufbau des Projektes und dessen Vernetzung mit den einzelnen Angeboten des Fachbereichs Jugend und der Frühen Hilfen werden aufgezeigt.

Literatur Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M, Devine J, Schlack R, Otto C (2021): Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*. DOI: 10.1007/s00787-021-01726-5, published online 25.01.2021

Schlack R, Neuperdt L, Hölling H et al. (2020): Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der Eindämmungsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Journal of Health Monitoring* 5 (4). Robert-Koch-Institut, Berlin

Lee J (2020): Mental Health effects of school closures during COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health* 4 (6): 421

Reichert J, Berner R (2021): Medizinreport. Kinder in der COVID-Krise. Familiär verinselt im Lockdown. *Deutsches Ärzteblatt* 118 (8), 26.02.2021

Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C et al. (2020): Psychische Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSYP-Studie. *Deutsches Ärzteblatt* 117 (48): 828–829. DOI: 10.3238/ arztebl.2020.0828

DAK-Gesundheit (2020): Mediensucht 2020 – Gaming and Social Media in Zeiten von Corona. Ergebnisse einer Eltern-Kind-Befragung mit forsa.omninet. Berlin, Hamburg

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenkonflikte

Familienpsychiatrie im Öffentlichen Gesundheitsdienst Teil I

Autoren Stoltze Kathrin, Kasner Anke

Institut Gesundheits- und Veterinäramt Magdeburg, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst/Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Magdeburg, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745467

Im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Gesundheits- und Veterinärarmtes der Landeshauptstadt Magdeburg sehen wir uns als Teil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einer systemübergreifenden Denkweise verpflichtet, um

bedarfsgerecht, systemisch-sozialpsychiatrisch und familienorientiert zur gemeindenahen Versorgung der Hilfe suchenden Familien beizutragen. Über viele Jahre entwickelte unser Fachdienst immer wieder neue oder erweiterte Interventionsmöglichkeiten, die Familien in ihrer ganzen Vielfalt sowie in einer generationenübergreifenden Sichtweise in den Mittelpunkt des Beratungsprozesses stellen. Ziel war und ist es immer, auch unter schwierigen, herausfordernden Bedingungen eigener Lebenswirklichkeiten und Beeinträchtigungen, gemeinsam zu erarbeiten, wie Entwicklungsräume erweitert oder gar neu eröffnet werden könnten, damit Familienleben und gesundes Aufwachsen etwas besser gelingt. Häufig entstehen dabei weitere innovative Interventionsideen oder sogar größere Projekte, so dass sich unser Angebotsspektrum in punkto Vielfalt und Aktualität eher als dynamisches System darstellt. Dies möchten wir Ihnen anhand unserer aktuellen Vorhaben zeigen. Wir möchten Sie miterleben lassen, wie ein familienpsychiatrisches Gruppenangebot („Familienpsychiatrie-Gruppe“) abteilungsübergreifend entstanden ist und hierbei z. B. die Überlegung eines „Systemischen Postamtes“ auftauchte. Des Weiteren wurde die Idee einer sozialpsychiatrisch-sozialpädagogischen Intervention „Familie intensiv!“ entwickelt. Aus dem Mitwirken des KJPD im Kinderschutz konnte wiederum ein System-übergreifendes Projekt für die ganze Stadt („Otto fragt seine Kinder...“) auf einen spannenden Weg gebracht werden. Wir werden in zwei aufeinander folgenden kurzen Vorträgen diese praxisorientierten Versorgungsmöglichkeiten vorstellen, aber auch darlegen, welche Anforderungen hinsichtlich einer komplexen Betrachtung, Vernetzung mit anderen Systemen und wertschätzender Kommunikation zu stellen sind.

Interessenskonflikte keine

Familienpsychiatrie im Öffentlichen Gesundheitsdienst Teil II

Autoren Kasner Anke, Stoltze Kathrin

Institut Gesundheits- und Veterinärämter Magdeburg, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst/Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Magdeburg, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745468

Im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Gesundheits- und Veterinärämtes der Landeshauptstadt Magdeburg sehen wir uns als Teil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einer systemübergreifenden Denkweise verpflichtet, um bedarfsgerecht, systemisch-sozialpsychiatrisch und familienorientiert zur gemeindenahen Versorgung der Hilfe suchenden Familien beizutragen. Über viele Jahre entwickelte unser Fachdienst immer wieder neue oder erweiterte Interventionsmöglichkeiten, die Familien in ihrer ganzen Vielfalt sowie in einer generationenübergreifenden Sichtweise in den Mittelpunkt des Beratungsprozesses stellen. Ziel war und ist es immer, auch unter schwierigen, herausfordernden Bedingungen eigener Lebenswirklichkeiten und Beeinträchtigungen, gemeinsam zu erarbeiten, wie Entwicklungsräume erweitert oder gar neu eröffnet werden könnten, damit Familienleben und gesundes Aufwachsen etwas besser gelingt. Häufig entstehen dabei weitere innovative Interventionsideen oder sogar größere Projekte, so dass sich unser Angebotsspektrum in punkto Vielfalt und Aktualität eher als dynamisches System darstellt. Dies möchten wir Ihnen anhand unserer aktuellen Vorhaben zeigen. Wir möchten Sie miterleben lassen, wie ein familienpsychiatrisches Gruppenangebot („Familienpsychiatrie-Gruppe“) abteilungsübergreifend entstanden ist und hierbei z. B. die Überlegung eines „Systemischen Postamtes“ auftauchte. Des Weiteren wurde die Idee einer sozialpsychiatrisch-sozialpädagogischen Intervention „Familie intensiv!“ entwickelt. Aus dem Mitwirken des KJPD im Kinderschutz konnte wiederum ein System-übergreifendes Projekt für die ganze Stadt („Otto fragt seine Kinder...“) auf einen spannenden Weg gebracht werden. Wir werden in zwei aufeinander folgenden kurzen Vorträgen diese praxisorientierten Versorgungsmöglichkeiten vorstellen, aber auch darlegen, welche Anforderungen hinsichtlich einer komplexen Betrachtung, Vernetzung mit anderen Systemen und wertschätzender Kommunikation zu stellen sind.

Interessenskonflikte keine

KOMET-SEU – Nachhaltige Weiterentwicklung von Kompetenzen und Methoden am Beispiel des Sozialpädiatrische Entwicklungsscreenings SOPESS als Teil der Schuleingangsuntersuchung (SEU)

Autoren Simon Klaus¹, Borrmann Brigitte¹, Sidhu Navdeep S², Jascenoka Julia³, Makosi Dorothee Malonga⁴, Hoffmann Dorle⁴, Schlecht Jennifer⁴, König Jochem⁴, Genuneit Jon², Daseking Monika³, Urschitz Michael S.⁴

Institute 1 Landeszentrum Gesundheit NRW, Gesundheitsberichterstattung, Bochum, Germany; 2 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin Medizinische Fakultät, Universität Leipzig, Pädiatrische Epidemiologie, Leipzig, Germany; 3 Helmut-Schmidt-Universität, Pädagogische Psychologie, Hamburg, Germany; 4 Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik, Mainz, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745469

Hintergrund Die SEU gehört zu den Schlüsselaufgaben des ÖGD. Im Rahmen der SEU wird SOPESS als validiertes Instrument zur Erfassung des Entwicklungsstandes bundesweit genutzt. Datenanalysen weisen auf eine räumliche Heterogenität von Screeningergebnissen hin, deren Ursachen auf unterschiedliche Faktoren zurückgeführt werden können. Modelle zur Aufklärung der Heterogenität ziehen unterschiedliche Maßnahmen verschiedener Akteure nach sich. Teilweise sind Datenerfassung, -qualität, und -bereitstellung eingeschränkt, sodass die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste das Potential dieser Daten nicht voll nutzen können. Möglichkeiten für die regionale Prävention sowie für die regionale und überregionale Gesundheitsberichterstattung (GBE) bleiben so ungenutzt.

Ziele & Methoden Stärkung des ÖGD durch eine gemeinschaftliche Weiterentwicklung von Methoden und Kompetenzen in der Durchführung, Dokumentation und Erfassung von SOPESS.

Die Ziele werden im Rahmen eines nationalen Forschungsnetzwerkes in vier Arbeitspaketen adressiert:

AP1 untersucht die Datenqualität, entwickelt Algorithmen zur Analyse und identifiziert auf deren Basis Quellen für Heterogenität in den Daten. Exemplarisch werden die SEU-Daten der Länder RLP, SH, SN und NRW genutzt. Outputs von AP1 sind digitale Anwendungen für die Nutzung durch den ÖGD.

In AP2 werden die in AP1 gewonnenen Erkenntnisse durch semistrukturierte Interviews mit ÖGD-Akteuren aus der Praxis vertieft und relevante Kontextfaktoren wie z.B. hinderliche Faktoren und Barrieren für die Datenqualität und -nutzung mit erhoben.

In AP3 werden die Informationen aus AP1 und 2 zusammengeführt und in einem Maßnahmenpaket umgesetzt, das an den Bedarfen des ÖGD orientiert ist (z.B. Kompetenzschulungen, Checklisten, Qualitätszirkel).

In AP4 werden die Ergebnisse und Outputs der AP1 bis 3 implementiert und formal evaluiert. Eine nachhaltige Nutzung durch den ÖGD wird vorbereitet.

Impact Das BMG-geförderte Projekt erarbeitet Methoden und erweitert Kompetenzen des ÖGD in der qualitätsgesicherten Durchführung der SEU und einer praxisrelevanten Nutzung der erhobenen Daten. Durch die angebotenen Methoden wird den KJ-Gesundheitsdiensten ermöglicht in einer teamorientierten, mit Daten unterstützten Selbstreflexion mögliche Störquellen und Barrieren selbst zu identifizieren und zu beseitigen. Dadurch wird eine verbesserte (über)regionale GBE und eine passgenauere kommunale Ressourcenplanung ermöglicht.

Literatur Daseking, M., F. Petermann, und K. Simon, Zusammenhang zwischen SOPESS-Ergebnissen und ärztlicher Befundbewertung. SOPESS Results and Medical Recommendations for School Beginners. Gesundheitswesen, 2011. 73: p. 660-667.

Daseking, M., et al., Vorhersage von schulischen Lernstörungen durch SOPESS. Prediction of Learning Disability at School by Means of SOPESS. Gesundheitswesen, 2011. 73: p. 650-659.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte

Schulgesundheitsfachkräfte – Benefit für die Schulgesundheit in Pandemiezeiten am Beispiel des Modellprojekts in Brandenburg

Autoren Ellsäßer Gabriele¹, Braksch Gudrun²

Institute 1 Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung, Wissenschaft, Potsdam, Germany; 2 AWO Bezirksverband Potsdam, Leiterin Projekt- und Fördermittelmanagement, Potsdam, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745470

Hintergrund Seit 2017 sind inzwischen 18 Schulgesundheitsfachkräfte an 27 Brandenburger öffentlichen Schulen im Rahmen eines Modellprojektes unter der Projektleitung der AWO Bezirksverband Potsdam e.V. tätig. Der Schwerpunkt der Tätigkeiten liegt einerseits auf der medizinisch-pflegerischen Versorgung von Schüler*innen (SUS) und der Beratung vor Ort, andererseits auf Gesundheitsförderung und Prävention mit einem breiten Netz von schulinternen als auch schulexternen Kooperationspartner*innen. Aus der Projektphase IV (2019-2021) liegen umfangreiche Evaluationsergebnisse zur Wirksamkeit der SGFK bezogen auf die Gesundheit der SUS und Verbesserung ihrer Bildungschancen vor. Auf Grund der Covid-19 Pandemie, die 2020 voll in diese Phase fiel, wurde von den Evaluatoren mit bewertet, ob und welchen Benefit SGFK auch in Pandemiezeiten haben.

Methodik Zusammenfassung der Erkenntnisse aus vier publizierten Evaluationsberichten und Bericht einer SGFK.

Ergebnisse Die Covid-19 Pandemie mit ihren Herausforderungen im gesamtgesellschaftlichen Kontext hat den Nutzen der Schulgesundheitsfachkräfte bei der Bewältigung der Krise im schulischen Lebensraum deutlich gezeigt. Schulgesundheitsfachkräfte bringen sich bei der Planung (wie Hygienepläne, Laufwege, Desinfektionsmittelstationen) und der Umsetzung von Hygienemaßnahmen (korrektes Händewaschen, Hygieneboxen, Covid-19 Testung von Kindern, die diese vergessen haben) direkt vor Ort ein und tragen so erheblich zur Erleichterung des Schullaltags der SUS und Lehrkräfte bei. Sie kooperieren eng mit den Gesundheitsämtern/KJGD (z.T. während des Lockdowns im Infektionsschutz tätig). Sie unterstützen durch spezifische Aufklärung und Beratung das schulinterne System. Nach Wiedereröffnung der Schulen sind sie vertrauensvolle Ansprechpartner* für die Sorgen der SUS. Sie kümmern sich insbesondere um SUS mit besonderen gesundheitlichen Bedarfen, die häufig über psychosomatische Beschwerden erkennbar sind und vermitteln diese ggf. in das medizinische und psychosoziale Versorgungssystem.

Schlussfolgerung SGFK unterstützen die Schulen maßgeblich zu Pandemiezeiten im Hygienemanagement. Sie können flexibel auf Änderungen von Maßnahmen durch ihre Präsenz vor Ort reagieren. Für SUS sind sie wichtige vertrauensvolle Ansprechpartner*innen. Durch die enge Kooperation mit dem KGD und ihre gute kommunale Vernetzung können sie in das medizinische Versorgungssystem effektiv vermitteln.

Literatur <https://awo-potsdam.de/projekt/schulgesundheitsfachkraefte-im-land-brandenburg/>

<https://schulgesundheitsfachkraft.de/abschlussberichte-dokumente/>
Böhmman & Ellsäßer 2021, Maulbecker-Armstrong et al. 2020, Paulus & Petzel 2021, Heinrichs et al. 2021

Interessenskonflikte keine

Zwischen den Stühlen- zwischen Infektionsschutz und den Aufgaben des KJGD

Autor Maßmann-Pabst Michaela

Institut Gesundheitsamt Region Kassel, Kassel, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745471

Die Corona-Pandemie aus Sicht der Abteilung Kinder- und Jugendgesundheit des Gesundheitsamts Kassel

Zu Beginn der Pandemie im März 2020, mussten nach kurzer Zeit alle Mitarbeitenden des Gesundheitsamtes in die Kontaktpersonennachverfolgung eingearbeitet werden. Die Absage aller Untersuchungen und Begutachtungen

bedeutete zunächst eine Entlastung in den Sachgebieten des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes. Gleichzeitig mussten wir trotz Teilzeitverträgen auch Dienste an Nachmittagen, Wochenenden und Feiertagen besetzen.

Da wir als Gesundheitsamt der Region Kassel für Stadt und Landkreis zuständig sind, mussten auch zwei Sozialämter und zwei Jugendämter informiert werden. Unaufschiebbare Gutachten wurden von uns während der gesamten Zeit bearbeitet. Dies verdankten wir unter anderem unserer Dezernentin und unserer Amtsleitung, die immer das Wohl der Familien mit behinderten Kindern im Auge behielten.

Unser Wunsch, besonders für diese Familien da sein zu dürfen, brachte uns „zwischen alle Stühle“. Auf der einen Seite leisteten die Kolleginnen und Kollegen unserer Abteilung gehäuft Corona-Dienste am Nachmittag und an den Wochenenden, um vormittags die wichtigsten Untersuchungen vornehmen zu können.

Als die erste Welle abebbte, versuchten wir alle verschobenen Einschulungsuntersuchungen aufzuholen. Darüber waren die Einrichtungen und die Familien gleichermaßen dankbar. Dies zeigte sich auch darin, dass wir deutlich weniger Terminabsagen und -ausfälle hatten. Dieser Einsatz führte zu weiteren zahlreichen Überstunden. An einen Abbau dieser war nicht zu denken.

Seit nun fast zwei Jahren holen wir zwischen den Wellen verschobene Untersuchungen nach oder versuchen vorzuarbeiten, um während der Wellen verstärkt den Infektionsschutz zu unterstützen.

Auch für den KJGD stellt sich die Frage: Wie lange halten wir das noch durch und „Was kommt nach dem Spagat?“

Interessenskonflikte –

Fachausschuss Krisenmanagement

Vorträge

Das Gesundheitsamt als lokaler Entscheidungsträger unter dem Einfluss von Öffentlichkeit und Politik – ungeahnte Belastung in der Corona-Pandemie

Autoren Zöllner Rebecca¹, Walczok Antoni², Götsch Udo³, Tinnemann Peter⁴

Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt, Steuerung und Entwicklung, Frankfurt, Germany; 2 Gesundheitsamt Frankfurt, stellv. Amtsleitung, Frankfurt, Germany; 3 Gesundheitsamt Frankfurt, Infektiologie, Frankfurt, Germany; 4 Gesundheitsamt Frankfurt, Amtsleitung, Frankfurt, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745472

Einleitung Die Corona-Pandemie stellt den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) vor enorme Herausforderungen. Bereits einige Wochen vor der Einstufung als epidemische Lage von nationaler Tragweite hat das neuartige Coronavirus das Handeln im ÖGD dominiert. Schnell war für den ÖGD und im Besonderen für die Gesundheitsämter eine andauernde Überlastungssituation angezeigt. Die Verfügbarkeit von Informationen und die Steuerbarkeit von Entscheidungen bestimmen wesentlich die Handlungsfähigkeit der lokalen Gesundheitsbehörden. Hier wird betrachtet, welche Bereiche die Belastung verursachen, wie sich das Ausmaß der Belastung messen lässt und welche Regulationsmechanismen es für eine Entlastung gibt.

Methode Ermittlung von belastungsrelevanten Bereichen durch Klassifikation von Merkmalen. Einstufung der Bereiche nach ihrem Grad der Handlungssteuerung und Einfluss auf den Personaleinsatz in den Gesundheitsämtern.

Ergebnisse Es lässt sich eine Einteilung in fünf Bereiche (1) Robert Koch-Institut und Ständige Impfkommision (Empfehlungen mit bindenden Charakter), (2) Bundes- und Landespolitik, (3) Kommunalpolitik, (4) Standort und Ausstattung des Gesundheitsamts, (5) Infektionsgeschehen (Fallzahlen / Ausbrüche) und zusätzlich – hier mit (6) aufgeführt – die Öffentlichkeit (Medien, Presse, Bevölkerung) vornehmen. Diese Bereiche haben zeitgleich oder zeitversetzt und in unterschiedlichem Umfang Einfluss auf die Gesundheitsämter genom-

men. In der umgekehrten Richtung erscheinen für die Gesundheitsämter als nicht steuerbar (1), (2) und (5). Bedingt steuerbar scheinen (3) und (6). Weitgehend steuerbar die (4).

Diskussion / Fazit Die komplexe Lage erfordert große Flexibilität in den Gesundheitsämtern. Während der Regelbetrieb weitgehend erhalten bleiben soll, erfordert die schnelle Umsetzung der Gesetzgebung in Verordnungen höherqualifiziertes Personal, während die Fallbearbeitung Sacharbeiter:innen kurzfristig in großer Zahl bindet. Das quantitative Nachsteuern von personellen Ressourcen – soweit am Arbeitsmarkt verfügbar – kann dabei nur begrenzt die Belastung reduzieren. Der Umfang des Regelbetriebs (d.h. das Ausüben originärer Funktionen) signalisiert die Auslastung der Gesundheitsämter. Eine Verbesserung der Handlungssteuerung, z.B. durch die Rückmeldung und Berücksichtigung in den übergeordneten Bereichen, kann zur Entlastung führen ohne größeren Personaleinsatz zu erfordern.

Interessenskonflikte Keine

Erfahrungen der ÖGD-Einsatzkräfte aus einer Vollübung zur Bewältigung einer biologischen Gefahrenlage (BAO SALUS 2019) in Mannheim

Autoren Oster Nadja¹, Oehme Rainer², Wagner-Wiening Christiane³, Kössler Tobias¹, Hofmann Dirk¹, Anders Annmarie¹, Heinen Daniel¹, Haag Sabine¹, Geißler Karin¹, Wagner Ulrich⁴, Schäfer Peter¹, Knapp Stefan⁵, Brockmann Stefan³

Institute 1 Stadt Mannheim, Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt, Mannheim, Germany; 2 Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Referat Hygiene und Infektionsschutz, Stuttgart, Germany; 3 Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Referat Epidemiologie und Gesundheitsschutz, Stuttgart, Germany; 4 Landratsamt Karlsruhe, Gesundheitsamt, Karlsruhe, Germany; 5 Landeskriminalpolizei Baden-Württemberg, BAO Salus, Stuttgart, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745473

Die Bewältigung von Einsatzlagen im Zusammenhang mit einer tätenseitigen Verwendung von CBRN Stoffen stellt besondere Anforderungen an die polizeilichen Stellen sowie an die für die spezialisierte Gefahrenabwehr originär zuständigen nicht-polizeilichen Stellen. Dem ÖGD kommt nach Infektionsschutzgesetz bei biologischen Gefahrenlagen eine besondere Rolle zu.

Wir berichten über eine große Vollübung (BAO SALUS, September 2019) mit ca. 150 Einsatzkräften. In der Ausgangslage führt das zuständige Landeskriminalamt ein Ermittlungsverfahren gegen eine terroristische Gruppierung ohne Hinweise auf eine CBRN-Lage. Im Rahmen des Zugriffs der Spezialkräfte entstehen vor Ort Verdachtsmomente auf ein improvisiertes CBRN-Labor.

Nachfolgend skizzieren wir die Aufgaben, Herausforderungen und Lösungsstrategien des ÖGD in der Lage. Hierzu gehören neben der Stabsarbeit die Festlegung von Infektionsschutzmaßnahmen wie z.B. Schutzkleidung, Quarantäne, die Entscheidung über Antibiotikaphylaxe, Organisation des Transports infizierter Personen, die biologische Probenahme, Nachweis von Erregern oder biologischen Toxinen (S 3 Labor) sowie die Kooperation mit der Kriminaltechnik bei der Untersuchung kontaminierter Spurenmaterials.

Interessenskonflikte Es besteht kein Interessenskonflikt.

In(tra)-Action Review (IAR): COVID-19 Management an IGV-benannten Flughäfen in Deutschland, September 2020 bis Mai 2021

Autoren Schöll Meike¹, Seidel Juliane², Boldt Matthias³, Czerwonka Holger⁴, Ehlkes Lutz⁵, Frühsammer Lothar⁶, Ippisch Siegfried⁷, Rexroth Ute², an der Heiden Maria²

Institute 1 Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Fachgebiet für Krisenmanagement, Ausbruchsuntersuchungen und Trainingsprogramme / Postgraduiertenausbildung für angewandte

Epidemiologie (PAE) / European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET), Berlin, Germany; 2 Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Fachgebiet für Krisenmanagement, Ausbruchsuntersuchungen und Trainingsprogramme, Berlin, Germany; 3 Institut für Hygiene und Umwelt, Hamburg Port Health Center, Hamburg, Germany; 4 Fraport AG, Medizinische Dienste, Frankfurt am Main, Germany; 5 Gesundheitsamt Düsseldorf, Gesundheitsschutz, Düsseldorf, Germany; 6 Flughafen München GmbH, Konzernbereich Konzernsicherheit, München, Germany; 7 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Task Force Infektiologie, Oberschleißheim, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745474

Im Luftfahrtsektor haben die COVID-19 Eindämmungsmaßnahmen die Zuständigkeiten und Verfahren der Gesundheitsbehörden in Deutschland stark beeinflusst. Angelehnt an Konzepte der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des Europäischen Zentrums für Krankheitsprävention und -kontrolle (ECDC) wurde ein In(tra)-Action Review (IAR) durchgeführt, um wiederkehrende Herausforderungen und Beispiele guter Praxis zu identifizieren und Lehren aus dem COVID-19 Management zu ziehen. Dies entspricht auch den zeitlich befristeten Empfehlungen des Notfallausschusses gemäß der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV, 2005).

Am 20.05.2021 nahmen 20 Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsbehörden auf lokaler, Landes- und Bundesebene, der Sicherheitsbehörden sowie des Luftfahrtsektors an einem virtuellen IAR zum COVID-19 Management an IGV-benannten Flughäfen in Deutschland teil. In moderierten Kleingruppen identifizierten sie Herausforderungen, Lücken und Beispiele guter Praxis unter Nutzung von Vorlagen und Anwendung von Ursachenanalyse. Die Ergebnisse wurden zusammengetragen, trianguliert und den Teilnehmenden zur Prüfung zu Verfügung gestellt.

Die Teilnehmenden nannten vorrangig folgende Herausforderungen: die begrenzte Anpassungsfähigkeit der Flughafeninfrastruktur in einer Gesundheitskrise, den unzureichenden kurzfristigen Zugang zu relevanten Reisedaten für die Ermittlung von Kontaktpersonen, kurze Umsetzungsfristen für Maßnahmen, hohen politischen Druck und fehlende bzw. uneinheitliche Standards. Zu Beispielen guter Praxis gehörten die Einrichtung eines digitalen Registrierungssystems für Einreisende aus Risikogebieten (Digitale Einreiseanmeldung, DEA), die sektorübergreifende Zusammenarbeit, die Etablierung von Testzentren an Flughäfen und die Aufstockung der Mittel für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Der IAR bot eine Gelegenheit zum intra- und intersektoralen Austausch zwischen den IGV-benannten Flughäfen und verschiedenen föderalen Ebenen. Die Teilnehmenden empfahlen, die digitale Registrierung von Reisenden für die Ermittlung von Kontaktpersonen zu nutzen, einen regelmäßigen sektorübergreifenden Austausch zu etablieren und die Kommunikation zwischen den verschiedenen Sektoren und Institutionen zeitnaher, gezielter und koordinierter zu gestalten. Die Erfahrungen mit der IAR-Methode sind für weitere Lessons Learned-Prozesse relevant.

Literatur WHO: Guidance for conducting a country COVID-19 intra-action review (IAR). Verfügbar unter: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Country_IAR-2020.1 [12.08.2021]

ECDC: One-day in-action review (IAR) protocol in the context of COVID-19, 12 March 2021. Verfügbar unter: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/one-day-action-review-iar-protocol-context-covid-19> [12.08.2021]

ECDC: Conducting in-action and after-action reviews of the public health response to COVID-19, Juni 2020. Verfügbar unter: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/In-Action-and-After-Action-Reviews-of-the-public-health-response-to-COVID-19.pdf> [16.08.2021]

Interessenskonflikte Herr Czerwonka ist bei Fraport AG, der Betreibergesellschaft des Flughafens Frankfurt am Main, beschäftigt. Herr Frühsammer ist im Konzernbereich Konzernsicherheit der Flughafen München GmbH beschäftigt. Die übrigen Autorinnen und Autoren geben an, dass k

Interne Stabsarbeit im Gesundheitsamt während der Corona-Pandemie

Autor Wollenberg Birgit

Institut Gesundheitsamt Marburg-Biedenkopf, Marburg, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745475

Von März 2020 bis Januar 2021 wurde für das Krisenmanagement im Gesundheitsamt Marburg-Biedenkopf ein Krisenstab mit den Funktionen S1 bis S6 in Anlehnung an die DV 100 "Führung und Leitung im Einsatz" eingerichtet und damit erstmals erprobt. In der 1. Welle war dies im Landkreis Marburg-Biedenkopf mit ca. 250.000 Einwohner*innen die führende Struktur der Krisenbewältigung.

Anfangs waren tägliche Stabtreffen erforderlich. Abhängig von der Lageentwicklung waren im Verlauf der Pandemie zeitweise wöchentliche Stabtreffen ausreichend.

Im Vortrag werden die Erfahrungen mit den internen Abläufen und den Schnittstellen zum Verwaltungsstab der Kreisverwaltung, der zu Beginn der 2. Welle eingerichtet wurde, dargestellt.

Ein besonderes Augenmerk wird auf die Änderungen der internen Organisationsformen im Gesundheitsamt im Verlauf der Pandemie gerichtet. Abschließen gibt es einen Ausblick auf den Übergang zur aktuellen Struktur einer mittelfristig andauernden Aufgabenbewältigung ab Januar 2021.

(Erfahrungsaustausch und der Diskussion)

Literatur Führung und Leitung im Einsatz, DV 100

Interessenskonflikte keiner

Erfahrungen des RKI im COVID-19-Krisenmanagement 2020-21 und Lehren für künftige Herausforderungen

Autoren Grote Ulrike¹, Halm Ariane¹, Schöll Meike¹, an der Heiden Maria¹, Hamouda Osamah¹, Schaade Lars², Rexroth Ute¹

Institute 1 Robert Koch-Institut, Infektionsepidemiologie, Berlin, Germany;

2 Robert Koch-Institut, Zentrum für biologische Sicherheit, Berlin, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745476

Hintergrund Die COVID-19-Pandemie fordert den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Deutschland in bislang ungekanntem Maß. Als nationale Bundeseinrichtung für den Bereich des Infektionsschutz nimmt das Robert Koch-Institut (RKI) gemäß Infektionsschutzgesetz eine Schlüsselrolle dabei ein, Daten zu erheben, zu teilen, Handlungsanweisungen zu entwickeln und zu kommunizieren, Einsatzunterstützung zu leisten sowie die Akteure und Entscheidungsträger auf allen Ebenen zu beraten. Der Beitrag stellt interne Prozesse und Strukturen dar, die etabliert wurden, um die krisenbedingten Aufgaben zu bewältigen.

Methoden Die COVID-19-Lage bezogenen Aktivitäten des RKI sowie Bewältigungsstrategien, Organisation und strukturelle Änderungen werden beschrieben, um den institutionellen Umgang mit der Belastung zu analysieren.

Ergebnisse Ein großer Teil der Organisationseinheiten des RKI ist inhaltlich auf unterschiedliche Weise befasst. Inhaltliche Arbeitsfelder betreffen u.a. Surveillanceinstrumente, Dokumente, Studien, digitale Tools, Diagnostik, Berichte und Öffentlichkeitsarbeit. Für strategische Entscheidungen wurde ein Krisenstab eingerichtet, der bislang ca. 300 x tagte. Um die COVID-19-Lage operativ effizient zu bearbeiten, ist seit Januar 2020 ein Lagezentrum aktiviert, das zeitweise mit über 20 nur dafür eingesetzten Personen am Tag besetzt war. Alleine ca. 200 Mitarbeitende aus allen Abteilungen tragen dazu bei, die bisher > 13.000 Schichten des RKI-Lagezentrums zu besetzen. Ca. 20.000 unterschiedliche Vorgänge der internationalen Kommunikation wurden bearbeitet. Das RKI wurde über 150x um Amtshilfe gebeten, ca. 50x sind Einsatzteams aktiv geworden, um den ÖGD in Deutschland bei konkreten Ausbruchsgeschehen zu unterstützen.

Diskussion Ausmaß und Dauer der Pandemie belasten das RKI sehr stark. Wie in anderen Einrichtungen des ÖGD zeigen die Mitarbeitenden des Instituts höchste Flexibilität und Leistungsbereitschaft, um den vielfältigen Herausforderungen zu begegnen. Im Vorfeld erarbeitete Pläne, Rollen- und Aufgabenbeschreibungen sowie Simulationsübungen haben sich bewährt. Zur Bewältigung der außergewöhnlich intensiven und langen Aufgabenflut wurden grundlegende Anpassungen der Prozesse nötig. Der ÖGD muss auch künftig mit Gesundheitskrisen rechnen. Evaluation des Krisenmanagements sind nötig, damit ggf. Lücken entdeckt und geschlossen werden können.

Literatur Halm, A., Grote, U., an der Heiden, M. et al. Das Lagemanagement des Robert Koch-Instituts während der COVID-19-Pandemie und der Austausch zwischen Bund und Ländern. Bundesgesundheitsbl 64, 418–425 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03294-0>

Interessenskonflikte keine

Corona-Kontaktpersonennachverfolgung: Die IT-Landschaft bei der Entwicklung einer Abteilung in kürzester Zeit

Autor Hecke Anneke

Institut Baunatal, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745477

Durch die Coronapandemie wurden die Gesundheitsämter innerhalb eines kurzen Zeitraums mit vielfältigen, in ihrem Umfang beträchtlichen und deshalb neu zu denkenden Aufgaben konfrontiert. So auch das Gesundheitsamt Region Kassel.

Innerhalb kürzester Zeit musste eine neue Abteilung aufgestellt und in Arbeit gebracht werden. Im Verlauf der Pandemie wurden darüber hinaus immer wieder und kurzfristig Anpassungen an und durch neue Anforderungen notwendig. Begleitet war dies mit einer Weiterentwicklung der IT-Landschaft der Abteilung. Dabei wurde sowohl vorhandene als auch neue Software eingesetzt und weiterentwickelt.

Durch die Bundesregierung wurden im Rahmen des Paktes für den ÖGD Fördermittel nicht geringem Umfang zur Verbesserung der IT-Landschaft der Gesundheitsämter zur Verfügung gestellt. Die im Rahmen der Pandemie erarbeiteten und in der Abteilung zur Kontakt-Personennachverfolgung erarbeiteten Konzepte stellen eine Basis dar für die Weiternutzung von IT-Konzepten im Regelbetrieb des Gesundheitsamtes.

Im Vortrag sollen Erfahrungen zu generalisierbaren IT-Konzepten aus der Arbeit in der Corona-Kontaktpersonennachverfolgung sowohl im Software-Bereich als von Seiten des notwendigen Personals dargestellt werden.

Interessenskonflikte keine

Fachausschuss Psychiatrie

Vorträge

0061 Brauchen wir die Heime noch und wenn ja geschlossen?

Autor Steinhart Ingmar

Institut v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Vorstand, Bielefeld, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745478

Brauchen wir die Heime noch und wenn ja geschlossen?

Auf Basis einer bundesweiten Befragung der Leitungen von offenen und geschlossenen psychiatrischen Wohnheimen der Eingliederungshilfe wird in einem ersten Teil die aktuelle Situation in Deutschland beschrieben und insbesondere unter dem Aspekt des notwendigen Beitrages der Heime zur regionalen Pflichtversorgung diskutiert.

Im zweiten Teil soll eine konkrete Variante der Umsetzung differenzierter und passgenauer Wohnunterstützungsangebote als Teil der Sektorversorgung im Nordkreis Unna vorgestellt werden. Kern dieses Modells ist es, individuell abgestufte Hilfearrangements möglichst im eigenen Wohnraum herzustellen verbunden mit einem großen Grad an Unterstützungssicherheit – wenn individuell nötig – 24 Stunden an 7 Tagen die Woche. Teil dieses ausdifferenzierten Angebotes ist auch eine kleine intensiv unterstützte und hoch protektive Wohneinheit für eine Unterbringung nach § 1906 BGB.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte.

Psychiatrischer Notdienst Darmstadt e.V.

Autor Schwibinger Jutta

Institut Gesundheitsamt der Stadt Darmstadt, Darmstadt, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745479

Psychiatrischer Notdienst Darmstadt e.V.

„Wenn Sie damals nicht gewesen wären, würde ich heute nicht mehr leben.“ Mit diesem Satz bedankte sich ein Anrufer beim Team des Psychiatrischen Notdienst Darmstadt e.V. Dort rufen Menschen an, die sich in einer psychischen Krise befinden, nicht mehr weiter wissen oder einfach auch einmal jemanden brauchen, mit dem sie reden können.

Der Darmstädter Not- und Krisendienst bietet seine Hilfe an, wenn andere Dienste und Beratungsstellen geschlossen sind: am Wochenende und an Feiertagen abends, und schließt damit eine Lücke im Versorgungsangebot der Region.

Viele Anrufer schätzen die Neutralität der Beratungsstelle, die trägerunabhängig ist und in der Mitarbeiter aus verschiedenen Institutionen der sozialpsychiatrischen Versorgung kompetent beraten. Auch dass der Dienst für den Anrufenden kostenfrei ist und keine Zugangsvoraussetzungen erfüllt sein müssen, ist für viele ein wichtiges Kriterium.

Ins Leben gerufen wurde der Notdienst 2002 auf Bestreben der Angehörigen psychisch kranker Menschen.

Getragen wird er von einem Verein, in dem alle Institutionen der Sozialpsychiatrischen Versorgung Mitglieder sind. Den Vorsitz teilen sich Angehörige, Klinik und Gesundheitsamt: ein Erfolgsmodell auch für das regionale Sozialpsychiatrische Netzwerk.

Im Hessischen PsychKHG sind Krisendienste nach diesem Modell für alle Regionen vorgesehen.

Interessenskonflikte Keine

Geschlossene Wohnheimplätze und regionale Versorgungsverpflichtung im GPV Stuttgart

Autor Obert Klaus

Institut Caritasverband Stuttgart e.V., Sucht- und Sozialpsychiatrische Hilfen, Stuttgart, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745480

Geschlossene Wohnheimplätze und regionale Versorgungsverpflichtung im GPV Stuttgart

Eine zentrale Leitlinie der Psychiatriereform lautet: Alle psychisch kranken Bürger*innen einer Region erhalten in ihrem Umfeld die erforderliche Unterstützung und Hilfe. Niemand darf gegen seinen Willen aufgrund fehlender Hilfen in seiner Region außerhalb untergebracht werden. Die Hilfen orientieren sich an den Bedürfnissen und Defiziten der psychisch kranken Menschen.

Die grundlegende Voraussetzung zur Umsetzung dieser Ziele besteht nicht nur in der Bereitstellung der dafür erforderlichen sozialpsychiatrischen Einrichtungen und Dienste. Diese müssen gleichermaßen vernetzt und verbindlich vereinbart unter Federführung der Kommune/Landkreis auf einer von gegenseitigem Vertrauen und Respekt beruhenden Haltung im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) zusammenarbeiten.

Seit ca. 15 Jahren wird in Stuttgart konsequent versucht, die regionale Versorgungsverpflichtung umzusetzen. Dies gelingt zwischenzeitlich in vorbildlicher Art und Weise, allerdings zum „Preis“ geschlossener Wohnheimplätze. Vorher wurden, wie in vielen Regionen leider immer noch üblich, schwerstkranken und hilfebedürftigste Menschen (die sog. Systemsprenger) weit außerhalb Stuttgarts in Heimen der Eingliederungshilfe oder der Pflege untergebracht.

Die geschlossenen Wohnheimplätze sind in Stuttgart eng eingebunden und vernetzt mit den anderen Bausteinen der sozialpsychiatrischen Hilfen, gleichwohl sie mit den sozialpsychiatrischen Prinzipien von größtmöglicher Freiheit und weitgehendem Verzicht auf Zwang kollidieren.

Am Beispiel des GPV Stuttgarts soll kurz erläutert werden, wie versucht wird, diese Ambivalenz zu bewältigen und konstruktiv zu gestalten.

Dr. Klaus Obert

Stellvertr. Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände

Bereichsleitung Sucht- und Sozialpsychiatrische Hilfen im Caritasverband für Stuttgart e.V.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenkonflikte

Sozialpsychiatrischer Krisendienst mit hoheitlichen Aufgaben

Autor Adelmeyer Andreas

Institut Fachdienst Eingliederungs- und Gesundheitshilfe, Sozialpsychiatrischer Dienst, Geesthacht, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745481

Psychische Krisen halten sich nicht an üblichen Dienstzeiten. Vielfach bleibt dann nur noch eine amtsärztliche Prüfung hinsichtlich der Notwendigkeit einer Unterbringung gem. PsychHG im Rahmen einer amtsärztlichen Rufbereitschaft. Im Hinblick auf die Belange der psychisch erkrankten Menschen und insbesondere ihrer Angehörigen, hat der Kreis Herzogtum Lauenburg zunächst im Rahmen eines Modellprojektes ab 01.04.1998 einen Sozialpsychiatrischen Krisendienst eingerichtet, der nach Ablauf des 3-jährigen Modellzeitraumes regelhaft fortgeführt wurde.

Es handelt sich dabei nicht um einen Bereitschaftsdienst, sondern um eine Rufbereitschaft, die über die Regionalleitstelle anzufordern ist und sich auf psychiatrische Notfallsituationen unterhalb der Schwelle zu einer Notwendigkeit eines sofortigen ärztlichen Eingreifens bzw. Ergänzens zu erforderlichen ärztlichen Maßnahmen konzentriert. Der Krisendienst wird mit Sozialarbeitern/ Sozialpädagogen, Psychologen und Krankenpflegepersonal besetzt. Voraussetzung für die Teilnahme an diesem Dienst ist eine mindestens 2-jährige Berufserfahrung im Bereich der psychiatrischen Versorgung. Die Dienstzeiten liegen in der Woche von 16:00 – 08:00 Uhr und am Wochenende von Freitag 12:00 Uhr bis Montag 08.00 Uhr.

Der Sozialpsychiatrische Krisendienst nimmt auch die behördlichen Aufgaben im Rahmen des Unterbringungsverfahrens nach PsychHG wahr.

Im nunmehr über 20 Jahren hat sich die Tätigkeit des Sozialpsychiatrischen Krisendienstes bewährt. In dem Flächenkreis mit fast 200.000 Einwohnern wird der Dienst jährlich ca. 400 x kontaktiert, in gut der Hälfte der Fälle begibt sich der diensthabende Mitarbeiter zu einem Einsatz vor Ort, in den übrigen Fällen reicht eine telefonische Klärung und Beratung. 2018 erfolgte in 108 Fällen eine Unterbringung gem. PsychHG.

Interessenskonflikte kein

Der Krisendienst Psychiatrie bietet in Oberbayern wohnortnahe Soforthilfe

Autor Roth Helmut

Institut Bezirk Oberbayern, Referat Sozialplanung, Koordination und Fachdienste, München, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745482

Der Krisendienst Psychiatrie bietet in Oberbayern wohnortnahe Soforthilfe

Bereits im Jahr 2007 wurde der Krisendienst Psychiatrie München mit einer zentralen Leitstelle für die ganze Stadt gegründet. Die Organisation wurde als Verbund mehrerer Träger betrieben. In den folgenden Jahren wurde im Rahmen des beim Bezirk Oberbayern angesiedelten „Gremium für Sozial- Versorgungs- und Gesundheitsplanung“, in dem Vertreter der Bezirkstagsfraktionen, der Leistungserbringer, kommunaler Spitzenverbände, Krankenkassen, Arbeitsverwaltung, Rentenversicherung, Regierung von Oberbayern und Selbsthilfe- und Betroffenenverbände an bereichsübergreifenden Projekten und Themen zusammenarbeiten, in einem Projekt untersucht, ob der Krisendienst München in ganz Oberbayern installiert werden sollte. Die Erfahrungen in der Landeshauptstadt waren so gut, dass 2015 der Sozial- und Gesundheitsausschuss des oberbayerischen Bezirkstags beschloss, den Aufbau eines Krisendienstes für ganz Oberbayern anzugehen – eine Region mit 20 Landkreisen, drei kreisfreien Städten und über 4,7 Millionen Bürgerinnen und Bürger. Es wurde eine fünfjährige Projektlaufzeit für Aufbau, Betrieb und Evaluation vereinbart. Die erforderlichen Mittel in Höhe von rund 7,4 Mio. Euro pro Jahr wurden allein durch den Bezirk Oberbayern aus Haushaltsmitteln bereitgestellt; die Krankenkassen beteiligen sich bisher nicht. Ein Projekt dieser Größe und Zielrichtung ist bisher einzigartig in der Geschichte der Bundesrepublik. Das Projekt wurde im Jahr 2020 erfolgreich beendet und in den Regelbetrieb überführt. Dazu wurde ein Netzwerk mit diversen Trägern aufgebaut, das mit einem zentralen digitalen Berichtswesen, Qualitätsmanagement, PR-Konzept und Schulungskonzept für über 700 Mitwirkende im aufsuchenden Dienst arbeitet. Diese Maßnahmen werden im Vortrag näher erläutert. Im Jahr 2017 wurde im Rahmen der Beratungen zum lang erwarteten Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG) auch der Krisendienst in das neue Gesetz aufgenommen. Der Freistaat Bayern übernimmt damit die laufenden Kosten der Leitstellen der Krisendienste während die Bezirke die aufsuchenden Teams finanzieren. Mit dem Aufbau der bayernweiten Krisendienste seit 2018 ist erstmals, ein nach einheitlichen fachlichen Standards organisiertes und flächendeckendes Hilfenetzwerk für ein komplettes Bundesland eingerichtet worden. Alle Krisendienste haben, entsprechend des gesetzlichen Auftrages, im Juli 2021 den Betrieb aufgenommen

Interessenskonflikte keine

Zwang und Zwangsvermeidung aus Perspektive des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Autor Petzold Klaus

Institut Kreis Ostholstein, Sozialpsychiatrischer Dienst, Sozialpsychiatrischer Dienst, Eutin, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745483

Zwang und Zwangsvermeidung war bereits im Rahmen der Psychiatrieenquete und den 1988 erschienenen Empfehlungen der Expertenkommission ins Blickfeld der psychiatrischen und insbesondere sozialpsychiatrischen Arbeit gerückt. Viele PsychKG's der Länder hatten die Vermeidung von Zwang und die Stärkung der Rechte untergebrachter Menschen schon Anfang der 2000er festgeschrieben. Mit Unterzeichnung der UN-Behindertenrechtskonvention rückte das Thema Zwang in Psychiatrie zunehmend auch in den Fokus der Justiz und führte in der Folge zu diversen gesetzlichen Regelungen in diesem Kontext. Dies wiederum gab den Initiativen und auch der Forschung zur Vermeidung von Zwang neuen Schwung. Neben vielen Verbesserungen und einem deutlich höheren Schutz der Rechte von Patient*innen hat die gesetzliche Entwicklung aber auch zu gravierenden nachteiligen Folgen für die betroffenen Menschen, deren Umfeld und den mit der Versorgung betrauten Professionellen geführt.

Input SpDi:

Wesentliche Aspekte aus Sicht der sozialpsychiatrischen Dienste:

Die Rolle der SpDi's bei dem Angebot von Hilfen und Vermeidung von Zwang wurde in vielen Landesgesetzen gestärkt.

Infolge der sukzessive höher gewordenen Schwelle zur Unterbringung und Behandlung gegen den natürlichen Willen nehmen Chronifizierung, Arbeitsplatz- und Wohnungsverlust, soziale Desintegration und Forensifizierung zu. Das Verständnis und die Hilfsbereitschaft in der Gesellschaft nehmen ab. Im Rahmen einer Podiumsdiskussion mit kurzen Inputs der Beteiligten soll diese Entwicklung und die aktuelle Situation aus der Perspektive der Kliniken, der Justiz, der sozialpsychiatrischen Dienste sowie der betroffenen Menschen und den Angehörigen diskutiert werden.

Klaus Petzold

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Leiter des SpDi's des Kreises Ostholstein

Interessenskonflikte keine

Zwang und Zwangsvermeidung aus Perspektive der Klinik

Autor Jordan Wolfgang

Institut KLINIKUM MAGDEBURG gGmbH, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Magdeburg, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745484

offener Block: Zwang(svermeidung)

Format Podiumsdiskussion nach fünf Inputs

Richter: Hendrik Haußmann

Klinikchef Magdeburg: Prof. Dr.med. Wolfgang Jordan, MBA, MIM

SpDi: Klaus Petzold

Betroffene: Franz-Josef Wagner

Angehörige: Heike Petereit-Zipfel

Zwang und Zwangsvermeidung waren bereits im Rahmen der Psychiatrieenquete und den 1988 erschienenen Empfehlungen der Expertenkommission ins Blickfeld der psychiatrischen und insbesondere sozialpsychiatrischen Arbeit gerückt. Viele PsychKG's der Länder hatten die Vermeidung von Zwang und die Stärkung der Rechte untergebrachter Menschen schon Anfang der 2000er festgeschrieben. Mit Unterzeichnung der UN-Behindertenrechtskonvention rückte das Thema Zwang in der Psychiatrie zunehmend auch in den Fokus der Justiz und führte in der Folge zu diversen gesetzlichen Regelungen. Dies wiederum gab den Initiativen und auch der Forschung zur Vermeidung von Zwang neuen Auftrieb. Neben vielen Verbesserungen und einem deutlich höheren Schutz der Patientenrechte hat die gesetzliche Entwicklung aber auch zu gravierenden nachteiligen Folgen für die betroffenen Menschen, deren Umfeld und den mit der Versorgung betrauten Professionellen geführt.

Inputs Wesentliche Aspekte aus Sicht der Klinik:

In der Versorgungsrealität scheinen die Vorstellungen des Bundesverfassungsgerichts zu dem Respekt der Selbstbestimmung auch bei psychisch Kranken und deren Umsetzung in Landes-PsychKG's in weiten Kreisen der Gesellschaft noch nicht angekommen zu sein. Unverändert sollen psychiatrische Kliniken rein ordnungspolitische Funktionen für Personen mit störendem Verhalten übernehmen. Die vorhandenen Ressourcen reichen dann für die Erfüllung der Pflichtversorgung, Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung jederzeit aufnehmen und behandeln zu können, nicht mehr aus. Neben einer gesetzeskonformen Anwendung der PsychKG's sind verpflichtende Schulungsangebote zu spezifischen psychiatrischen Störungsbildern und den rechtlichen Grundlagen zu einer Aufnahme und Behandlung gegen den Willen für Polizisten und im Rettungswesen Tätige, der Aufbau niederschwelliger Überwachungsstrukturen für alkoholisierte Personen und eine kommunale Daseinsfürsorge mit der Etablierung von Krisenpensionen oder -hotels erforderlich.

Im Rahmen einer Podiumsdiskussion mit kurzen Inputs der Beteiligten soll diese Entwicklung und die aktuelle Situation aus der Perspektive der Kliniken, der Justiz und der sozialpsychiatrischen Dienste diskutiert werden.

Interessenskonflikte Keine.

Der Krisendienst Psychiatrie bietet in Oberbayern wohnortnahe Soforthilfe; Teil 2: Entwicklung und Leistungsangebot des Krisendienstes Psychiatrie Oberbayern aus fachlicher Perspektive

Autor Welschehold Michael

Institut Krisendienst Psychiatrie Oberbayern, München, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745485

Seit der Psychiatrie-Enquete 1975 waren sich Fachwelt, Betroffene und Angehörige einig, dass die psychiatrische Krisen- und Notfallhilfe unzureichend ist und diese Versorgungslücke geschlossen werden muss.

Durch Gründung des Psychiatrischen Krisenzentrums Atriumhaus wurde 1994 in München mit einer niedrighschwelligem, fachprofessionellen und rund um die Uhr verfügbaren klinischen Soforthilfe der Grundstein gelegt, auf den in enger Zusammenarbeit mit außerklinischen Versorgungspartnern in den Folgejahren die ersten Schritte hin zu einem städtischen Krisendienst für München folgten. Mit Unterstützung des Bezirks Oberbayern gelang in wenigen Jahren der Aufbau eines Netzwerkes vieler beteiligter Versorgungspartner, die gemeinsam mit einer Leitstelle und mobilen Fachteams erstmals die Grundstruktur für einen funktionierenden Krisendienst bereitstellten.

Basierend auf den positiven Erfahrungen des Krisendienstes Psychiatrie München beschloss der Bezirk Oberbayern 2015 die Einführung eines flächendeckenden Krisendienstes Psychiatrie für ganz Oberbayern, der bis Juli 2021 zu einem 24/7-Hilfeangebot inklusive rund um die Uhr verfügbarer mobiler Fachteams ausgebaut wurde.

Jährlich bearbeitet die Leitstelle des Krisendienstes 30.000 Telefonkontakte, kommen in knapp 2.000 Fällen mobile Fachteams zum Einsatz und werden tagesgleich 550 Vorstellungstermine in Psychiatrischen Institutsambulanzen kooperierender Kliniken vermittelt.

Damit eine so komplexe Netzwerkstruktur mit vielen Trägern aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen und ca. 1000 Mitarbeitenden funktioniert, sind verbindliche Absprachen, klare Zuständigkeiten sowie verlässliche Kooperation unabdingbar. Dazu wurden Netzwerkverträge abgeschlossen und ein umfassendes Qualifizierungs- und Schulungskonzept, Handbuch mit Darstellung aller Arbeitsabläufe und geltenden Regelungen und gemeinsames Dokumentationssystem sowie einheitliches Qualitäts-, Beschwerde- und Verbesserungsmanagement implementiert, ergänzt durch eine übergreifende Kommunikations- und Gremienstruktur sowie Öffentlichkeitsarbeit. Kooperationsvereinbarungen etwa mit der Polizei und Behörden regeln die Zusammenarbeit des Krisendienstes mit wichtigen Partnern.

Interessenskonflikte Keine Interessenskonflikte

Von der Hilfeplankonferenz zur Teilhabepankonferenz. Die praktische Umsetzung des BTHG im Gemeindepyschiatrischen Verbund

Autor Konrad Michael

Institut Konrad Counseling, Ravensburg, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745486

Das Bundesteilhabegesetz hat die Rechte der Menschen mit Behinderungen gestärkt. Insbesondere bei Leistungen der Eingliederungshilfe müssen sie an der Bedarfsermittlung und Teilhabepanplanung aktiv beteiligt werden und ihre Ziele und Wünsche zur konkreten Gestaltung der Leistungen hinsichtlich Ablauf, Ort, Zeitpunkt der Inanspruchnahme müssen berücksichtigt werden. Die Leistungen zur Sozialen Teilhabe werden nicht mehr Einrichtungsbezogen festgestellt, sondern unabhängig vom Ort der Leistungserbringung. Dadurch kann auch ein hoher Hilfebedarf für Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe außerhalb von besonderen Wohnformen erbracht werden. Der Träger der Eingliederungshilfe hat den Bedarf mit einem Instrument zu ermitteln, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit orientiert und die nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe beschreibt. Auf dieser Grundlage hat er die nach dem

individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen im Rahmen einer Teilhabepanplanung funktionsbezogen so festzustellen, dass sie nahtlos ineinandergreifen. Mit dieser für den Träger der Eingliederungshilfe vorgeschriebenen Gesamtplanung wird das Prinzip der Leistungen „wie aus einer Hand“ umgesetzt. Es bietet sich die Chance, die Nachteile der gegliederten Sozialgesetzgebung zu überwinden. Psychisch erkrankten Menschen bietet sich dadurch die Möglichkeit, neben Leistungen zur Bewältigung des Alltags auch aufsuchende Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation zu erhalten. Dem Sozialpsychiatrischen Dienst kommt die zentrale Aufgabe zu, bei komplexen Bedarfslagen die Beeinträchtigung der mentalen Funktionen nach ICF als Grundlage der Ermittlung der Teilhabebefähigung in die Teilhabepanplanung einzubringen.

Literatur Konrad, M., Dellmann, S. (2022): Rehabilitation und Teilhabe wie aus einer Hand. Vom Gesetz zur Praxis. Köln: Psychiatrie-Verlag (erscheint Dezember 2021)

Interessenskonflikte Es besteht kein Interessenskonflikt

Zwang und Zwangsvermeidung aus juristischer Perspektive

Autor Haußmann Hendrik

Institut Land Schleswig-Holstein, Ministerium für Justiz, Europa und Verbraucherschutz, Göhl, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745487

Zwang und Zwangsvermeidung waren bereits im Rahmen der Psychiatrieenquete und den 1988 erschienenen Empfehlungen der Expertenkommission ins Blickfeld der psychiatrischen und insbesondere sozialpsychiatrischen Arbeit gerückt. Viele PsychKG's der Länder hatten die Vermeidung von Zwang und die Stärkung der Rechte untergebrachter Menschen schon Anfang der 2000er festgeschrieben. Mit Unterzeichnung der UN-Behindertenrechtskonvention rückte das Thema Zwang in der Psychiatrie zunehmend auch in den Fokus der Justiz und führte in der Folge zu diversen gesetzlichen Regelungen in diesem Kontext, beispielsweise zur wegweisenden Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 24.7.2018 betreffend die Fixierung und Überwachung untergebrachter Menschen.

Inputs Wesentliche Aspekte aus Sicht der Justiz:

Zunächst stellt sich die Frage nach der rechtlichen Qualifikation von Zwang wiewohl danach, ob, wie, durch welche Maßnahmen und auf welcher Rechtsgrundlage Zwang ausgeübt wird. Insbesondere, wenngleich mitnichten ausschließlich, mit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 24.7.2018 zur Zulässigkeit von Fixierungen im Rahmen geschlossener Unterbringungen haben auch in der jüngeren Vergangenheit in rechtlicher Hinsicht kontinuierlich weitere Entwicklungen stattgefunden. Das Erfordernis eines Richtervorbehalts wurde in erheblichem Maße verstärkt und die Ausübung von Zwang durch Fixierung von in der geschlossenen Psychiatrie untergebrachten Menschen im Hinblick auf das Erfordernis einer gerichtlichen Überprüfung bzw. Anordnung konkretisiert. Dies gilt insbesondere auch für die erforderliche Eins-zu-sein-Betreuung nebst fixierungsbegleitender Medikation. Dabei stellt die Frage nach der Vermeidbarkeit von Zwang bzw. dessen tatsächlicher Reduzierung bzw. Vermeidung ein zentrales Element dar.

Im Rahmen einer Podiumsdiskussion mit kurzen Inputs der Beteiligten soll diese Entwicklung und die aktuelle Situation aus der Perspektive der Kliniken, der Justiz, der sozialpsychiatrischen Dienste sowie Betroffener und Angehöriger diskutiert werden.

Interessenskonflikte Keine, da Tätigkeit als Richter am Amtsgericht Oldenburg in Holstein, derzeit in Abordnung an das Ministerium für Justiz, Europa und Verbraucherschutz (MJEV) des Landes Schleswig-Holstein als Referent u.a. für Betreuungsrecht; in SH und HH außerdem Tätigkeit als Dozent im Bereich Betreuungs- und Unterbringungsrecht, MedRecht, Recht und Psychiatrie.

Aufgaben des Berliner Krisendienstes und Schnittstelle zum Sozialpsychiatrischen Dienst

Autoren Gagel Detlev E.¹, Praetorius Cornelia²

Institute 1 Sozialpsychiatrischer Dienst, Sozialpsychiatrischer Dienst, Berlin, Germany; 2 Berliner Krisendienst, Berlin, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745488

Ein Leben ohne Krisen gibt es nicht, sie sind Bestandteil des Lebens. Allerdings kann sie so belastend werden, dass sie nicht mehr allein, mit Hilfe der Familie oder des sozialen Umfeldes bewältigt werden kann.

Der Berliner Krisendienst hilft schnell und qualifiziert bei psychosozialen Krisen sowie akuten psychiatrischen Notsituationen. Das Angebot ist kostenlos und im Verbund mit den sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi) 24 Stunden am Tag – auf Wunsch anonym. Durch die Verteilung auf neun Berliner Standorte steht es wohnortnah für die Betroffenen, Angehörigen und andere Beteiligten zur Verfügung. Die Beratung erfolgt telefonisch, persönlich und in zugespitzten Situationen vor Ort.

Auslöser von Krisen gibt es viele:

- Konflikte in der Partnerschaft, in der Familie oder im Job
- Trennungen, Verluste, Einsamkeit
- Traumatische Erlebnisse, Depressionen, Ängste und Panikzustände
- psychische Störungen wie etwa Psychosen oder Demenz
- Suizidgedanken
- Erfahrungen mit der Psychiatrie
- Schwere körperliche Erkrankungen
- Akute Suchtprobleme
- Geistige und/oder körperliche Behinderung

Professionelle Krisenintervention hilft dabei, Gefahren wie Isolation und Selbstaufgabe abzuwenden und Chancen, Stärken und neue Sinnzusammenhänge zu erkennen. So lässt sich dem Leben eine neue Richtung geben, die im Rückblick positiv sein kann. Menschen können durch Krisen dazulernen, reifen und stärker werden.

Die Coronakrise war auch im Berliner Krisendienst bei einer Vielzahl von Menschen Thema und führte insgesamt zu einer Zunahme der Inanspruchnahme. Auch während dieser Zeit, in der vielen Beratungsangebote zurückgefahren wurden, war der Berliner Krisendienst uneingeschränkt erreichbar und war stützende Anlaufstelle für viele Bürger*innen.

Die Inanspruchnahme des Berliner Krisendienstes stieg von über 30.000 Kontakten im Jahr 2000 auf über 75.200 in 2020. Davon waren 4,2% (3700) Kontakte im Kontext von Corona. Je nach Region (sechs Regionen in Berlin) melden sich zwischen 82% und 95% die Betroffenen selbst. Zwischen 80 und 90% der Beratungen erfolgten telefonisch (in der Zeit 16-24 Uhr), bis zu 19% persönlich. 322-mal (ca. 1% aller Kontakte) war ein mobiler Einsatz nötig.

Die Schnittstelle mit dem SpDi wird durch intensive Zusammenarbeit in verschiedenen Kontexten befördert sowie durch persönliche Mitarbeit von Kolleg*innen aus dem SpDi im Krisendienst belebt.

Interessenskonflikte Keine Interessenskonflikte

Mobiles Drogenhilfeangebot – ein Sucht-Projekt der Stadt Köln mit Hürden und Kompromissen

Autoren Eichberg Sabine, Schwab Sonja, Lehmann Stefan

Institut Gesundheitsamt Stadt Köln, Gesundheitsplanung und -förderung, Köln, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745489

Verschiedene öffentliche Plätze im Kölner Stadtbild, besonders in der Innenstadt, dienen der illegalen Drogenszene als Treffpunkte, sowohl für den sozialen Austausch als auch für den Umschlag und Konsum von illegalen Drogen. Der öffentliche Konsum illegaler Drogen in Zugängen zu Tiefgaragen, Kellern und U-Bahnhaltestellen sowie die Verschmutzung durch Konsumutensilien nehmen zu. Dies führt zu einer anhaltenden Beschwerdelage der Bürgerinnen

und Bürger sowie Gewerbetreibenden in Neumarktnähe. Aufgrund der beschriebenen Ausgangslage hat der Rat der Stadt Köln die Realisierung eines Drogenhilfeangebotes mit Drogenkonsumraum in Neumarktnähe beschlossen. Das vorrangige Ziel eines Drogenkonsumraumes ist das Sichern von Überleben (harm reduction), dem ersten Meilenstein des Drogenhilfekzeptes der Stadt Köln, das sich an den Phasen des Transtheoretischen Modells (Prochaska & DiClemente, 1982) orientiert. Aufgrund des angespannten Immobilienmarkts ist übergangsweise seit Dezember 2019 ein mobiles Drogenhilfeangebot eingerichtet worden. Das Angebot besteht aus einem Beratungs- und einem Konsumbus. Es ist an 5 Tagen pro Woche zu je 12 Stunden geöffnet.

Das Angebot war im Jahr 2020 an ca. 20 Tagen pro Monat geöffnet. Der Beratungsbus wurde von durchschnittlich 2.040 Personen besucht (87% Männer). Die meisten Besucher*innen waren zwischen 36 und 45 (38%) sowie zwischen 26 und 35 Jahren alt (31%). Es fanden 85 Beratungen und 107 Vermittlungen statt sowie ein Tausch von 5.565 Nadeln und 4.540 Kolben. Im Konsumbus gab es durchschnittlich 1.186 Konsumvorgänge. Die am meisten konsumierten Substanzen waren Opiate (60%), gefolgt von Kokain (25%) und dem Cocktail aus Opiaten und Kokain (14%). Die Substanzen wurden zum Großteil injiziert (92%) und bei 6% der Vorgänge inhaliert. Im Laufe des Jahres ereigneten sich 46 medizinische Notfälle mit zusätzlichen 14 Einsätzen von Rettungswagen und 12 Krankhauseinweisungen. Gegen 80 Personen musste ein Hausverbot erteilt werden.

Sinn und Notwendigkeit eines Drogenkonsumraumes liegen auf der Hand. Diskutiert werden die Besonderheiten eines mobilen Drogenhilfeangebots. Dazu gehören die Kompromisse bei der Ausstattung und den Arbeitsbedingungen, der ungeschützte Raum in der Öffentlichkeit als Herausforderung, die Grenzen der Versorgung und der personellen Belastbarkeit, aber auch die Vorteile der direkten Ansprechbarkeit und der örtlichen Flexibilität. Ebenso wird auf die Situation während der Pandemie eingegangen.

Literatur Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 267-288.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte

„Plan27“ – Aufbau eines aufsuchenden Angebots für junge Menschen mit psychischen Problemen

Autoren Ostermann Elisabeth, Eichberg Sabine

Institut Gesundheitsamt Stadt Köln, Gesundheitsplanung und -förderung, Köln, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745490

Wenn junge Menschen in der Altersgruppe von 16 bis 26 Jahren bei psychischen Problemen Unterstützung benötigen, fühlen sie sich häufig weder von Hilfen für Kinder und Jugendliche noch von sozialpsychiatrischen Angeboten für Erwachsene angesprochen. Eine Kölner Expert*innengruppe mit Akteur*innen aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern, auch unter Beteiligung des ÖGDs, regte daher explizit ein Angebot „U27“ für diesen Personenkreis an. Die daraufhin geschaffene Beratungsstelle für junge Menschen wurde gut angenommen. Allerdings wurden Personen, für die die „Kommstruktur“ des Angebots eine zu hohe Hürde darstellt, nicht erreicht.

Daher wurde 2017 unter Federführung der Psychiatriekoordination des ÖGDs „Plan27“ als aufsuchendes Hilfeangebot für junge Menschen mit psychischen Problemen in komplexen Lebenssituationen initiiert. Das sozialpsychiatrisch ausgerichtete Angebot zielt darauf ab, die Teilnehmenden bedarfsgerecht in Hilfeangebote zu vermitteln und bei der Entwicklung einer beruflichen Perspektive zu unterstützen. Gefördert wurde das Projekt zunächst zwei Jahre in ausgewählten Sozialräumen Kölns über den Europäischen Sozialfond und Landesmittel im Rahmen des Programms „Starke Veedel – starkes Köln“.

Aufgrund der hohen Nachfragen aus ganz Köln wurde das im März 2019 auslaufende Projekt bis Anfang 2022 verlängert und auf das gesamte Stadtgebiet ausgeweitet. In dem Zeitraum von April 2019 bis Ende 2020 wurden insgesamt 149 Teilnehmende in das Angebot „Plan27“ aufgenommen. 97 Teilnehmende

davon hatten bis Ende 2020 die Maßnahme bereits abgeschlossen. Davon konnten 89 Prozent der Teilnehmenden durch „Plan27“ in Regelangebote weitervermittelt werden und haben damit die Maßnahme erfolgreich durchlaufen. Insgesamt fanden über 350 Vermittlungen in das Gesundheitsversorgungssystem, in Regelangebote von Schule, Beruf, Qualifizierung, in die Bereiche Wohnen und Freizeit statt. Durch intensive Begleitung wurde gewährleistet, dass die Teilnehmenden in den vermittelten Regelmaßnahmen „ankommen“. Die Auswertungen zeigen, dass mit „Plan27“ ein geeignetes aufsuchendes Angebot für diesen bisher nicht adäquat versorgten Personenkreis eingerichtet werden konnte. Eine Überleitung in eine rechtskreisübergreifende Regelfinanzierung wird anvisiert. Die Resonanz auf „Plan27“ ist aktuell so hoch, dass Wartelisten geführt werden. Dies bestätigt den Bedarf „Plan27“ nachhaltig zu verstetigen.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte

Die Situation Wohnungsloser während der Pandemie

Autoren Schepper Anna^{1,4}, Müller Adolf-Martin², Küfer-Weiß Annika¹, Nießen Johannes³, Wiesmüller Gerhard A.¹, Kossow Annelene¹

Institute 1 Gesundheitsamt Stadt Köln, Infektions- und Umwelthygiene, Köln, Germany; 2 Gesundheitsamt Stadt Köln, Mobiler Medizinischer Dienst, Köln, Germany; 3 Gesundheitsamt Stadt Köln, Amtsleiter, Köln, Germany; 4 RWTH Aachen, Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Aachen, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745491

Hintergrund Die Existenz von SARS-CoV-2 und jegliche Maßnahmen und Konsequenzen, die mit dem Auftreten des neuartigen Virus einhergehen, hat weitreichende Folgen und Veränderungen in der Gesellschaft genommen. Der Einfluss der Pandemie auf das Leben von Wohnungslosen in Köln soll in dieser Arbeit qualitativ bewertet werden.

Methoden Als Grundlage für die Studie dienten Interviews aus dem Zeitraum November und Oktober 2020 mit Wohnungslosen in Köln. Es wurden acht wohnungslose Personen in 20 bis 90 minütigen Interviews mithilfe eines offenen Leitfadens zum Thema befragt. Danach fand eine Transkription und qualitative Auswertung der Interviews statt. Bei der Auswertung wurden deduktive und induktive Kategorien gebildet und dann mithilfe eines computergestützten Programms eine zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse vorgenommen.

Ergebnisse Zu den größten Veränderungen im Leben der befragten Wohnungslosen während der Pandemie gehörten die Folgen des Lockdowns im öffentlichen Bereich. Durch das Fehlen von Großveranstaltungen und Menschenmengen sind die Einkünfte der Wohnungslosen durch weniger Möglichkeiten für Leergutsammeln, Spenden oder Zeitungsverkauf zurückgegangen. Auch das zunächst eingeschränkte Angebot der Wohnungslosenhilfe mit Aufenthaltsmöglichkeiten, Versorgung mit warmen und preiswerten Mahlzeiten und die Möglichkeit soziale Kontakte zu pflegen, war für einige der Befragten belastend. Ausgangssperren sowie häusliche Isolation waren für die Wohnungslosen schwierig umzusetzen. Vereinzelt hatten die Befragten selbst große Sorge sich mit SARS-CoV-2 zu infizieren und mieden entsprechende Gemeinschaftseinrichtungen. Die meisten Befragten wiesen zudem mehrere Risikofaktoren auf, die bei einer Infektion mit SARS-CoV-2 eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen schwerwiegenden Verlauf haben.

Fazit Wohnungslose in Köln sind besonders betroffen von Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie. Durch das Fehlen von einem Wohnsitz sind Wohnungslose in ihrem Alltag auf Versorgungsstrukturen und Gemeinschaftseinrichtungen der Wohnungslosenhilfe sowie das Nutzen von öffentlichen Räumen angewiesen. Diese existentiellen Strukturen gilt es besonders in Krisenzeiten aufrecht zu erhalten. Die Veränderung der finanziellen Situation während der Pandemie sollte durch niedrigschwellige Unterstützungsmaßnahmen ausgeglichen werden. Die vulnerable Gruppe der Wohnungslosen sollte zudem in besonderem Maße vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 geschützt werden.

Interessenskonflikte Die Autor*innen bestätigen, dass keine materiellen oder immateriellen Interessenkonflikte bestehen, die geeignet sind, den Inhalt des Abstracts zu beeinflussen.

Fachausschuss Umweltmedizin

Vorträge

Subjektive Hitzebelastung in unterschiedlichen Fokusgebieten Dresdens – Eine Untersuchung zu belastungsverstärkenden Merkmalen

Autoren Borchers Peggy¹, Looks Peggy²

Institute 1 Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, Bereich Allgemeinmedizin, Dresden, Germany;

2 Gesundheitsamt Dresden, Gesundheitsförderung/Prävention, Dresden, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745492

Hintergrund Aufgrund des städtischen Wärmeineffektes ist die subjektive Belastung durch Hitze in Städten stärker als im Umland. Dabei spielen stadtstrukturelle Merkmale wie Bebauung und Begrünung eine wesentliche Rolle – Merkmale, die in Stadtteilen großer Städte stark variieren können. Eine hohe Hitzebelastung kann zu hitzebedingten Erkrankungen bzw. zu einer erhöhten hitzebedingten Mortalität bei Hitzewellen führen. Daher stellt die subjektive Hitzebelastung ein gesundheitswissenschaftliches Thema dar, welches im Zuge häufiger auftretender Hitzewellen große Bedeutung gewinnt und zunehmend Prävention notwendig macht.

Fragestellung Am Beispiel der Landeshauptstadt Dresden sollte der Frage nachgegangen werden, welche stadtstrukturellen aber auch welche soziodemographischen Merkmale die subjektive Hitzebelastung in einzelnen Fokusgebieten beeinflussen.

Methoden Die Untersuchung der Merkmale erfolgte anhand des Datensatzes „Meinungsumfrage zum Klimawandel in Dresden 2017“. Zur Ermittlung der beeinflussenden Merkmale wurden Varianzanalysen sowie eine multiple lineare Regression durchgeführt (N = 2045). Ferner wurden in einer Gegenüberstellung von zwei strukturell konträren Fokusgebieten, die angegebenen Auftrittshäufigkeiten von körperlichen Beeinträchtigungen während anhaltender sommerlicher Hitze sowie die Informiertheit über ein angepasstes Verhalten verglichen. Zur Testung signifikanter Unterschiede zwischen den angegebenen Häufigkeiten wurden Chi²-Tests durchgeführt.

Ergebnisse Von den untersuchten Merkmalen tragen vor allem die Merkmale „hohes Alter“ und „schlechter Gesundheitszustand“ sowie das stadtstrukturelle Merkmal „Vorhandensein weniger wohnungsnaher öffentlicher Parks“ zu einer starken subjektiven Hitzebelastung der Bewohner im Stadtteil bei. Der Vergleich zweier konträrer Stadtteile zeigte zudem signifikante Unterschiede bei der Wahrnehmung körperlicher Beeinträchtigungen während sommerlicher Hitze sowie bei der Informiertheit über ein angepasstes Verhalten.

Diskussion Da vor allem die soziodemographischen Merkmale Alter und Gesundheitszustand einen großen Einfluss auf die subjektive Hitzebelastung haben und diese relativ schwer zu beeinflussen sind, scheint an dieser Stelle vor allem Aufklärung notwendig. Beispielsweise zur Durchführung geeigneter Anpassungsmaßnahmen, da in diesem Punkt – zumindest für Dresden – große Unterschiede in der Informiertheit vorliegen.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte.

Notwendige Bereitschaft zur Reaktion auf einen Anschlag mit hochtoxischer Substanz im öffentlichen Raum

Autoren Socher Martin¹, Kuhn Joseph², Nennstiel Uta², Wildner Manfred², Fromme Herrmann³

Institute 1 BayLGL, Gesundheit, München, Germany; 2 BayLGL, Gesundheit, Oberschleißheim, Germany; 3 BayStMGP, Gesundheit, München, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745493

Hintergrund Grundsätzlich wird der Einsatz von chemischen Stoffen in terroristischen Szenarien nach Ereignissen der letzten Jahre durch Splittergruppen und Unrechtsregimen auch in der westlichen Welt befürchtet. Zum Schutz insbesondere der Zivilbevölkerungen im Ernstfall ist eine möglichst schnelle und sichere Erkennung des Vergiftungsbildes (Toxidrom) durch Handlungsträger und eine Versorgung mit notwendigen Rettungsmitteln (Antidota) sowie in bestmöglich vorbereiteten Einrichtungen essentiell [1].

Methoden Ein damit verbundenes Ziel ist es, auch ÄrztInnen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) auf den Fall eines chemischen Anschlags, bei dem sie von der Versorgung Betroffener zwar kaum betroffen wären, aber von Dienstvorgesetzten wie Landräten/Oberbürgermeistern und der Presse bezüglich des Risikopotentials für die besorgte Bevölkerung mit sachverständiger Äußerung nachgefragt wären, inhaltlich vorzubereiten. Für diesen Notfall ist zu befürchten, dass erhebliche Belastungen für das klinische Versorgungssystem von besorgten Gesunden ausgehen würden, welche die Zahl tatsächlich Geschädigter erheblich übersteigen [2], wie sich beim Präzedenzfall des Sarin-Anschlags auf die Tokioter U-Bahn am 20.03.1995 gezeigt hatte [3]. Zur notwendigen Entwicklung und Bereitstellung von Informationsmaterialien und Verhaltensmaßregeln für die Öffentlichkeit zu einem Anschlag mit Chemiekampfstoffen zum Funktionserhalt der zivilen Gesellschaft [4] und zur Entlastung der klinischen Versorgungsstrukturen durch besorgte Gesunde sollte auch der ÖGD beitragen.

Ergebnisse Vom Freistaat Bayern werden die TeilnehmerInnen des Lehrgangs für den höheren Gesundheitsdienst in die Grundlagen der klinisch-toxikologischen Symptomatologie, Toxikodynamik und Therapierbarkeit [1] von Expositionen mit chemischen Stoffen [2], v.a. deren bedrohlichsten Substanzgruppen wie Organophosphaten (OP) und Vesikantien am Beispiel von S-Lost (Senfgas) [5] eingeführt.

Schlussfolgerung Zur Vorbereitung auf eine potentiell vorsätzliche Freisetzung hochtoxischer Substanzen im öffentlichen Raum müssen klinische Toxikologen und Giftinformationszentren (GIZ) die tragende Rolle spielen, unter Wahrung der Zuständigkeiten von Katastrophenschutzbehörden und Beteiligung des ÖGD, nachdem eine Mitbeteiligung des öffentlichen Raums bei Anschlag-Zielen wie dem früheren russischen Doppelagenten Sergej Skripal am 04.03.2018 in Salisbury [6] mit betroffenen Einsatzkräften und vor Ort befindlichen Bürgern gegeben war.

Interessenskonflikte keine

Literatur

- [1] Wille T, Steinritz D, Worek F, Thiermann H. Vergiftungen durch chemische Kampfstoffe. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2019; 62 (11): 1370–77
- [2] Socher M, Fromme H, Wildner M, Zilker T., Terrorismus mit chemischen Stoffen. In: Handbuch der Umweltmedizin; Fromme, Wichmann (Hrsg.), 71. Erg.Lfg. 12/2021, Ecomed MEDIZIN, Landsberg/Lech.
- [3] Vale JA. What lessons can we learn from the Japanese sarin attacks. Przegł Lek 2005; 62: 528–532
- [4] Weinstein RS, Alibek K. Biological and Chemical Terrorism. Thieme Verlag; Stuttgart, New York: 2003
- [5] Socher M, Romanek K, Niessen K, Zilker T. Praktischer Leitfaden zur Medizinischen Versorgung von Chemiekampfstoffopfern. Übersetzung ins Deutsche, OPCW (Hrsg.), Den Haag, Juni 2019 <https://www.opcw.org/sites/default/files/documents/2019/07/Praktische%20Anleitung%20zur%20medizinischen%20Versorgung%20von%20Chemiekampfstoff%20Opfern-Juni-2019.pdf>
- [6] Vale JA, Marrs TC, Maynard RL. Novichok: a murderous nerve agent attack in the UK. J Tox Clin Tox 2018; 56 (11): 1093–97

fault/files/documents/2019/07/Praktische%20Anleitung%20zur%20medizinischen%20Versorgung%20von%20Chemiekampfstoff%20Opfern-Juni-2019.pdf

[6] Vale JA, Marrs TC, Maynard RL. Novichok: a murderous nerve agent attack in the UK. J Tox Clin Tox 2018; 56 (11): 1093–97

Stilldauer und Alter der Mutter tragen zur körperlichen Belastung mit perfluorierten Alkylverbindungen (PFAS) bei – Ergebnisse der Deutschen Umweltstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen 2014–2017 (GerES V)

Autoren Murawski Aline¹, Rucic Enrico¹, Duffek Anja², Wellnitz Jörg², Höra Christian³, Kämpfe Alexander³, Conrad André⁴, Dębiak Małgorzata¹, Kolossa-Gehring Marika¹

Institute 1 Umweltbundesamt, Toxikologie, Gesundheitsbezogene Umweltbeobachtung, Berlin, Germany; 2 Umweltbundesamt, Labor für Wasseranalytik, Berlin, Germany; 3 Umweltbundesamt, Schwimm- und Badebeckenwasser, chemische Analytik, Bad Elster, Germany; 4 Umweltbundesamt, Übergreifende Angelegenheiten Umwelt und Gesundheit, Berlin, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745494

Perfluoralkylchemikalien (PFAS) wie z.B. Perfluorooctansäure (PFOA) und Perfluorooctansulfonsäure (PFOS) finden sich in den Körpern von Menschen aller Altersklassen. Die Deutsche Umweltstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, durchgeführt von 2014 bis 2017 (GerES V), zeigte messbare Blutplasma-Konzentrationen von PFAS in allen Teilnehmenden. Zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen hatten Blutplasma-Konzentrationen oberhalb der jeweiligen Bestimmungsgrenze (0,25–0,50 µg/L) von PFOA, PFOS und Perfluorhexansulfonsäure (PFHxS) gleichzeitig. Die gesundheitsbezogenen Beurteilungswerte (HBM-I-Werte) der Kommission Human-Biomonitoring von 2 µg/L für PFOA und 5 µg/L für PFOS wurden von 21 % bzw. 7 % der Teilnehmenden überschritten. Für diese Kinder und Jugendlichen können adverse Gesundheitseffekte nicht mit ausreichender Sicherheit ausgeschlossen werden. Weitere 0,2 % der Teilnehmenden überschritten außerdem den HBM-II-Wert für PFOS von 20 µg/L für die Allgemeinbevölkerung bzw. 10 µg/L für Frauen im gebärfähigen Alter. Dieser Wert wird als Interventions- bzw. Maßnahmenwert angesehen.

PFAS wurden in erheblichem Umfang auch in den jüngsten Kindern gefunden, die erst nach dem Verbot von PFOS 2006 geboren wurden. Dies unterstreicht die problematischen und langwährenden Effekte persistenter Chemikalien. PFAS-Kontaminationen sind weltweit in verschiedenen Umweltkompartimenten nachgewiesen und finden sich auch in Nahrungsmitteln und Muttermilch. Das Ziel dieser Studie ist die Quantifizierung relevanter PFAS-Expositionsquellen für Kinder und Jugendliche in Deutschland einschließlich soziodemographischer Merkmale, Wohnumfeld, Ernährungsgewohnheiten, Stilldauer und Trinkwasserkontamination. Die Stilldauer und das Alter der Mutter sind signifikant korreliert mit den logarithmierten Blutplasma-Konzentrationen von PFOA, PFOS und PFHxS (Pearson-Korrelationskoeffizient 0,12–0,24, $p < 0,001$) – ein höheres Alter der Mutter und eine längere Stilldauer sind mit höheren PFAS-Belastungen der Kinder assoziiert. Multivariate Analysen wurden genutzt um den Beitrag verschiedener Expositionsquellen zur inneren PFAS-Belastung zu quantifizieren. Die Ergebnisse zeigen, dass, obwohl Stillen aufgrund zahlreicher positiver Effekte generell zu befürworten ist, Empfehlungen zur Stilldauer die PFAS-Belastung der Mutter berücksichtigen sollten, insbesondere bei Erstgeburten in relativ hohem Alter.

Interessenskonflikte keine

Gesundheitsrelevanz und Überwachung von Legionellen-haltigen Aerosolen aus Anlagen

Autoren Walsler-Reichenbach Sandra, Zamfir Mihai, Redwitz Johannes, Pirner Christina, Heinze Stefanie, Herr Caroline

Institut Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Arbeits- und Umweltmedizin, Epidemiologie, München, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745495

Legionellen sind natürlich vorkommende Bakterien, die aus der Umwelt in technische Wassersysteme wie z. B. Verdunstungskühlanlagen gelangen. Grundsätzlich muss mit einer umweltbedingten Infektionsgefährdung immer dort gerechnet werden, wo entsprechend belastete Wassermengen in der Luft als Aerosole verteilt werden. Das Einatmen dieser Legionellen-haltigen Bioaerosole kann beim Menschen zu dem milder verlaufenden Pontiac-Fieber oder zu schweren Lungenentzündungen mit möglicher Todesfolge, der sogenannten Legionärskrankheit, führen.

Walsler et al. (2014) identifizierten 19 dokumentierte Legionellen-Ausbrüche von 2001–2012 die im Zusammenhang mit Verdunstungskühlanlagen, Kühltürmen oder Nassabscheidern als möglichen Quellen standen. Auch die Ausbrüche in Warstein (Eikmann et al., 2013) und Ulm (von Baum et al., 2010) werden mit Verdunstungskühlanlagen in Verbindung gebracht.

Um die Gefahr solcher Ausbrüche zu minimieren, hat die Bundesregierung 2017 die 42. BImSchV (Verordnung über Verdunstungskühlanlagen, Kühltürme und Nassabscheider) erlassen. Am LGL wird in einem Projekt, gefördert durch das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Verbraucherschutz (StMUV), die Umsetzung der Verordnung in Bayern unterstützt. Dafür werden verschiedene Informationsmaterialien (Flyer, Broschüre, Webseite) und Veranstaltungen für die betroffenen Zielgruppen (Betreiber, Behörden etc.) entwickelt und angeboten. Auf der Webseite des Projekts (www.lgl.bayern.de/info-42-BImSchV) sind Informationen zu den Veranstaltungen, FAQs sowie eine Broschüre abrufbar. Bisher wurden drei Veranstaltungen online durchgeführt. Die Veranstaltungen stießen mit insgesamt 250 Teilnehmern auf großes Interesse und in den nächsten zwei Jahren sind weitere Veranstaltungen geplant.

Daneben werden am LGL Untersuchungen zu neuen potentiellen Quellen für Legionellen-Infektionen durchgeführt, wie z. B. Fahrzeugwaschanlagen, ebenfalls gefördert durch das StMUV. Bei diesen kommt es zu einer starken Vernebelung des genutzten Wassers. Dabei können Legionellen-haltige Bioaerosole entstehen. Fälle von Legionellen-Infektionen bei Kunden von Fahrzeugwaschanlagen sind in den letzten Jahren zudem mehrfach beschrieben worden (Euser et al., 2013; Baldovin et al., 2018). Für die Untersuchung der Wasser- und Luftproben dienen neben der Kulturmethode auch neue kulturunabhängige Verfahren wie Lebensfähigkeits-qPCR.

Literatur Walsler SM, Gerstner DG, Brenner B, Höller C, Liebl B, Herr CE. Assessing the environmental health relevance of cooling towers – a systematic review of legionellosis outbreaks. *Int J Hyg Environ Health*. 2014 Mar; 217(2-3): 145–54.

Eikmann T, Tesseroux I, Herr CE. Hilft der Legionellen-Ausbruch in Warstein endlich, die notwendigen (umwelthygienischen) Konsequenzen zu ziehen? *Umweltmedizin, Hygiene, Arbeitsmedizin*. 2013; (18): 301.

von Baum H, Härter G, Essig A, Lück C, Gonser T, Embacher A, Brockmann S. Preliminary report: outbreak of Legionnaires disease in the cities of Ulm and Neu-Ulm in Germany, December 2009 – January 2010. *Euro Surveill*. 2010 Jan 28; 15(4): 19472.

Euser SM, de Jong S, Bruin JP, Klapwijk HP, Brandsema PS, Reijnen L, Den Boer JW. Legionnaires' disease associated with a car wash installation. *Lancet*. 2013 Dec 21; 382(9910): 2114.

Baldovin T, Pierobon A, Bertonecello C, Destefani E, Gennari M, Stano A, Baldo V. May car washing represent a risk for Legionella infection? *Ann Ig*. 2018 Jan-Feb; 30(1): 57–65.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte

Sommerliche (Hitze-)Temperaturen in Schulen und Kitas – Wärmehaufbau durch fehlende Nachtabkühlung

Autor Steul Katrin

Institut Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Infektiologie und Hygiene, Frankfurt am Main, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745496

Hintergrund Im Zusammenhang mit dem Klimawandel und entsprechenden Anpassungsmaßnahmen stand bislang die Analyse hitzebedingter Erkrankungs- und Todesfälle und deren Prävention im Vordergrund. Es ist nun geboten, auch weitere Problematiken steigender sommerlicher Temperaturen in den Fokus zu nehmen. Einrichtungen der öffentlichen Bildung und der Kinderbetreuung sind außerhalb der Öffnungszeiten meist nicht besetzt. Daher bleibt die nächtliche Abkühlung, wie sie in z.B. Privatwohnungen an Sommertagen erfolgen kann, aus. In den Sommermonaten der vergangenen Jahre häuften sich im Gesundheitsamt (Frankfurt am Main) Beschwerden zu hohen sommerlichen Innenraumlufttemperaturen in Schulen und Kitas. Hierbei fielen vor allem Beschwerden aus Einrichtungen auf, die sich auf neuere besonders energieeffizient gestaltete Gebäude bezogen. Beantwortet werden sollte unter anderem die Frage, ob diese Häuser stärker mit einer fehlenden Nachtabkühlung zu kämpfen haben.

Material/Methode Es erfolgte die strukturierte Messung der Innenraumlufttemperatur in insgesamt fünf Schulen und 21 Kindergärten. Gemessen wurde sowohl in Altbauten, in Containeranlagen als auch in energieeffizienten Neubauten. Es wurden jeweils wenigstens zwei Räume in den jeweiligen Gebäuden über mehrere Tage dauerhaft gemessen. Für die Außentemperatur wurden Messungen des Hessischen Landesamtes für Naturschutz, Umwelt und Geologie (HLNUG) genutzt.

Ergebnisse Insbesondere an Tagen mit Hitzetemperaturen (max. Temp. > 32 °C) führte die fehlende Nachtabkühlung in den Einrichtungen dazu, dass die Räumlichkeiten teilweise dauerhaft bei > 28 °C lagen. Diese Problematik zeigt sich auch an Tagen, an denen keine besonderen Spitzentemperaturen erreicht werden. Darstellen kann man diese Problematik durch die Berechnung der Differenz zwischen der Innen- und Außentemperatur zum kühlestem Zeitpunkt des Tages (früher Morgen) in den Sommermonaten.

Diskussion Die fehlende Nachtabkühlung von Einrichtungen, in denen eine Lüftung außerhalb der Öffnungszeiten nur eingeschränkt stattfinden kann, führt zu unzulässigen Temperaturen und beeinträchtigt das Lernklima. Um Kinder und Jugendliche wirksam vor Hitze-assoziierten Erkrankungen zu schützen und um eine gute Lernatmosphäre zu schaffen, muss diese Thematik weiter untersucht werden.

Interessenskonflikte Keine

Klimawandel und Gesundheit in Bayern – Wo stehen wir und wie könnte es weitergehen?

Autoren Weilhhammer Veronika¹, Kutzora Susanne¹, Landesberger Valeria¹, Schreiber Fabian¹, Heigl Katharina¹, Korbely Christine¹, Gigl Ramona¹, Herr Caroline^{1,2}, Heinze Stefanie^{1,2}

Institute 1 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Arbeits-/ Umweltmedizin, Epidemiologie, München, Germany;

2 Klinikum der Universität München, Ludwig-Maximilians-Universität, Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, München, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745497

Hintergrund Auch in Deutschland sind bereits klimatische Veränderungen im Zuge des Klimawandels messbar und spürbar. Hitzewellen oder Starkregen ereignen sich nicht mehr nur in fernen Ländern. Aufgrund der Zunahme der Jahresdurchschnittstemperatur ist auch in den kommenden Jahren und Jahrzehnten mit einer Zunahme von extreme Wetter- und Witterungsereignissen zu rechnen. Um die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels abzumildern ist es wichtig frühzeitig Anpassungsmaßnahmen zu entwickeln und zu ergreifen.

Aktivitäten und Forschung Um das Thema Gesundheitsschutz im Klimawandel weiter voran zu bringen können verschiedene Aktivitäten auf Landesebene unterstützen. Dies wird an Beispielen aus Bayern dargestellt. Handlungsempfehlungen, wie die Toolbox „Hitzeaktionspläne in Kommunen – Unterstützung von Städte und Kommunen bei der Erstellung von Maßnahmen und Konzepten“, können bei der Erarbeitung von Hitzeanpassungskonzepten auf kommunaler Ebene eine wichtige Hilfestellung sein. Darin werden Aspekte aufgezeigt, die es bei der Hitzeanpassung zu berücksichtigen gilt.

Darüber hinaus helfen Bildungsmodule, um bspw. pflegende Angehörige und beruflich Pflegende über gesundheitliche Auswirkungen von Hitzewellen zu informieren und weiterzubilden. Mit diesem Wissen können sie Pflegebedürftige während Hitzewellen besser unterstützen und schützen.

Zudem kann eine Landesarbeitsgemeinschaft wie z.B. in Bayern zum Thema Gesundheitsschutz im Klimawandel (LAGiK) im Sinne einer interdisziplinären Zusammenarbeit unterstützen und bspw. mithilfe von geeigneten Kommunikationsmaßnahmen und -strategien die Gefährdungslage zu reduzieren. Als erstes Schwerpunktthema wird das Thema Hitze behandelt, da Hitze den menschlichen Organismus stark belasten kann und einen Anstieg der Morbidität und Mortalität v.a. in vulnerablen Bevölkerungsgruppen zur Folge haben kann.

Ausblick Die beschriebenen Aktivitäten können als Beispiel dienen, wie auf Landesebene ein Beitrag zum Schutz der Bevölkerung vor den gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels geleistet werden kann. Neben den oben beschriebenen Aktivitäten in Bezug auf Hitze sollten und weitere Aspekte und Themen, wie Veränderungen des Pollenflugs oder vektorübertragene Krankheiten, im Blick behalten werden.

Interessenskonflikte Es liegt kein Interessenskonflikt vor.

Gesundheitsrisiko 1,2-Dichlorethan: Eine Quellensuche im Innenraum

Autoren Leubner Sebastian, Papavlassopoulos Heike, Riemer Diana, Röhl Claudia

Institut Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein, Abteilung Gesundheits- und Verbraucherschutz, Dezernat Umweltbezogener Gesundheitsschutz, Neumünster, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745498

1,2-Dichlorethan (1,2-DCE, CAS-Nr. 107-06-2) ist als wahrscheinlich krebserregend für den Menschen eingestuft (Karz. 1B gemäß CLP-Verordnung; Brustdrüsentumoren in Ratten). Es wurde in der Vergangenheit u.a. in Abbeizmitteln, Reinigern, Pestiziden, Tapetenklebern, Farben und Lacken verwendet und wird vereinzelt in Innenräumen gefunden. Der Ausschuss für Innenraumrichtwerte (AIR) hat für 1,2-DCE auf Basis des Referenzwertes einen vorläufigen Leitwert von $1 \mu\text{g}/\text{m}^3$ festgelegt, der einem zusätzlichen Krebsrisiko von 2,7 E-6 entspricht. Als Nebenbefund einer Untersuchungsreihe wurde in einem Wohnzimmer einer Privatwohnung eine Konzentration von $37 \mu\text{g}/\text{m}^3$ 1,2-DCE (Raumgröße ca. 55 m^3) gemessen. Bei lebenslanger Exposition entspricht dies einem zusätzlichen theoretischen Krebsrisiko von 1 E-4. Somit wurde das im Umweltbereich in der Regel zugrunde gelegte maximal tolerable Risiko von 1 E-5 bis 1 E-6 deutlich überschritten. Da die Ursache hierfür unklar war, wurde eine umfangreiche Quellensuche durchgeführt.

Alle dafür notwendigen Luftprobenahmen erfolgten auf Tenax-TA Adsorptionsröhrchen und die entsprechenden Analysen mittels TD-GC-MS. Messungen zum Vergleich mit dem vorläufigen Leitwert fanden unter Ausgleichsbedingungen statt (mind. 8 h ohne Lüften vor der Messung), die zur Quellensuche nicht. Die Isolation von Raumbereichen und Gegenständen erfolgte mittels handelsüblicher Abdeckfolie.

Zur Eingrenzung der Quelle sind zunächst weitere Räume (Küche: $9,2 \mu\text{g}/\text{m}^3$, Flur: $6,2 \mu\text{g}/\text{m}^3$, Dachboden: $0,5 \mu\text{g}/\text{m}^3$), dann größere Bereiche des Wohnzimmers (vorderes Wohnzimmer ($12 \mu\text{g}/\text{m}^3$), hinteres Wohnzimmer ($100 \mu\text{g}/\text{m}^3$)) und anschließend kleinere Areale sowie Einzelgegenstände auf 1,2 DCE untersucht worden. Als Quelle konnte schließlich ein ca. 6 Jahre alter Zimmerbrunnen

aus Polyresin in einer Schrankwand des hinteren Wohnzimmers identifiziert werden. Nach Entfernung des Brunnen und gründlichem Lüften sanken die Innenraumluftkonzentrationen von 1,2-DCE auf Werte von $<0,2 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (= Bestimmungsgrenze).

Die Ergebnisse zeigen, dass bereits einzelne mit 1,2-DCE belastete Gegenstände aus Polyresin (Kunststein) auch nach mehreren Jahren noch zu signifikant erhöhten 1,2 DCE-Konzentrationen in der Innenraumluft führen können. Um festzustellen, ob es sich bei Gegenständen aus Polyresin um häufigere Belastungsquellen handelt, sollten systematische Untersuchungen durchgeführt und ggf. regelmäßige Kontrollen insbesondere von in die EU importierten Produkten auf 1,2-DCE erfolgen.

Interessenskonflikte Keine.

Umsetzung der EU-Trinkwasserrichtlinie in Deutschland – was kommt auf den ÖGD zu?

Autor Rädcl Uta

Institut Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt, Fachbereich Hygiene, Magdeburg, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745499

Die „Richtlinie (EU) 2020/2184 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16.12.2020 über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch“ beschreibt die Anforderungen an die Trinkwasserqualität und ersetzt die bisherige Richtlinie 98/83/EG. Die Neufassung berücksichtigt die Ergebnisse der Right2Water-Initiative sowie die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Bis spätestens 13.01.2023 muss nun die Umsetzung in den Mitgliedsstaaten erfolgen. In Deutschland wurde bereits im Vorfeld ein intensiver Meinungs- und Erfahrungsaustausch auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene mit verschiedenen Fachkreisen begonnen.

Mit der neuen Richtlinie wird ein Risikomanagement für das gesamte Versorgungssystem als wesentliches Element in der Trinkwasserüberwachung eingeführt. Durch die umfassende Betrachtung des Versorgungssystems vom Einzugsgebiet über die Aufbereitung und Desinfektion sowie Speicherung bis zur Trinkwasser-Installation und Bewertung möglicher Gefährdungen sollen Gefahrenpotentiale frühzeitig erkannt und durch präventive Maßnahmen weitgehend ausgeschlossen werden. Das hierfür erforderliche Wissen muss durch Schulungen vermittelt und trainiert werden. Eine besondere Herausforderung stellen dabei die Landkreis-übergreifenden Wasserversorgungsgebiete dar.

Weitere Änderungen beziehen sich insbesondere

- auf Regelungen, um den Zugang zu Trinkwasser für alle Menschen sicherzustellen,
- auf den Einsatz von Materialien und Werkstoffen im Kontakt mit Trinkwasser,
- auf umfassende Informations- und Berichtspflichten und
- auf den Umfang der zu überwachenden Parameter.

Der Beitrag stellt die wesentlichen Änderungen und Entwicklungen in der Überwachungsstrategie der Trinkwasserhygiene vor und skizziert den Stand der nationalen Umsetzung. Dabei wird besonders auf die Aufgaben der Gesundheitsämter Bezug genommen.

Interessenskonflikte keine Interessenskonflikte

Gesundheitsrisiko Radon: Eine vergleichende Untersuchung der wohnraum- und personenbezogenen Exposition

Autoren Müller Lennart, Röhl Claudia

Institut Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein, Abteilung Gesundheits- und Verbraucherschutz, Dezernat Umweltbezogener Gesundheitsschutz, Neumünster, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745500

Radon ist die zweit häufigste Ursache für Lungenkrebs nach dem Rauchen¹. In Europa lassen sich 2 % aller Krebstodesfälle auf Radon in Innenräumen zurückführen². In Deutschland gilt ein Referenzwert von 300 Bq/m³ für Aufenthaltsräume. Die WHO empfiehlt jedoch auch 100 Bq/m³, für die sich bereits ein zusätzliches Lebenszeitrisko von 6 E-4 für Nichtraucher berechnen lässt, möglichst noch zu unterschreiten³. Die Kenntnis der Aktivitätskonzentration von Radon im Innenraum lässt die Frage der tatsächlichen Belastung einer Person allerdings offen. Ziel dieser Arbeit war es, Wohnräume mit höheren Radonkonzentrationen zu identifizieren und vergleichende raum- und personengebundene Messungen durchzuführen.

Die Probenahmen erfolgten im Östlichen Hügelland in Schleswig-Holstein, wo die höchsten Konzentrationen in Gebäuden zu erwarten waren (keine Ausweisung als Radonvorsorgegebiet⁴). Als erstes Screening wurden in Privatwohnungen zunächst Kurzzeitmessungen (24h, N = 46, Aktivmessung (Saphymo AlphaE)) und bei Konzentrationen über 80 Bq/m³ Langzeitmessungen (N = 19, Passivmessung (KIT)) über mindestens ein Jahr durchgeführt. Da Radon in Gebäude über den Boden eindringt, wurden nur Wohnräume mit Kontakt zum Erdreich (z.B. im Erdgeschoss ohne Keller) einbezogen. Anschließend wurden über 72h (N = 7) vergleichende wohnraum- und personenbezogene Messungen durchgeführt.

Folgende mittlere Radonkonzentrationen (und Bereiche) wurden bestimmt: Kurzzeitmessungen 81 (5-281) Bq/m³. Langzeitmessungen 85 (29-185) Bq/m³, davon 6 über 100 Bq/m³. Über alle Messungen hinweg zeigten die personengebundenen Messungen mit 39 (23-67) Bq/m³ die niedrigsten Konzentrationen, die im Mittel 45 % geringer als in den wohnraumbezogenen Vergleichsmessungen mit 77 (46-137) Bq/m³ waren. Die Proband:innen verbrachten im Mittel 13 % des Messdauer im untersuchten Wohnraum und 7 % im Freien.

Obwohl als Vergleichsräume möglichst hoch belastete Räume gewählt wurden, ergeben die personengebundenen Messungen aufgrund der überwiegenden Aufenthaltsdauer in Innenräumen nur etwa eine Reduktion der Belastung um die Hälfte. Die ermittelten Radonkonzentrationen lagen noch immer etwa um das 10 bis 20-fache oberhalb der vom BFS für den Außenbereich ermittelten Werte für Schleswig-Holstein⁵ von 3-6 Bq/m³. 39 Bq/m³ entsprechen gemäß WHO einem zusätzlichen Lungenkrebsrisiko von 2,3 E-4, d.h. über 1 E-4 bis 1 E-6. Radon stellt daher auch in Nicht-Radonvorsorgegebieten ein prioritäres gesundheitliches Risiko in Innenräumen dar [1-5].

Interessenskonflikte Keine.

Literatur

- [1] Vogelantanz-Holm und Schwartz (2018) (DOI: 10.1016/j.jenvrad.2018.05.017)
- [2] Darby et al. (2004) (10.1136/bmj.38308.477650.63)
- [3] WHO 2010; <https://www.who.int/publications/i/item/9789289002134>
- [4] MELUND Schleswig-Holstein (2020) (https://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/V/Presse/PI/2020/1220/201207_Radon)
- [5] BFS (<https://www.bfs.de/DE/themen/ion/umwelt/radon/karten/freiluft.html>)

Wirksamkeit von Luftreinigern in Schulen gegen SARS-CoV-2-Viren

Autoren Suchenwirth Roland, Feige Cordula, Grams Herbert

Institut Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Umweltmedizin, Hannover, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745501

Die Diskussion zur Relevanz der Übertragung von COVID-19 über eingeatmete Aerosole rückte den Luftweg als Übertragungsweg in den Fokus. Mit dem Versprechen, das Risiko von SARS-CoV-2-Übertragungen in den Klassenräumen reduzieren zu können, drängen gerade viele Anbieter von unterschiedlichsten Geräten zur „Luftreinigung“ auf den Markt. Durch trickreiche Formulierungen wie „Unsere Raumluftreiniger entfernen bis zu 99,995 % der Viren wie SARS-CoV-2.“ erwecken viele Hersteller von mobilen Luftreinigern (MLR) in der Werbung den Anschein, sie hätten Allheilmittel gegen die Übertragung von SARS-CoV-2 in Schulen anzubieten. Diese Angaben beziehen sich auf den Unterschied zwischen ein- und austretender Luft aus den MLR-Gerät, nicht jedoch auf die

mittlere Luftqualität im Raum – und schon gar nicht auf das tatsächliche Infektionsrisiko im Setting „Schulalltag“.

Eine multidisziplinäre Arbeitsgruppe der VDI-Kommission der Reinhaltung der Luft und des Umweltbundesamtes hat in einem Expertengespräch zum Thema „Lüftung in öffentlichen Einrichtungen“ im Januar 2021 hohen Beratungsbedarf insbesondere bei der Nachrüstung von Schulen mit MLR benannt.

Aufgrund der hohen Schülerzahlen erfolgt in Schulen häufig auch die Nutzung von Räumen, die eigentlich nicht ausreichend belüftet werden können. Diese könnten dann ggf. durch den Einsatz von dezentralen Lüftungsanlagen oder MLR ertüchtigt werden. Zur Umsetzung entsprechender aktueller Förderprogramme von Bund und Ländern für Schulen fehlten aber Grundlagen für objektive Beschaffungsentscheidungen. Um entsprechende Vorgaben und Kriterien zu beschreiben, wurde vom Arbeitsausschuss Innenraumluft im VDI-Fachbereich IV „Umweltmesstechnik“ der Auftrag erteilt, kurzfristig eine Expertenempfehlung zu erarbeiten. In vielen Video-Konferenzen wurde in nur 6 Monaten eine VDI-EE 4300-14 „Messung von Innenraumluftverunreinigungen – Anforderungen an mobile Luftreinigungsgeräte zur Reduktion der aerosolgebundenen Übertragung von Infektionskrankheiten“ erstellt. Luftreiniger, die diese Bedingungen erfüllen, sind zur wirksamen Reduktion der Virenbelastung in einem realen Raum grundsätzlich geeignet. Allerdings wird die tatsächliche Reinigungsleistung im realen Alltag einer Schule selbst bei Idealbedingungen hinsichtlich der geometrischen Voraussetzungen und der optimalen Aufstellung eine hinreichenden Anzahl an Geräten im Mittel im Fernfeld eher bei 60 % liegen.

Literatur VDI-EE 4300 Blatt 14 – 2021

Messen von Innenraumluftverunreinigungen – Anforderungen an mobile Luftreiniger zur Reduktion der aerosolgebundenen Übertragung von Infektionskrankheiten

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte.

AWMF-Leitlinie S3 „S3 Leitlinie -Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle der SARS-CoV-2-Übertragung in Schulen – Lebende Leitlinie“ Von der Einzelstudie zur Leitlinie am Beispiel der Empfehlung für Luftreiniger

Autor Böhm Susann

Institut München, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745502

Das SARS-CoV-2-Virus ist seit Dezember 2020 ein Begleiter unseres Alltags. Neben vielen anderen Aspekten waren die Schulschließungen während des ersten und des zweiten Lockdowns für Kinder und Jugendliche besonders einschneidend. Um die Schulumgebung sicher zu gestalten fand sich 2020 eine Gruppe von Experten und Expertinnen verschiedener wissenschaftlicher Fachgesellschaften, Entscheidungsträger*innen im Schulkontext sowie Vertreter*innen aus dem unmittelbaren Schulgeschehen zusammen. Diese sammelte und evaluierte die verfügbare wissenschaftliche Literatur bezüglich der Wirksamkeit zur Vermeidung von SARS-CoV-2-Infektionen. Unter der Mitwirkung der AWMF entstanden Leitlinien der Qualitätsstufe S3, die neben der wissenschaftlichen Evidenz weitere Faktoren wie beispielsweise Machbarkeit und ökonomische Auswirkungen in die getroffenen Empfehlungen einbezogen. Eines der kontroversten Themen im strukturierten Prozess der Konsensfindung stellten dabei die Luftreiniger dar.

Am Beispiel der Luftreiniger soll der Prozess der Leitlinienentstehung erläutert werden. Überlegungen, die zur derzeitigen Empfehlung geführt haben, werden detailliert dargelegt und jeweilige Position der am Leitlinienprozess Beteiligten verdeutlicht.

Literatur

AWMF-Leitlinie S3 „S3 Leitlinie -Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle der SARS-CoV-2-Übertragung in Schulen – Lebende Leitlinie“ <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/027-076.html>

Interessenskonflikte Interessenskonflikte bestehen nicht.

Umweltschutz im Krankenhaus – Herausforderung für die Krankenhaushygiene

Autor Gunzer Florian

Institut Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, Zentralbereich Krankenhaushygiene/Umweltschutz, Dresden, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745503

Für die Krankenhaushygiene ist Infektionsprävention eine ihrer zentralen Aufgaben. Forderungen des Umweltschutzes und das Bestreben eines möglichst klimaneutralen Betriebs eines Krankenhauses stehen oft im Widerspruch zu krankenhaushygienischen Notwendigkeiten. Dieser Vortrag zeigt auf, wie in einem Krankenhaus der Maximalversorgung auf verschiedenen Gebieten Lösungsansätze in diesem Spannungsfeld aussehen können.

Interessenskonflikte Kein Interessenskonflikt

Fachausschuss Zahnmedizin

Vorträge

„Zahnteufel – bei uns nicht!“ – Ein Modellprojekt zur Vermeidung der frühkindlichen Karies

Autor Gernhardt Juliane

Institut Zahnärzte im Waldstraßenviertel, Zahnarztpraxis, Halle, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745504

Neben aller positiven Entwicklungen ist die frühkindliche Karies bis heute ein ernstzunehmendes Problem. Daher ist im Jahr 2014 die Idee entstanden ein Modellprojekt zu entwickeln in dem bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt eingegriffen und somit der Erkrankung der Kinder frühzeitig entgegengewirkt werden soll. Für die Durchführung wurde eine Kindertagesstätte ausgewählt, die sich in einem äußerst sozialschwachen Gebiet befindet. Die epidemiologischen Daten, die die Zahngesundheit dieser Kleinstkinder charakterisieren, bilden deutliche Probleme in der Mundgesundheit ab. Der mittlere dmft-Wert in der gesamten Kita lag 2014 bei 2,39 und die Behandlungsbedürftigkeit bei 35,2%. Das Ziel des Projektes „Zahnteufel – bei uns nicht!“ ist die kariesfreie Entlassung der Kinder in die Schule. Neben den klassischen gruppenprophylaktischen Maßnahmen wurde auf gezielt Ansprache der Eltern und der Erzieherinnen gesetzt. Elternabende, Zahnpfutztraining mit den Eltern und Umstellung der Essensversorgung in der Kita sind nur einige Beispiele für Aktivitäten im Rahmen des Projektes. Mit den 20 kleinsten Kindern im Alter von 0,5 bis 2,5 Jahren und deren Eltern startete im August 2014 das Projekt. Zu diesem Zeitpunkt wiesen schon 25% dieser Kinder kariöse Läsionen auf. In den Folgejahren wurden alle in der Kita neu aufgenommenen Kinder und deren Eltern Projektteilnehmer. Die Mundgesundheit der Kinder verbesserte sich deutlich. Der Anteil primär gesunder Gebisse ist von unter 50% auf über 70% gestiegen innerhalb von 5 Jahren. Der Anteil der Kariesrisikokinder und der Kinder mit Behandlungsbedarf hat sich halbiert. Weiterhin waren vor Projektbeginn 42% der behandlungsbedürftigen Kinder im Alter zwischen 0 und 3 Jahren. Nach 5 Jahren sank der Behandlungsbedarf in dieser Altersgruppe, es gab es keinen Behandlungsbedarf mehr bei Kindern von 0 bis 2 Jahren.

Das Projekt ist als erfolgreich einzustufen, auch wenn nicht alle Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung kariesfrei waren. Durch zahlreiche Maßnahmen wurden Impulse in der Kita gesetzt, die nun selbstständig von den Erzieherinnen weitergeführt werden können. Die Wichtigkeit des frühzeitigen, regelmäßigen Zahnarztbesuches und der regelmäßigen Zahnreinigung wurde von den meisten Eltern verstanden, sodass zahlreiche kariöse Läsionen behandelt wurden und es in dieser Kita keine Kinder mehr mit komplett zerstörtem Milchgebiss gibt.

Interessenskonflikte Kein Interessenskonflikt

Diagnostik von behandlungsrelevanten Dysgnathien bei Kindern

Autoren Türkyilmaz Cem, Zeilmann Maike, Lisson Jörg

Institut Universitätsklinikum des Saarlandes, Klinik für Kieferorthopädie, Homburg, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745505

Frühzeitiges Erkennen und Therapieren bestimmter dentoalveolärer Abweichungen im Gebiss der ersten Dentition sowie im frühen Wechselgebiss verhindern im Wachstumsverlauf skelettale Manifestationen ausgeprägter Anomalien. Charakteristische Abweichungen in Bezug auf Zahnstellung, Okklusion und Kieferposition sowie einige Funktionsstörungen lassen sich bereits in frühem Kindesalter klinisch erkennen und können durch den Kinderarzt, Hauszahnarzt sowie im Rahmen von Untersuchungen im Kindergarten und der Schule festgestellt und idealerweise rechtzeitig einer Therapie zugeführt werden. Ein Ungleichgewicht von Zunge, Unterzungen-, Kau- und mimischer Muskulatur, aber auch das Einführen mundfremder Gegenstände in die Mundhöhle sowie die organisch bedingte Mundatmung führen zu charakteristischen Veränderungen der Zahnstellung im Verlauf der Gebissentwicklung mit Auswirkung auf das Skelett. Auch Artikulations- oder phonetische Störungen sind darauf zurückzuführen. Eine Therapie erfolgt dabei in Abhängigkeit von chronologischem Alter, Dentitionsalter, abgelaufenem und zu erwartendem Wachstum sowie der Art der Dysgnathie. Die klinische Diagnostik wird im weiteren Verlauf im Rahmen einer kieferorthopädischen Befunderhebung durch die Modellpaar- sowie Röntgenbildanalyse ergänzt. Mit Hilfe der diagnostischen Unterlagen werden die kieferorthopädischen Befunde in unterschiedliche Gruppen unterteilt und nach Schweregraden unterschieden. Zu den Abweichungen mit unmittelbarer Behandlungsnotwendigkeit zählen die erheblich vergrößerte sagittale Frontzahnstufe, die umgekehrte sagittale Frontzahnstufe sowie die falsche Verzahnung einzelner Zähne, Kreuzbissbeziehungen im Seitenzahnbereich und ein ausgeprägter Platzmangel. Nur eine physiologische Okklusion ermöglicht die regelrechte Gebissentwicklung und das Schädelwachstum.

Interessenskonflikte Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

„Das Mahnverfahren des ZÄD Hochsauerlandkreis bei dentaler Vernachlässigung – eine Erfolgsgeschichte“

Autor Bomkamp Maria

Institut Hochsauerlandkreis, Gesundheitsamt, Arnsberg, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745506

Auf der Grundlage des § 21 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V), der Basis für die aufsuchende Gruppenprophylaxe, sowie der gesetzlichen Grundlagen nach dem Landesgesetz NRW KiBiz § 10 Abs. 3 und dem Schulgesetz NRW § 54 (2) untersucht der Zahnärztliche Dienst (ZÄD) im Hochsauerlandkreis (HSK) jährlich die Kinder und Jugendlichen in Kindertageseinrichtungen und Schulen im HSK.

Der HSK ist ein Flächenkreis im Südosten NRW's mit kleinstädtisch – dörflichem Charakter. Eine enge Zusammenarbeit erfolgt mit den vier für den Hochsauerlandkreis zuständigen Jugendämtern.

Im Jahr 2013 entwickelte sich die Idee, Kinder mit massiv kariösen Befunden in ein System einzubinden, welches eine zeitnahe Versorgung der kariösen Befunde anstrebt. Hierzu wurde eine Mahnkaskade erarbeitet, die auf den genannten gesetzlichen Grundlagen eine Nachverfolgung der Behandlungsmaßnahmen evaluierbar nachvollziehbar machen sollte. Im Schuljahr 2014/15 wurde dieses Verfahren eingeführt und in Zusammenarbeit mit den „Frühen Hilfen“ des Hochsauerlandkreises und den zuständigen Jugendämtern angewandt.

Somit konnte die in der DMS V 2014 geforderte Umsetzung zur Integration der Risikogruppen in

ein soziales und medizinisches Betreuungsumfeld im Hochsauerlandkreis bereits umgesetzt werden.

„Hier sind gesamtgesellschaftliche Anstrengungen im Sinne der Verhältnisprävention gefordert,

Kinder aus Risikogruppen in ein soziales und medizinisches Betreuungsumfeld zu integrieren, das gezielte Prävention möglich macht.“ (Quelle DMS V, 2104) Durch die konsequente Anwendung des Mahnverfahrens und das Einschalten eines niederschweligen Eingreifens der Frühen Hilfen konnte erreicht werden, dass die Anzahl der sanierten Gebisse anstieg und Meldungen an die Jugendämter bei dentaler Vernachlässigung seltener erfolgen mussten.

Bedingt durch die Corona-Pandemie wurden im Schuljahr 2020/21 keine Reihenuntersuchungen

durchgeführt. Die Aufnahme der Reihenuntersuchen hat im Herbst 2021 wieder begonnen, sodass bis Mai 2022 ein Trend sichtbar werden sollte, ob durch das Aussetzen der Reihenuntersuchungen und Prophylaxe Maßnahmen ein Kariesanstieg erfolgte bzw. die Behandlungsbedürftigkeit bei den Kindern ansteigt.

Literatur (Quelle DMS V, 2104)

Interessenskonflikte keine

Entwicklung des Zahnstatus von 5 Geburtskohorten im Main-Kinzig-Kreis

Autoren Adolphi Gunda, Schreiber Angelika

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

Sachgebiet Zahnärztlicher Dienst, Gelnhausen, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745507

Für die Geburtsjahrgänge 1995/96, 1997/98, 2001/02, 2003/04 und 2007/08 wurden die Zahnbefunde von 3, 4, und 5jährigen mit den Befunden in den 1., 4., 6. und 9. Klassen verbunden, um die Entwicklung des Zahnstatus vom Eintritt in den Kindergarten bis zum Ende der Gruppenprophylaxe zu beschreiben. Bis zum Alter von 10 Jahren sinkt der naturgesunde Zahnstatus von etwa 80 % auf 50 % während der Behandlungsbedarf wächst. Im Schulalter steigt der Sanierungsgrad kontinuierlich an, der Milch- und bleibende Zähne zusammenfassende naturgesunde Zahnstatus aber erst mit dem Ausfall der letzten Milchzähne zwischen dem 10. und 12. Lebensjahr.

Von der 6. bis zur 9. Klasse ist der Zahnstatus stabil mit einer Tendenz zu steigendem Sanierungsgrad und sinkendem Behandlungsbedarf, die Fluorose schwächt sich ab. Die im Jahr 2000 reduzierte Fluoridtablettenempfehlung zeigt sich im Alter von 12 Jahren anhand fast einer Halbierung der u.U. ästhetisch störenden Fluorosegrade 2 + 3 von 17 % auf 9 % und anhand des Anstiegs der schwachen Fluorosegrade 0 + 1.

Ab der 6. Klasse ist eine klare Spaltung des Zahnstatus nach Schulform zu sehen, die bereits im Kindergarten begonnen hat. Doch auch der Zahnstatus der Hauptschulkinder zeigt eine positive Entwicklung.

In den 5 Kohorten steigt der Anteil 3jähriger mit naturgesundem Zahnstatus von 80 % auf 87 %, 4jähriger von 76 % auf 80 %, 5jähriger von 65 % auf 67 %. Trotz dieser im Kindergartenalter geringfügigen Veränderungen ist der naturgesunde Zahnstatus der Kohorten zum Schulanfang zwischen 2002 und 2014 von 46 % auf 55 % gestiegen, in den 9. Klassen von 59 % im Schuljahr 2010/11 auf 68 % im Schuljahr 2018/19.

Es wird spannend, mit der Untersuchung eines Geburtsjahrganges zur Aufnahme in den Kindergarten, zum Schulanfang, am Ende der Grundschulzeit, in den 6. und 9. Klassen den Einfluss der Verdopplung des Fluoridgehalts in der Kinderzahnpaste auf die Entwicklung von Zahnstatus und Fluorose in den Nach-Pandemiejahren zu beobachten und die Erreichung der Mundgesundheitsziele für 2030 zu überprüfen.

Die Präsentation zeigt, dass mit einer durchdachten Planung der zahnärztlichen Untersuchungen in Kindergärten und Schulen Langzeitbeobachtungen ausgewählter Jahrgänge durch die zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter möglich sind.

Interessenskonflikte Gunda Adolphi ist Sachgebietsleiterin des zahnärztlichen Dienstes im Amt für Gesundheit und Gefahrenabwehr Main-Kinzig-Kreis sowie Geschäftsführerin des Arbeitskreises Jugendzahnpflege Main-Kinzig-Kreis. Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

Angelika Schreiber ist angestellte Zahnärztin im Öffentlichen Gesundheitsdienst. 1997 – 2004 Beteiligung an einer von der GABA International finanzierten Studie zum Fluoridgehalt von Kinderzahnpaste. Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

Zahnschmerzen, Zahnputzhäufigkeit und zahnärztliche Kontrolluntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen

Autoren Krause Laura¹, Seeling Stefanie¹, Prütz Franziska¹, Wager Julia²

Institute 1 Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin, Germany; 2 Deutsches Kinderschmerzszentrum, Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln, Lehrstuhl für Kinderschmerztherapie und Pädiatrische Palliativmedizin, Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin, Universität Witten/Herdecke, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745508

Einleitung Karies ist eine häufige Erkrankung in Kindheit und Jugend. Zur Vermeidung und Früherkennung von Karies sind u. a. eine angemessene Zahnpflege und regelmäßige zahnärztliche Kontrolluntersuchungen wichtig. Internationale Studien zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit Behinderungen häufiger Karies haben, seltener zweimal am Tag die Zähne putzen und seltener zahnärztliche präventive Leistungen in Anspruch nehmen als Kinder und Jugendliche ohne Behinderungen.

Methoden Mit Daten der zweiten Folgerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2, 2014–2017) des Robert Koch-Instituts werden Zahnschmerzen, Zahnputzhäufigkeit und zahnärztliche Kontrolluntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne amtlich anerkannte Behinderung (im Folgenden Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderungen) untersucht. Da in KiGGS Welle 2 keine zahnärztliche Befunderhebung stattfand, wird der Indikator zu Zahnschmerzen als Hinweis auf Karies herangezogen.

Ergebnisse Den Ergebnissen aus KiGGS Welle 2 zufolge waren 3- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche mit Behinderungen häufiger von einmalig oder wiederholt auftretenden Zahnschmerzen in den letzten drei Monaten vor der Befragung betroffen als Gleichaltrige ohne Behinderungen (23,5 % bzw. 15,9 %). Auch das zweimal tägliche Zähneputzen (von ihnen selbst oder einer Betreuungsperson) wurde bei ihnen seltener durchgeführt (33,5 % bzw. 22,2 %). In der Inanspruchnahme zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen waren keine Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderungen festzustellen (22,8 % bzw. 25,4 %). Im Vortrag werden auch die Ergebnisse weiterführender Regressionsmodelle präsentiert.

Diskussion Zur Verbesserung der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen sind Maßnahmen zur Förderung der Zahnputzhäufigkeit von großer Bedeutung. Da Kinder und Jugendliche je nach Art und Schwere der Behinderung auch weniger effizient die Zähne putzen, sind ebenfalls Maßnahmen zur Verbesserung des Zahnputzverhaltens wichtig. Hierbei spielen Zahnärztinnen und Zahnärzte eine wichtige Rolle, da sie als präventive Leistungen Beratungen und Anleitungen zur Mundhygiene anbieten. Die enge Zusammenarbeit mit Eltern und Betreuungspersonen ist dabei essenziell.

Literatur Krause L, Seeling S, Prütz F, Wager J (eingereicht) Zahnschmerzen, Zahnputzhäufigkeit und zahnärztliche Kontrolluntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderungen. Journal of Health Monitoring

Interessenskonflikte Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Eine Sozialraumanalyse zur Zahngesundheit von Kindern in einem ländlichen Landkreis

Autoren Krayl Nele¹, Gernhardt Juliane², Gernhardt Christian³, Maser Angelika², Peters Anna³, Wagner Karoline¹, Wienke Andreas¹, Führer Amand-Gabriel¹

Institute 1 Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik (IMEBI), Halle (Saale), Germany; 2 Öffentlicher Gesundheitsdienst Landkreis Saalekreis, Gesundheitsförderung, Merseburg, Germany; 3 Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Universitätspoliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie, Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Halle (Saale), Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745509

Zielsetzung Ziel dieser Studie ist es, die Prävalenz von zahnbezogenen Krankheitsbildern bei Kindern in einem Landkreis in Sachsen-Anhalt zu untersuchen und herauszufinden, ob sich über den Beobachtungszeitraum von sieben Jahren Unterschiede zwischen verschiedenen Altersgruppen und Wohnorten zeigen. Außerdem soll untersucht werden, welche Variablen den potentiellen Einfluss des Wohnortes auf die Zahngesundheit vermitteln.

Methoden Es wurden Routinedaten verwendet, die das örtliche Gesundheitsamt in seinen Gruppenprophylaxe- und Reihenuntersuchungen erfasst. 94 404 Untersuchungen wurden bei Kindern zwischen 0 und 19 Jahren in Kindergärten, Grundschulen, Gymnasien und Förderschulen durchgeführt. Mittels deskriptiver Statistik wurde die Prävalenz wichtiger zahnmedizinischer Endpunkte (z. B. dmft/DMFT und Gebisszustand) stratifiziert nach Schuljahr, Wohnort und Alter berechnet. Anschließend leiteten wir den SaC (Specific affected Caries Index) und den SiC (Significant Caries Index) ab, um regionale Unterschiede bei den am stärksten von Karies betroffenen Kindern besser berücksichtigen zu können. Um die Variablen zu ermitteln, die für die beobachteten regionalen Unterschiede verantwortlich sind, führten wir eine Mehrebenenanalyse durch, wobei wir 12 Variablen, darunter Kinderarmut, Arbeitslosigkeit und Einwohnerdichte des jeweiligen Wohnortes, in unserem Modell berücksichtigten.

Ergebnisse Der mittlere dmft/DMFT und die Prävalenz eines unsanierten Gebisses variierten zwischen den Wohnorten und reichten von 1,34 bis 2,07 bzw. 14,7 % bis 23,6 %. Der mittlere SaC- und SiC-Index schwankten zwischen 3,40 und 4,05 bzw. 3,85 und 5,42, während die Prävalenz von Kindern mit einem hohen Kariesrisiko zwischen 6 % und 13 % lag. Im Laufe der beobachteten sieben Jahre zeigten sich in den Ergebnissen keine wesentlichen Veränderungen. Bei Kindern im Alter von sechs Jahren ist der Anteil derjenigen, die ein höheres Kariesrisiko haben, am höchsten (17 % im Vergleich zu 1 % bei den 17-Jährigen). Ein Teil der Unterschiede zwischen den Wohnorten wurde durch die im Mehrebenenmodell erfassten Einflussgrößen erklärt.

Schlussfolgerung Die Zahngesundheit der Kinder im Untersuchungsgebiet ist von Wohnort zu Wohnort und von Altersgruppe zu Altersgruppe unterschiedlich. Aus praktischer Sicht sollten Präventionsmaßnahmen daher versuchen, zusätzlich auf Untergruppen von Hochrisikokindern einzugehen.

Interessenskonflikte JG und AM sind für den Zahnärztlichen Dienst im Landkreis Saalekreis tätig.

Alle anderen Autor/-innen erklären, dass für sie kein Interessenkonflikt vorliegt.

Mundgesundheit für Mutter und Kind: DAJ-Unterrichtsmodule für die Hebammenausbildung

Autoren Berg Bettina¹, Völkner-Stetefeld Petra²

Institute 1 DAJ e.V., DAJ, Bonn, Germany; 2 ehemals: Gesundheitsamt Marburg-Biedenkopf, Zahnärztlicher Dienst, Marburg, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745510

Im Jahr 2017 wurde das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ veröffentlicht. Alle beteiligten Organisationen aus dem Handlungsfeld Mundgesundheit hatten bereits während des Entstehungsprozesses ein einschlägiges Unterziel „Mund-gesundheit“ definiert, in dessen Zentrum die Ver-

meidung der Frühkindlichen Karies steht. Dieses Papier diene der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege und mehreren involvierten Landesarbeitsgemeinschaften als Basis zur Erstellung eines einheitlichen „Unterrichtskonzepts zur Mundgesundheit für Mutter und Kind“ für alle Hebammenschulen in Deutschland.

Hebammen sind für Schwangere und Eltern Neugeborener meist die ersten beratenden Ansprechpartner*innen. Damit sind sie wichtige Multiplikatorinnen, wenn es um die Mundgesundheit der Schwangeren und der Säuglinge geht.

Das Schulungskonzept, das in Kooperation mit dem Deutschen Hebammenverband entwickelt und auf den Weg gebracht wurde, enthält – gemäß den Mundgesundheitszielen – zwei Kernbotschaften:

- Frühkindliche Karies/ Nuckelflaschenkaries ist vermeidbar.
- Die Mutter kann und sollte effektiv für ihre eigene Zahngesundheit sorgen.

Ziel des Unterrichts ist es, die zukünftigen Hebammen vom Inhalt dieser Kernbotschaften zu überzeugen, sie zu motivieren und zu befähigen, im Rahmen ihrer Beratungskontakte die jeweils passenden Impulse an die Eltern zu geben. Die einzelnen Unterrichtsmodule vermitteln den Hebammschülerinnen das nötige Wissen und die Fähigkeiten, angehende Eltern zu den wesentlichen Fragen der mundgesundheitlichen Prävention kompetent beraten zu können.

Die Module umfassen: Mundgesundheit der werdenden Mutter, Frühkindliche Karies, Fluoride, Stillen und Flaschenernährung, Beruhigungssauger, Zucker & Co., Anomalien – Special Needs – Unfälle.

Seit Ende des Jahres 2018 stehen ca. 30 von der DAJ ausgebildete Dozentinnen zur Verfügung, die bundesweit allen Hebammenschulen dieses einheitliche Unterrichtskonzept anbieten. Nach rund zwei Jahren Laufzeit wurde das Projekt Anfang 2021 durch eine Befragung der Dozentinnen evaluiert. Die Fragebogenerhebung ergab, dass bislang rund 700 angehende Hebammen bundesweit darauf vorbereitet wurden, Eltern von Anfang an zur Vermeidung der Frühkindlichen Karies zu beraten. Im Rahmen des Vortrags sollen das Gesamtkonzept, die Inhalte der Module sowie die Auswertungsergebnisse präsentiert werden.

Interessenskonflikte Beide Referentinnen bestätigen, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

Alle Krippenkinder bzw. U3-Gruppen putzen mit reiskorngroßer Menge Zahnpasta täglich in der KITA ihre Zähne!

Autor Schreiber Angelika

Institut Gesundheitsamt Main-Kinzig-Kreis, Zahnärztlicher Dienst, Gelnhausen, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745511

Mitte letzten Jahrhunderts wurde erkannt, 1ppm Fluorid im Trinkwasser reduziert den DMFT und hält die Fluoroseprävalenz in Schach: Kariesprävention mit Fluorid ohne Fluoroserisiko gibt es nicht (Spencer und Do et al 2018).

Mittlerweile ist das täglich 2xige Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta die effizienteste Möglichkeit zur Erhaltung der Zahngesundheit. Der Fluoridgehalt in Zahnpasta für kleine Kinder muss aber im Hinblick auf das Fluoroserisiko kontrolliert werden (Cochrane 2019).

In Industrienationen ohne Trinkwasserfluoridierung ist die Fluoroseprävalenz mit 1000 ppm F Zahnpasta auch unter 6 Jahren unproblematisch und vergleichbar mit der in Deutschland (Khan, Moola und Cleaton-Jones 2005, Schiffner 2021). Aber in Deutschland sind etwa 60 % des verkauften Haushaltssalzes fluoridhaltig (Zimmer und Becker 2020). Deshalb könnte die Fluoroseprävalenz mit der Verdoppelung des Fluoridgehaltes in Kinderzahnpasta steigen.

Der Salzkonsum ist in der Fluoridaufnahme mit der 1000 ppm F Kinderzahnpasta eingerechnet (Berg, Cremer et al 2021). Bei 2x täglichem Zähneputzen wird die tolerable obere Grenze der empfohlenen Fluoridaufnahme auch mit Fluoridsalz für den Durchschnitt der Kinder unter 6 Jahren nicht erreicht.

Für das tägliche Zähneputzen in der Kita ist aber nur die halbe Fluoridmenge der empfohlenen erbsgroßen Zahnpasta berücksichtigt, „da die Kinder nur an

maximal 170 Tagen pro Jahr im Kindergarten sind“. Bislang sind nur Schätzungen der täglichen Fluoridaufnahme bekannt.

Wird die tägliche Fluoridaufnahme zusammen mit dem Zähneputzen im Kindergarten korrekt berechnet, erhöht sie sich bei richtiger Dosierung der Erbse um 0,125 mg/Tag. Die tägliche Fluoridaufnahme bleibt damit im Durchschnitt bei 3-jährigen unter der tolerablen oberen Grenze; normalgewichtige 2-jährige stoßen damit fast an die obere tolerable Grenze, Kinder unter 10 kg Körpergewicht überschreiten diese.

Um das in 2/3 der Kindergärten in Hessen täglich praktizierte Zähneputzen (LAGH 2021) mit 1000 ppm F Zahnpasta – zusätzlich zum häuslichen Gebrauch – sicher zu machen, sollte die bereits in Hessen vorliegende Empfehlung „Alle Krippen- bzw. U3 Kinder putzen in der KITA mit einer reiskorngroßen Menge 1000 ppmF Zahnpasta täglich ihre Zähne“ (Pfeiffer und Thumeyer Mai 2021) bundesweit Beachtung finden.

Zur Gesundheitsförderung in KITA und Schule gehören zusätzlich zu Zahnpflege und Fluorid aber auch Strukturen für gesunde Ernährung wie z.B. der Zuckerkfreie Vormittag, die KITA mit Biss.

Literatur Berg B, Cremer M, Flothkötter, M et al.: Kariesprävention im Säuglings- und frühen Kindesalter. Monatsschr Kinderheilkd 2021; 169: 550–558. <https://doi.org/10.1007/s00112-021-01167-z>. Letzter Zugriff 28.10.2021 xxx
Cochrane: Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Marinho VCC, Jeroncic A: Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 3. Art. No.: CD007868. DOI:10.1002/14651858.CD007868.pub3. Letzter Zugriff 28.10.21 xxx
Khan, A, Moola, MH, Cleaton-Jones, P: Global trends in dental fluorosis from 1980 to 2000: a systematic review. SADJ 2005; 60: 418–421. Letzter Zugriff 28.10.21 xxx

LAGH: Mitteilung an die hessischen Arbeitskreise Jugendzahnpflege: Dokumentation gruppenprophylaktischer Maßnahmen in Hessen 2019/20. Frankfurt, 16.8.2021 xxx

Pfeiffer L, Thumeyer A: Fluoridaufklärung in der Gruppenprophylaxe. Infoblatt 040 Arbeitskreis Jugendzahnpflege Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Hessen (LAGH) 05w/2021 xxx

Schiffner U. Verwendung von Fluoriden zur Kariesprävention. Bundesgesundheitsbl 2021; 64: 830–837. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03347-4>. Letzter Zugriff 28.10.2021 xxx

Spencer AJ, Do LG, Mueller U, Baines J, Foley M, Peres MA: Understanding Optimal Fluoride Intake from Population Level Incidence. Adv Dent Res 2018; 29: 144–156 xxx

Zimmer S, Becker I: Welchen Stellenwert haben Fluoride in der Ernährung für die Kariesprophylaxe? ZMK-aktuell 2020; 36: 725–756. <http://www.zmk-aktuell.de/fachgebiete/prophylaxe/story/welchen-stellenwert-haben-fluoride-in-der-ernaehrung-fuer-die-kariesprophylaxe-9939.html>. Letzter Zugriff 28.1.2021

Interessenskonflikte Angelika Schreiber ist angestellte Zahnärztin im Öffentlichen Gesundheitsdienst im Amt für Gesundheit und Gefahrenabwehr Main-Kinzig-Kreis. 1997 – 2004 Beteiligung an einer von der GABA International finanzierten Studie zum Fluoridgehalt von Kinderzahnpas

Zahngesundheit in Niedersachsen: Gemeinsam zu besseren Daten

Autoren Hesse-Jungesblut Katharina¹, Jahn Nicola², Bruns-Philipp Elke³, Heidrich Sandra⁴, Kluba Jeanette⁵

Institute 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Gesundheitsberichterstattung und Prävention, Hannover, Germany; 2 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Abteilung 2, Hannover, Germany; 3 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Abteilung 4: Spezielle Fachaufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Hannover, Germany;

4 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Hannover, Germany; 5 Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Niedersachsen e.V., Hannover, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745512

Bisher erstellen die Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste (KJZD) der Gesundheitsämter in Niedersachsen jährlich zwei unterschiedliche Datensätze mit den Ergebnissen der zahnärztlichen Untersuchungen und durchgeführten Prophylaxemaßnahmen. Ein Datensatz wird alljährlich an die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Sektion Niedersachsen (LAGJ-Nds.) u.a. als Grundlage für die Abrechnung mit den Krankenkassen übermittelt, der andere einmal im Jahr dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt (NLGA) im Rahmen der Jahresstatistik bereitgestellt.

Eine Landesarbeitsgruppe, bestehend aus acht Vertreter*innen verschiedener niedersächsischer KJZDs, der LAGJ-Nds. und dem NLGA hat diese bisherigen Abfragen zusammengeführt und um weitere Daten zur kindlichen Zahngesundheit ergänzt. Begleitend wurden Definitionen entwickelt und Gradeinteilungen bei der Befundung mit dem Ziel festgelegt, die Datenqualität zu verbessern. Eine erläuternde Arbeitsrichtlinie wurde in diesem Zuge erstellt. Die Einführung soll durch (virtuelle) Schulungsangebote unterstützt werden, welche zeitnah vor dem Start der Untersuchungsaison stattfinden.

Neben besser vergleichbaren und aussagekräftigeren Daten für Niedersachsen soll für die KJZDs zugleich eine Arbeitserleichterung erreicht werden. Dafür wurde sowohl eine Schnittstellenbeschreibung als auch eine Grundlage für die Datenberechnung erstellt. Die Software-Anbieter können darauf basierend ihre Fachanwendungen, Module und Eingabemasken, so optimieren, dass die für die Abfrage erforderlichen Daten auf „Knopfdruck“ aus der computergestützten Dokumentation zu generieren sind und medienbruchfrei exportiert werden können.

Interessenskonflikte –

Gruppenprophylaxe bei Jugendlichen – ist das wirklich notwendig?

Autoren Brix Uta¹, Petrakakis Pantelis²

Institute 1 Rhein-Erft-Kreis, Gesundheitsamt, Zahnärztlicher Dienst, Zahnärztlicher Dienst, Bergheim, Germany; 2 Zahnärztlicher Dienst, Gesundheitsamt, Abteilung 53/2, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Bergheim, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745513

Fast 80% der 12-jährigen Sechstklässler haben kariesfreie, bleibende Gebisse! Diese Ergebnisse wurden erfreulicherweise im Rahmen der Epidemiologischen Begleituntersuchungen zur DAJ Studie 2016 veröffentlicht. Im Rahmen dieser Erhebung sind im Rhein-Erft-Kreis Untersuchungen an einigen weiterführenden Schulen durchgeführt worden. Unabhängig von der geringen Kariesrate waren vermehrt Defizite in der Mundhygiene durch übermäßige Plaquebildung mit teilweise ausgeprägten Gingivitiden auffällig. Auch eine hohe Aufklärungs- und Beratungsbedarf an Möglichkeiten zur Verbesserung bzw. Durchführung einer guten Mundhygiene mit adäquaten Mitteln wurden festgestellt.

Im Vortrag wird gezeigt, in welchem Rahmen die zahnärztlichen Reihenuntersuchungen im Sinne der Gesundheitsförderung mit dem Aspekt der Gruppenprophylaxe verbunden und modifiziert werden können. Dieses Programm der „individualisierten aufsuchenden Betreuung“ erreicht alle Jugendlichen, auch die, die nicht an dem Individuellen Prophylaxeprogramm der niedergelassenen Zahnarztpraxen teilnehmen können oder wollen. Zudem bietet es eine weitere Möglichkeit, den Jugendlichen in geschützter Umgebung gezielt und niederschwellig für das so wichtige Thema Mundgesundheit zu erreichen.

Interessenskonflikte –

Poster (PP = Posterpräsentation, PO = Poster zur Ausstellung)

Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

PP01 Guter und Gesunder Start Implementierung eines sektorenübergreifenden, integrierten Versorgungskonzeptes zur Sicherung der „Gesundheit rund um die Geburt“ im ländlichen Raum

Autoren Hart Ulrike¹, Aydinözü Fatma², Haag-Milz Susanne³

Institute 1 Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendgesundheit, Gesundheitsberichterstattung und Prävention, Sigmaringen, Germany; 2 Gesundheitsamt, Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz Landkreis Sigmaringen, Sigmaringen, Germany; 3 Gesundheitsamt, Leitung Fachbereich Gesundheit, Sigmaringen, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745514

Guter und Gesunder Start Implementierung eines sektorenübergreifenden, integrierten Versorgungskonzeptes zur Sicherung der "Gesundheit rund um die Geburt" im ländlichen Raum

Ausgangslage Eine umfassende Analyse der Versorgungssituation im Bereich „Gesundheit rund um die Geburt für alle“ im Landkreis Sigmaringen ergab einen Hebammenmangel. Aus diesen Grund entschloss sich der Landkreis mit Fördermitteln des Landes drei Familiengesundheitszentren mit geburtshilflichem Schwerpunkt aufzubauen.

Aktueller Stand Die drei Familiengesundheitszentren mit Hebammenambulanzen sind eingerichtet. Drei Hebammenkoordinatorinnen steuern die ambulante Hebammenhilfe im Landkreis. Alle Frauen, die vergeblich eine Hebamme gesucht haben werden inzwischen mit Hebammenhilfe versorgt. Durch die täglich stattfindenden freien Hebammensprechstunden kann jede Frau eine Hebamme ohne Voranmeldung aufsuchen bzw. telefonisch erreichen. Hebammen können Familien mit psychosozialen Unterstützungsbedarf direkt an ihre sozialpädagogischen Kolleginnen der Frühen Hilfen im Familiengesundheitszentrum vermitteln. Für die Finanzierung der drei Standorte sind zukünftig ca. 160 000 Euro jährlich zu veranschlagen.

Diskussion Als Stärke des Projektes zeigte sich die engagierte Hebammenschaft und das multiprofessionelle, partnerschaftliche Arbeiten der beteiligten Projektpartner. Unterschätzt wurde, dass es lange Zeiträume erfordert um von einer ambulanten Hebammenbetreuung über Hausbesuche auf Betreuung über Hebammenzentren umzustellen. Wie in der Literatur beschrieben beobachteten wir keine Hinweise, dass eine ambulante Hebammenbetreuung mit Wechsel der betreuenden Hebamme und Verzicht auf Hausbesuche nach der Neonatalzeit zu Qualitätseinschränkungen in der Versorgung führt.

Zusammenfassung Ein sektorenübergreifendes Versorgungskonzept zur Sicherung der „Gesundheit rund um die Geburt“ im ländlichen Raum konnte implementiert werden. Das Versorgungsmodell mit drei Familiengesundheitszentren leistet trotz manifestem Hebammenmangel im Flächenlandkreis Sigmaringen eine lückenlose Versorgung vom Kinderwunsch über Schwangerschaft und Geburt bis hin zum dritten Lebensjahr des Kindes.

Literatur https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf

Interessenskonflikte Nein

PP02 Psychische Gesundheit bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen stärken – ein Kooperationsprojekt zwischen Jugendhilfe und Gesundheitshilfe

Autoren Melville-Drewes Andrea¹, Kraus Ursula², Rohstock Ingar¹, Rohe Birte¹

Institute 1 Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf, Sozialpsychiatrie, Düsseldorf, Germany; 2 Jugendamt Landeshauptstadt Düsseldorf, Jugendhilfeplanung, Düsseldorf, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745515

Das gemeinsame Projekt der Jugendhilfeplanung des Jugendamtes und der Abteilung Sozialpsychiatrie des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt Düsseldorf, gefördert durch den Landschaftsverband Rheinland, zielt auf die Schaffung eines sektorübergreifenden Kooperationsverbundes mit niedrigschwelligen präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten für psychisch belastete und kranke Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie den Ausbau von Schulungen und Fortbildungen für Fachkräfte.

Projektbausteine:

1. Aufbau eines Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (Fachstelle zur Stärkung der psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen)
2. Erweiterung eines digitalen Beratungs- und Informationsangebotes
3. Psychoedukation in Schulen unter Nutzung der MindMatters-Materialien
4. Gremienarbeit, Vernetzung (Implementierung eines Fachausschusses „Psychiatrie und Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene“ als Unterarbeitsgruppe der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft – PSAG)
5. Schulungen und Fortbildungen für Multiplikatoren in den Settings

Durch das Projekt werden psychisch belastete oder bereits erkrankte Kinder und Jugendliche, welche von alleine nicht den Weg ins Hilfesystem finden, in Hilfestrukturen integriert und begleitet. Ganzheitlich soll einer sozialen Problemlage, die häufig mit psychischen Erkrankungen einhergeht, entgegengewirkt werden.

Präventiv soll in Schulen psychoedukativ gearbeitet werden, um Verständnis und Akzeptanz für psychische Erkrankungen zu schaffen, Vorurteile abzubauen und einen unterstützenden Umgang mit Betroffenen nahezubringen. Hierdurch kann langfristig psychischen Erkrankungen und deren Tabuisierung entgegengewirkt sowie die Krankheitseinsicht und Behandlungcompliance gestärkt werden.

Literatur Berufsverband Deutsche Psychologinnen und Psychologen e.V. (2007). Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland. <https://bdp-verband.de/aktuell/2007/bericht/>, Zugriff am 23.07.2018

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (2017). Stellungnahme der DGKJP aus Anlass des Parlamentarischen Abends am 26. Januar 2017. Interdisziplinäre Versorgung und Frühe Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. <http://www.dgkjp.de/stellungnahmen-positionspapiere/stellungnahmen-2017/427-stellungnahme-der-dgkjp-aus-anlass-des-parlamentarischen-abends-im-nationalen-zentrum-fuer-fruehehilfen-am-26-januar-2017>, Zugriff am 23.07.2018

Fegert, J. M., Kölch, M. & Krüger, U. (2017). Sachbericht zum Projekt: Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse. Bonn: Aktion Psychisch Kranke e.V. Gesundheitsamt Köln (2017). Abschlussbericht des Gesundheitsamtes der Stadt Köln zum Projekt „Optimierung von Früherkennung und Versorgung von Kindern und jungen Menschen mit Zeichen einer psychischen Störung“ 2014-2017. Köln: Gesundheitsamt

Lederbogen, F. & Meyer-Lindenberg, A. (2016). Erhöhte Stressvulnerabilität bei Großstadtbewohnern. *Die Psychiatrie*, (2)2016, 65-69.

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 871-878

Weltgesundheitsorganisation (2015). *Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit (2013-2020)*. <http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/european-mental-health-action-plan-20132020-the>, Zugriff am 23.07.2018

Interessenskonflikte Es besteht kein Interessenskonflikt durch meine Funktion als Abteilungsleiterin der Abteilung Sozialpsychiatrie und als kommissarische stellvertretende Amtsleitung des Gesundheitsamtes

PP03 Sozialraumbezogene frühkindliche Gesundheitsförderung – KiTa-Eingangsuntersuchung und Präventionsmanagement als Teil kommunalspezifischer Präventionsketten

Autoren Vatheuer Sonja¹, Schläger Folke¹, Bredahl Renate¹, Kraus Ursula²

Institute 1 Gesundheitsamt Landeshauptstadt Düsseldorf, Kinder- und Jugendgesundheit, Düsseldorf, Germany; 2 Jugendamt Landeshauptstadt Düsseldorf, Jugendhilfeplanung, Düsseldorf, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745516

Ausgangslage, Intervention und Schlussfolgerung

Durch die frühzeitige Entwicklung von Hilfen für Kinder und Familien in Gebieten mit besonders hohem Handlungsbedarf werden die Grundlagen sozialer Teilhabe und Chancengerechtigkeit in Bezug auf gesundes Aufwachsen geschaffen. Neben der frühestmöglichen Erkennung von gesundheitlichen Risikolagen und Förderbedarfen ist Hilfe bei der Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen bedeutsam.

In elf ausgewählten Tageseinrichtungen für Kinder in drei entsprechenden Quartieren findet durch Kinderärzt*innen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen des Gesundheitsamtes eine Eingangsuntersuchung der neu aufgenommenen Kinder statt. Bei Bedarf erfolgen Verlaufsuntersuchungen. Für die Begleitung der Kinder und ihrer Eltern steht während der Untersuchung und vor allem auch im weiteren Verlauf der KiTa-Zeit eine für die KiTas zuständige Präventionsfachkraft zur Verfügung. Diese kann notwendige und passgenaue Unterstützungs- sowie Förderangebote vermitteln und bei Bedarf auch begleiten. Sie ist sozialräumlich, im Sinne der Umsetzung des Düsseldorfer Präventionskonzeptes U27, handlungsfeldübergreifend vernetzt. Die KiTa-Eingangsuntersuchung umfasst u.a. die Anamnese, ein Entwicklungs-Screening, Seh- und Hörtest, Impfberatung sowie eine kinderärztliche Untersuchung und Beratung. Sie erfolgt vor Ort in den teilnehmenden Tageseinrichtungen für Kinder und stellt somit ein niederschwelliges Angebot dar. Das Angebot bringt die Eltern und Kinder mit den Gesundheitsfachkräften, der Präventionsfachkraft des Stadtteils und den Fachkräften aus der KiTa an einen Tisch. Sie schafft die Grundlage für die weitere vertrauensvolle Zusammenarbeit aller Beteiligten. Ziel der Maßnahme, die ein Beispiel für eine gelungene Kooperation zwischen Gesundheitsamt, Jugendamt und freien Trägern ist, ist es, auf Grundlage des gesundheitlichen Status der Kinder, den Eltern, der Präventionsfachkraft und den Fachkräften in der KiTa Hinweise zur weiteren Förderung der Kinder, innerhalb und außerhalb der Einrichtung, zu geben.

Interessenskonflikte keine

PP04 Sozialpädiatrie im ÖGD und „Frühe Hilfen“ – Wirkungsfeld sozialer Inklusion und Chancengleichheit

Autor Chlebig Ramona

Institut Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf, Prävention und Gesundheitsförderung (53/33), Düsseldorf, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745517

Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten und psychosozial belasteten Familien haben in der Regel schlechtere Entwicklungschancen und zeigen häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen. Das wurde hinreichend wissenschaftlich belegt. Ökonomisches, soziales und kulturelles Kapital der Familien wirkt über negative Umwelteinflüsse, individuelle gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und soziale Ausgrenzung benachteiligend auf Gesundheit und Bildung der Kinder.

Ziel der Sozialpädiatrie am Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf ist durch aufsuchende Unterstützungsangebote die Eltern in ihrer Versorgungskompetenz zu fördern und somit die Entwicklungschancen und die gesundheitliche Versorgung der Kinder zu verbessern. Es ist davon auszugehen, dass gesundheitlicher Status und Entwicklungschancen von Kindern durch die Pandemie zusätzlich beeinträchtigt werden. Soziale Isolation und Ängste vor Ansteckung durch die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsleistungen hemmen die Möglichkeiten der Eltern. Zusätzlich konnten auch die Leistungen der Sozialpädiatrie und der „Frühen Hilfen“ zeitweise nur eingeschränkt oder gar nicht angeboten werden. Perspektivisch wird es eine Aufgabe der Sozialpädiatrie im ÖGD sein die Auswirkungen der Pandemie auf die Gesundheit von betreuten Kindern zu erfassen und die Eltern bei den erforderlichen gesundheitlichen Maßnahmen zu unterstützen. Dargestellt werden soll neben methodischem Vorgehen, qualitativer Ausgestaltung und quantitativen Angaben zur Quote der erreichten Kinder, wie die Sozialpädiatrie im ÖGD exkludierenden Mechanismen entgegenwirken und damit den Inklusionsgradienten der betreuten Familien verbessern kann.

Interessenskonflikte Angestellte, Sachgebietsleitung

PP05 Stillförderung bei Müttern in belasteten Situationen – Ergebnisse einer qualitativen Zielgruppenanalyse

Autoren Lücke Stephanie, Reiss Katharina

Institut Bundeszentrum für Ernährung, Netzwerk Gesund ins Leben, Bonn, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745518

Trotz der bekannten positiven Auswirkungen des Stillens auf die Gesundheit von Mutter und Kind zeigen aktuelle Stillquoten: Nur etwa zwei Drittel der Mütter stillen ihr Kind nach der Geburt ausschließlich, die Raten sinken entgegen den Empfehlungen in den Folgemonaten deutlich. Dabei gibt es einen starken Zusammenhang zwischen Stillverhalten und Sozialstatus. Eine geringere Stillquote und kürzere Stilldauer weisen Mütter in belasteten Situationen auf: Etwa Frauen mit einem geringen Sozialstatus, Frauen, die in einem jungen Alter erstmals Mutter werden, übergewichtige/adipöse Frauen sowie Frauen, die während der Schwangerschaft geraucht haben.

Um mehr über die Gründe für die geringere Stillquote und kürzere Stilldauer dieser Gruppe zu erfahren, wurde 2020 eine qualitative Zielgruppenanalyse durchgeführt. Ausgehend von Expertinnen-Interviews mit erfahrenen Hebammen fanden Fokusgruppengespräche mit 14 Frauen mit formal niedriger Bildung und weiteren o. g. Merkmalen statt, die nicht oder kurz (max. 2 Monate) gestillt hatten. Ergänzend wurden Einzelinterviews mit drei Vergleichsgruppen durchgeführt: Frauen mit formal niedriger Bildung und weiteren o. g. Merkmalen, die mindestens 4 Monate gestillt haben (n = 4) sowie Frauen mit formal höherer Bildung, die entweder nicht/kurz (n = 4) oder länger (n = 8) gestillt haben.

Die Befunde zeigen: Die Zielgruppe erwartet, dass ihre Entscheidungen zur Säuglingsernährung wertungsfrei akzeptiert werden. Gleichzeitig verspüren die Mütter einen besonderen Erwartungsdruck zu stillen, aber möglichst nicht öffentlich. Stillen in der Öffentlichkeit wird als Notlösung gesehen. Ein schwieriger Stillstart prägt nachhaltig ihre gesamte Stillzeit. Die befragten Frauen in Belastungslagen präferieren eine realistische, stigmasensible Darstellung des Stillens, die auch Herausforderungen und Schwierigkeiten aufgreift.

Auf der Grundlage der Ergebnisse können geeignete Maßnahmen und Botschaften zur besseren Erreichbarkeit und Ansprache entwickelt werden. Die

Befunde zeigen aber auch, dass vor Ort mehr kostenfreie Angebote zur Stillberatung verfügbar sein sollten, das Stillen in der Öffentlichkeit selbstverständlicher gemacht und gleichzeitig mehr geschützte Räume für Mütter eingerichtet werden müssen, die nicht öffentlich stillen möchten. Eine langfristig erfolgsversprechende Aufgabe ist es, das Stillen von klein auf als normal zu prägen, also bereits in (früh-)kindliche Bildungsprozesse als selbstverständlich zu integrieren.

Interessenskonflikte Es bestehen bei beiden Autorinnen keine Interessenskonflikte

PP06 Stillfreundliche Kommunen – wie können wir dieses Ziel erreichen?

Autor Lücke Stephanie

Institut Bundeszentrum für Ernährung, Netzwerk Gesund ins Leben, Bonn, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745519

Stillförderung beginnt vor Ort. In der Kommune können (werdende) Mütter in ihren Lebenswelten niedrigschwellig erreicht werden. Doch zielgruppenspezifische lokale Angebote zur Stillberatung – beginnend mit ärztlicher Aufklärung zur Säuglingsernährung bereits in der Schwangerschaft über die Information zu Stilltreffs bis hin zu Hilfe bei akuten Stillproblemen durch Ärzt*innen und einschlägige Gesundheitsfachberufe – sind bislang in Kommunen unterschiedlich gut ausgebaut. Oft sind auch die handelnden Akteure vor Ort zum Thema Stillberatung nicht optimal miteinander vernetzt.

Das Querschnittsthema Stillen könnte im Setting Kommune gut in bereits bestehende Strukturen integriert werden. Der Beitrag möchte Wege vorstellen, wie eine solche Integration und Vernetzung funktionieren kann, welche Voraussetzungen dafür nötig sind und welche Akteure dafür ins Boot geholt werden müssen, z. B. im Rahmen der Etablierung als stillfreundliche Kommune.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte

PP07 Wie steht es um die Kindergesundheit in Baden-Württemberg? Der Kindergesundheitsbericht Baden-Württemberg 2020

Autoren Dilger Christin, Stork Theresa, Geisinger Viktoria

Institut Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Referat 94 – Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung, Stuttgart, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745520

Bereits in der frühen Kindheit werden die Weichen für die Gesundheit im späteren Leben gestellt. Vorhandene Handlungsbedarfe sollten deshalb frühzeitig erkannt werden. Aber wie steht es um die Gesundheit der Kinder in Baden-Württemberg? Die Antwort auf diese Frage liefert der Kindergesundheitsbericht Baden-Württemberg 2020. Anhand für das Land repräsentativer Daten erläutert der Bericht die gesundheitliche Situation von baden-württembergischen Kindern unter sieben Jahren. Der Fokus dabei liegt bei den Kindern im Vorschulalter. Nicht nur der Gesundheits- und Entwicklungsstatus der Kinder an sich wird in diesem Bericht dargestellt, sondern auch verhältnis- und verhaltensbezogene Faktoren, die die Kindergesundheit beeinflussen. In einem Zusatzkapitel wird zudem die Gesundheit rund um die Geburt beleuchtet.

Als wesentliche Datenquellen des Kindergesundheitsberichts dienten die Erhebungen im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen (ESU) in Baden-Württemberg, amtliche Statistiken sowie Surveys des Robert Koch-Instituts (RKI). Da die ESU jedes Jahr bei einem kompletten Jahrgang durchgeführt wird, eignen sich die Daten im besonderen Maße um Entwicklungen der Kindergesundheit über die Zeit, regionale Unterschiede und Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen aufzuzeigen. Damit stellen die Daten eine gute Basis für die Identifizierung von Handlungsbedarfen für Präventions- und Förderprogramme dar.

Im Rahmen des Kongresses werden einige Daten und Fakten aus dem Bericht anschaulich an Hand des Regenbogenmodells in Posterform dargestellt.

Interessenskonflikte Keine.

PP08 Einführung und Rücknahme von Corona-Maßnahmen an Kita und Schule – Wie können Politik, Ärzteschaft und öffentlicher Gesundheitsdienst zusammenwirken? Erfahrungen aus dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Autoren Hölscher Gabriele¹, Zeckey Anne², Lehner-Reindl Verena³, Nennstiel Uta¹

Institute 1 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Sachgebiet Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Sozialmedizin, Kindergesundheit, Screeningzentrum, Oberschleißheim, Germany; 2 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Sachgebiet Hygiene, Oberschleißheim, Germany; 3 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Sachgebiet Hygiene, Erlangen, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745521

In Bayern bestand von politischer Seite bereits während einer recht frühen Phase der Corona-Pandemie der Wunsch, medizinische Fachgesellschaften beratend in Bezug auf die Einführung von Corona-Maßnahmen in Kindertagesstätten (Kita) und Schulen mit einzubeziehen. So wurde im Juli 2020 an das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) die Bitte herangetragen, einen Expertenkreis aus Vertretern medizinischer Fachgesellschaften zusammenzurufen, um einen Leitfaden z.B. zum Umgang mit Kindern mit Erkältungssymptomen in Kitas in Zeiten von SARS-CoV-2 zu erstellen. Das LGL konnte auf ein gut ausgebautes Netzwerk zurückgreifen und Experten aus der Kinder-/Jugendmedizin, der Allgemeinmedizin, Infektiologie und Virologie verschiedener medizinischer Berufs- und Fachverbände zur Mitarbeit an diesem Projekt gewinnen. Von Seite des LGLs waren Vertreter aus den Bereichen Hygiene und Kindergesundheit beteiligt.

Nach nur 3 Wochen konnte der Expertenkreis gemeinsam mit dem LGL einen Leitfaden zum Umgang mit Kindern mit Erkältungssymptomen in der Kindertagesbetreuung herausgeben. Der Expertenkreis war beratend eingebunden in die Überarbeitung des vom LGL erstellten und vom Sozialministerium herausgegebenen Rahmenhygieneplan Kindertagesbetreuung und Heilpädagogische Tagesstätten, sowie des vom Kultusministerium zusammen mit dem Gesundheitsministerium veröffentlichten Rahmenhygieneplan Schulen.

Folgende Erfahrungen in der Zusammenarbeit zwischen Politik, Ärzteschaft und ÖGD lassen sich aus Sicht des LGL zusammenfassen. Das Engagement war bei allen Beteiligten sehr groß. Die Schwerpunkte und Vorstellungen, welche Maßnahmen zu ergreifen sind, unterscheiden sich zwischen den verschiedenen Professionen sowie auch innerhalb dieser z.T. sehr. Thematische Diskrepanzen zeigten sich insbesondere beim Maskentragen während des Unterrichts bzw. Sportunterrichts und beim Zutritt von Kindern mit leichten Erkältungssymptomen. Während der Zusammenarbeit ergaben sich hier aber durchaus Annäherungen. Insbesondere das Ziel, die Bildungseinrichtungen für Kinder- und Jugendliche offen zu halten, ist inzwischen unumstößlicher Konsens.

Anhand dieses Projekts wird deutlich, dass Landesgesundheitsämter bzw. der ÖGD im Allgemeinen aufgrund des qualifizierten Personals, dem gut ausgebauten Netzwerk und der Nähe zu verschiedenen Ministerien prädestiniert dafür sind, eine Brücke zu schlagen zwischen Politik, Wissenschaft und Praxis. Dieses Potential gilt es in Zukunft noch stärker zu nutzen.

Interessenskonflikte Als wissenschaftliche Mitarbeiterin des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit aktiv im beschriebenen Projekt eingebunden.

Ansonsten bestehen keine Interessenskonflikte.

PP09 SARS-CoV-2 bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse einer Sentinelerhebung in Kinderarztpraxen der Stadt Bremen

Autoren Spieß Benjamin¹, Pawlowski Kim²

Institute 1 Gesundheitsamt Bremen, Gesundheit und Umwelt, Bremen, Germany; 2 Gesundheitsamt Bremen, Gesundheit und Umwelt, Bremen, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745522

Einleitung Bei Kindern und Jugendlichen ruft eine SARS-CoV-2-Infektion oft nicht die klassischen COVID-19-Symptome hervor, Krankheitsverläufe mit unspezifischen Symptomen und klinisch unauffällige Infektionen sind nicht selten. Somit ist von einer hohen Dunkelziffer hinsichtlich der Infektionszahlen auszugehen. Um das tatsächliche Vorkommen von SARS-CoV-2-Infektionen unter Minderjährigen in der Stadt Bremen einschätzen zu können und um Einblicke in das Infektionsgeschehen in dieser Altersgruppe zu gewinnen, organisierte das Bremer Gesundheitsamt eine Sentinelerhebung in ausgewählten Bremer Kinderarztpraxen.

Methodik An der Studie beteiligten sich zehn Kinderarztpraxen aus verschiedenen Stadtteilen. Die Erhebung fand von September 2020 bis Mai 2021 statt. Die Probandenauswahl erfolgte quasi-randomisiert, 746 Kinder und Jugendliche ließen sich testen (PCR-Tests). Zur Ermittlung des Anteils asymptomatisch verlaufender SARS-CoV-2-Infektionen wurde eine begleitende Erhebung von Februar 2021 bis Mai 2021 mit 498 Kindern und Jugendlichen durchgeführt.

Ergebnisse 5,5% (n = 41) der Probandinnen und Probanden wurden positiv getestet, Mädchen häufiger als Jungen (7,1% vs. 4,2%). Es zeigen sich saisonale Unterschiede in der Infektionshäufigkeit mit Höchstwert in den Wintermonaten. Infizierte Kinder und Jugendliche sind im Durchschnitt mehr als zwei Jahre älter als nichtinfizierte (8,7 Jahre vs. 6,4 Jahre). In Kinderarztpraxen, die in Stadtteilen mit niedrigem sozioökonomischen Status liegen, ist der Anteil nachgewiesener Infektionen mit 7,7% deutlich höher als in Praxen in besser situierten Stadtteilen (2,8%). Ein beachtlicher Teil (43,8%) der positiv getesteten Kinder und Jugendlichen zeigt sich asymptomatisch.

Diskussion Die Besonderheit dieser Studie besteht darin, dass keine anlassbezogenen Testungen durchgeführt und ausschließlich Minderjährige untersucht wurden. In Anbetracht der Ergebnisse kann von einer verdeckten Prävalenz ausgegangen werden. Die ermittelte Periodenprävalenz beträgt nahezu das Doppelte der offiziell registrierten Fallzahlen bei Kindern und Jugendlichen im entsprechenden Zeitraum in der Stadt Bremen. Übereinstimmungen mit anderen Studien zeigen sich auch hinsichtlich der Abhängigkeit des Infektionsrisikos vom Alter und vom sozialen Status.

Interessenkonflikte Die AutorInnen sind im Gesundheitsamt Bremen, Referat 33 „Kommunale Gesundheitsberichterstattung“, angestellt.

Fachausschuss Gesundheitsberichterstattung und Prävention

PP10 Einrichtung einer gynäkologisch geburtshilflichen Sprechstunde in einem Großstadtdes Gesundheitsamt: humanitäre Bedarfe, Patient:innen und Herausforderungen

Autoren Gaußmann Anke¹, Tiarks-Jungk Petra¹, Valenteijn Antje¹, Pohl Gordon¹, Tinnemann Peter², Lengsfeld Corinna¹

Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Medizinische Dienste, Beratung und Humanitäre Angebote, Frankfurt am Main, Germany; 2 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Amtsleitung, Frankfurt am Main, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745523

Einleitung In Frankfurt am Main leben schätzungsweise mehrere zehntausend Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität und/oder ohne Krankenversi-

cherung und haben somit keinen Zugang zum Krankenversorgungssystem (1). Das Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt am Main bietet seit 2002 sogenannte humanitäre Sprechstunden zur medizinischen Versorgung dieser Menschen an. Seit November 2018 werden diese durch eine ambulante gynäkologische und geburtshilfliche Sprechstunde mit fachärztlicher Versorgung ergänzt.

Material und Methoden Auf der Basis sozialmedizinischer Routinedaten, inkl. Herkunft, Sprache, Krankenversicherungsstatus, Diagnosen sowie Finanzierung der stationären Behandlung der Patientinnen der gynäkologisch- geburtshilflichen Sprechstunde wird das Kollektiv analysiert und deskriptiv beschrieben.

Fragestellung Welche Patientinnen werden durch das Gesundheitsamt Frankfurt im Rahmen der gynäkologisch- geburtshilflichen humanitären Sprechstunde medizinische versorgt und welche humanitären Bedarfe können daraus abgeleitet werden?

Ergebnis In der gynäkologischen humanitären Sprechstunde wurden 2019 271 Patientinnen versorgt. Seit November 2018 wurden in 24 Monaten 165 Schwangerschaften betreut. Alle Patientinnen hatten keine Krankenversicherung. Drei (1,8%) Patientinnen kamen aus Deutschland, 72(43,4) aus der EU, und 90(54,5) aus Drittstaaten. Die häufigsten Herkunftsländer waren Rumänien und Ghana, insgesamt kamen die Patientinnen aus 40 Ländern.

Schlussfolgerung Während sich Deutschland und Europa für die gesundheitliche Versorgung aller Menschen auch ohne Krankenversicherungen ausgesprochen hat, können wir mit der medizinischen Versorgung des Gesundheitsamtes eine umfangreiche Versorgungslücke dokumentieren. Auf der Basis der medizinisch-humanitären Betreuung, insbesondere der gynäkologisch- geburtshilfliche Versorgung, konnten wir die Notwendigkeit dieser, machbaren und sinnvollen, Versorgung in einem Großstadtdes Gesundheitsamt aufzeigen.

Dabei waren die größten Herausforderungen die sozialmedizinische Betreuung, Betreuungssprache, sowie Verzahnung zur stationären Versorgung und Finanzierung der stationären Versorgung [1].

Interessenkonflikte Es bestehen keine Interessenkonflikte

Literatur

[1] Krieger, Wolfgang (2008): Statuslose in Frankfurt, Lebenslagen, Hilfebedarfe, Unterstützungssysteme, in: Hamburger Forum für soziale Arbeit und Gesundheit, standpunkt: sozial 1 + 2/2008

PP11 Tränen statt Mutterglück – Die Rolle kommunaler Schwangerenberatungsstellen bei der Prävention von peri-/postpartalen Depressionen

Autoren Kok Dominique¹, Pasch Ulrich¹, Melville-Drewes Andrea²

Institute 1 Gesundheitsamt Düsseldorf, 53/34, Düsseldorf, Germany;

2 Gesundheitsamt Düsseldorf, 53/0, Düsseldorf, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745524

Schlüsselworte Peri- und postpartale Depression, psychosoziale Beratung, Primär- und Sekundärprävention, Intervention, Lotsenfunktion.

Ausgangslage, Intervention, Schlussfolgerung Emotionale Krisen in der Schwangerschaft und nach der Geburt sind immer noch ein Tabuthema. Etwa 50% aller Wöchnerinnen zeigen in den ersten Tagen und Wochen nach einer Geburt Anzeichen des sog. „Baby-Blues“. Bei etwa 10-15% der Frauen kann sich hieraus eine peri-/postpartale Depression entwickeln. Aus Scham oder mangelnder Sensibilisierung wird diese häufig erst spät thematisiert oder erkannt und droht zu chronifizieren. Die psychische Gesundheit der Mutter spielt aber eine wichtige Rolle für die Entwicklung einer gesunden Mutter-Kind-Interaktion. Kommunale Schwangerenberatungsstellen können als eine erste Anlaufstelle für schwangere Frauen und junge Mütter ein gezieltes und niedrigschwelliges Angebot im Sinne einer Primär- und Sekundärprävention machen.

Im Rahmen psychosozialer Beratung und Begleitung werden die Frauen während/nach der Schwangerschaft frühzeitig für mögliche Anzeichen einer peri-/postpartalen Störung sensibilisiert und mögliche Risiko-/Belastungsfaktoren identifiziert. Bei Bedarf können psychologische Screeningverfahren eingesetzt werden. Im Sinne einer aktiv abwartenden Begleitung wird den Frauen nach partizipativer Entscheidung Beratung angeboten. Diese beinhaltet neben Psy-

choinformation stabilisierende und ressourcenaktivierende Interventionen mit dem Ziel der Reduktion von Belastungsfaktoren und der Steigerung von elterlicher Kompetenz und Problemlösefähigkeit. Im Sinne einer Lotsenfunktion erfolgt im Bedarfsfall eine zielgerichtete Anbindung an entsprechende Institutionen, wie z.B. Jobcenter, Frühe Hilfen, etc.. Bei anhaltender Symptomatik oder Verschlechterung wird in eine entsprechende psychotherapeutische Behandlung vermittelt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass eine niederschwellige Intervention im Rahmen des Versorgungsauftrags der Schwangerenberatungsstellen ein wichtiger Baustein zur Vermeidung einer Chronifizierung im Zusammenhang mit peri-/postpartalen Depressionen ist. In der Praxis zeigt sich, dass Frauen mit dem Beratungserstanlass „psychische Probleme während/nach der Schwangerschaft“ sehr von der Beratung profitieren.

Therapieferne, Sprachbarriere oder vorrangigere existenzielle Belastungsfaktoren können eine erschwerende Herausforderung darstellen. Hier kann die Lotsenfunktion einer kommunalen Beratungsstelle ein Türöffner sein.

Interessenskonflikte Keine

PP12 Kommunale Gesundheitslotsen Interkulturell (KoGI) zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Eltern in Frankfurt am Main: Projektkonzeption und Umsetzung im ersten Projektjahr

Autor Schade Manuela

Institut Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Stabstelle GBE, Frankfurt am Main, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745525

Hintergrund Ca. die Hälfte der deutschen Bevölkerung besitzt eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz, welche informierte Entscheidungen bzgl. Gesundheit erschwert. Eltern sollten über Gesundheitskompetenz verfügen, um gute Entscheidungen hinsichtlich Gesundheit und Wohlbefinden ihrer Kinder zu treffen. Durch die am Gesundheitsamt ausgebildeten „Kommunale Gesundheitslotsen“ (KoGi) wird seit Jahren interkulturelle Gesundheitsbildung und –aufklärung vollzogen. Ziel ist hier die Weiterentwicklung des bestehenden KoGI-Konzeptes im Elementarbereich, um die Gesundheitskompetenz von Eltern vulnerabler Gruppen zu stärken. Das Projekt wird im Rahmen der zielgruppenspezifischen Interventionen von der BZgA für 4 Jahre gefördert.

Methodik Der Projektvorschlag wurde zunächst in eine Stadtteilgesundheitskonferenz im Jahr 2019 eingebracht. Darauf wurde in einer Bedarfserhebung erfasst, in welchen Themen Eltern Informationen benötigen. Eine eingerichtete Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Pädagogen, Erzieher, Jugendhilfe, KoGI Lotsen, Eltern, Kinder, Ämter, etc. erarbeitete partizipativ ein Curriculum zur Elternbildung. In 2021 wurden 30 Menschen mit Migrationshintergrund zu Multiplikatoren durch Referenten verschiedener Fachdisziplinen ausgebildet. Das Projekt wird sowohl intern als auch extern durch die BZgA evaluiert und kontinuierlich angepasst.

Ergebnisse In das Ausbildungscurriculum wurden in einem gemeinsamen Prozess folgende Themen aufgenommen und curricular ausgearbeitet: Ernährung, Zahngesundheit, Bewegung, seelische Gesundheit, Medienkompetenz, deutsche Sprachkompetenz, Kinderrechte, deutsches Bildungssystem, Schuleingangsuntersuchungen und Impfungen, Covid 19 und Impfungen, Unfall-gefahren und Erste Hilfen sowie ein methodischer Ausbildungsanteil. 30 Lotsinnen können seit April 2021 in Frankfurt zur Stärkung der Gesundheitskompetenz im Elementarbereich eingesetzt werden. Erste Veranstaltungen, vorrangig pandemiebedingt im Online-Modus, mit Eltern fanden bereits statt. Die Reichweite ist bislang jedoch pandemiebedingt gering.

Schlussfolgerung Das bereits seit Jahren in Frankfurt umgesetzte KoGI Konzept ist sehr erfolgreich. Die Weiterentwicklung und Ausbildung von KoGI Lotsen für spezifische Settings (Krippe/Kita/Grundschule) ist eine sinnvolle Ergänzung des bestehenden Konzeptes zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Eltern. Auch ein partizipatives Vorgehen hat sich in diesem Projekt bewährt.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenkonflikte.

PP13 Studie der AIDS-/STI-Beratungsstellen des ÖGD in NRW zu Einflüssen von Präventionsstrategien wie PrEP und HIV-Heimtest sowie Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Arbeit

Autoren Baumhauer Katrin¹, Spiekermann Katrin²

Institute 1 Gesundheitsamt Köln, Fachdienst STI und sexuelle Gesundheit, Köln, Germany; 2 Gesundheitsamt Kreis Siegen-Wittgenstein, Beratungsstelle zu HIV/AIDS & weiteren STI, Siegen, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745526

Ausgangslage in 2019 Durch neue Erkenntnisse und Entwicklungen zu HIV und weiteren sexuell übertragbaren Infektionen (STI) werden Präventionsstrategien kontinuierlich angepasst. Vermutet wurde, dass Heimtests und die Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP) Einfluss auf die Beratungsarbeit im ÖGD nehmen. Für die Diskussion um denkbare und tatsächliche Veränderungen fehlte es bislang an einer sachlichen Grundlage. Mit einer gemeinsamen Datenerhebung im Rahmen der Studie des Verbandes der AidskoordinatorInnen NRW e.V. (VAK NRW) wurde diese Grundlage nun geschaffen, die trotz großer Heterogenität in den verschiedenen HIV-/AIDS-/STI-Beratungsstellen gemeinsame Schlussfolgerungen erlaubt.

Auf der Fachtagung für HIV-/STI-Fachkräfte im Mai 2019 wurden im Rahmen eines Workshops, an dem Mitarbeiter*innen aus 13 ländlichen und städtischen Gesundheitsämtern teilnahmen, partizipativ Hypothesen zu den Einflüssen neuer Präventionsstrategien wie PrEP und HIV-Heimtest auf die Arbeit in den Beratungsstellen aufgestellt, die mit Hilfe ausgewählter Items nun überprüft werden können.

Seit März 2020 beeinflusst zusätzlich die Corona-Pandemie die Arbeit der Beratungsstellen. Diese werden bis heute vor neue Herausforderungen gestellt. Kontaktbeschränkungen, Schließung von Beratungsstellen, eingeschränkte Öffnungszeiten und die Einbindung von Mitarbeitenden der Gesundheitsämter im Kampf gegen Corona haben erhebliche Auswirkungen auf die Arbeit. Der angelegte Studienzeitraum bis 31.12.2020 ermöglicht diese Veränderungen und die daraus resultierenden Folgen auf die Angebote darzustellen. Sie zeigt aber auch, welche neuen Wege eingeschlagen wurden und wie sich die Beratungsstellen zukunftsfähig aufstellen.

Methodik Nach einer 4-wöchigen Pre-Test-Phase wurden im Erhebungszeitraum vom 01.10.2019 bis 31.12.2020 10 Items mit verschiedenen Ausprägungen erhoben. Die anonymisierten Daten wurden von 19 teilnehmenden Gesundheitsämtern in NRW als Excel-Tabellen quartalsweise an den VAK geschickt. Ab diesem Schritt ist kein Rückschluss auf ein Gesundheitsamt mehr möglich. Die Methodik „Aktionsforschung“ ist eine etablierte und anerkannte epidemiologische Erhebungsmethode.

Schlussfolgerung Eine gemeinsame Datenerhebung im ÖGD ist möglich und kann als sachliche Diskussionsgrundlage genutzt werden. Der VAK NRW e.V. zeigt wie dies mit einer gemeinsamen Studie zu Einflüssen neuer Präventionsstrategien sowie Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Arbeit der Beratungsstellen im ÖGD gelingen kann.

Interessenskonflikte Keine Interessenskonflikte

PP14 Kleinräumige Betrachtung der Inanspruchnahme der Standardimpfungen auf Kreisebene in Schleswig-Holstein

Autoren Oldenburg Martin¹, Hering Ramona², Friederich Anja³

Institute 1 Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e.V., Kiel, Germany; 2 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Fachbereich Data Science und Versorgungsanalysen, Berlin, Germany; 3 Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e.V., Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit, Kiel, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745527

Zielsetzung Impfungen sind wichtige PublicHealth-Instrumente. Der ÖGD ist eine wichtige Säule bei der Umsetzung von Impfungen in der Bevölkerung. Das Erreichen und Halten von hohen Impfquoten in der schleswig-holsteinischen Bevölkerung sind Ziele der Impfkampagne, welche unter Federführung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren (MSGJFS) des Landes Schleswig-Holstein in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e. V. (LVGFH) durchgeführt wird. Die kleinräumige, alters- und geschlechtsspezifische Betrachtung der Inanspruchnahme der empfohlenen Standard- und Indikationsimpfungen auf Kreisebene kann helfen, Impflücken zu identifizieren sowie Erkenntnisse für die Impfkampagne auf regionaler Ebene abzuleiten.

Methoden Berechnet werden die Impfquoten für die Standard- und Indikationsimpfungen lt. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) nach Alters-, Geschlechtsgruppen und Kreisen in den Jahren 2017 bis 2020 in Schleswig-Holstein. Datengrundlage bilden pseudonymisierte, kassenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V der Jahre 2011 bis 2020. Studienpopulation sind die gesetzlich versicherten Männer, Frauen und Kinder, welche im Beobachtungszeitraum ihren Wohnsitz in Schleswig-Holstein und eine vertragsärztliche Leistung in Anspruch genommen haben. Die statistische Auswertung der Daten wird durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) in Deutschland realisiert. Die LVGFH hat hierzu eine Anfrage zur statistischen Auswertung an das ZI gestellt.

Ergebnisse Die Auswertung der Daten ist für das erste Quartal 2022 geplant. Anhand erster Ergebnisse zeigt der Beitrag modellhaft für Schleswig-Holstein einen Weg auf, wie regionale Versorgungsdaten in Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, dem ZI, für die Präventionsarbeit des ÖGD in allen Bundesländern genutzt werden können.

Interessenskonflikte Für die Durchführung einer jährlichen Fachtagung erhielt die LVGFH zuletzt 2019 finanzielle Unterstützung der Impfstoffhersteller GSK, msd, Mylan, Sanofi Pasteur und Pfizer.

PP15 Daten für Taten im neuen Gewand: Der neue Gesundheitsatlas Baden-Württemberg

Autoren Geisinger Viktoria, Dilger Christin

Institut Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Referat 94 – Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung, Stuttgart, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745528

Der Gesundheitsatlas Baden-Württemberg ist eine Onlineplattform, auf der Daten und Informationen zur Gesundheit und gesundheitsrelevanten Themen in Form von interaktiven Karten, Tabellen und Berichten der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden. Damit ist er ein wichtiger Baustein der Gesundheitsberichterstattung des Landes.

Der Gesundheitsatlas präsentiert sich 2022 in neuer und moderner Optik. Da die Software, mit der der Gesundheitsatlas erstellt und gepflegt wurde, nicht mehr dem Stand der Technik entsprach, wurden die Daten auf eine neue cloud-basierte Version migriert, die viele Möglichkeiten bietet, um Daten nutzerfreundlich, ansprechend und detailliert darstellen zu können. In diesem Zuge wurde auch die Website komplett neugestaltet und ein neues Design entwickelt. Die Website passt sich nun auch auf die Bildschirmgröße des mobilen Endgerätes an, was die Benutzerfreundlichkeit deutlich erhöht.

Zudem wurden die Themenstruktur und die Einteilung der Indikatoren überarbeitet. Statt der ursprünglichen 5 Themen wurde die Themenstruktur auf die folgenden 9 Themenbereiche ausgeweitet, was die Suche nach bestimmten Indikatoren vereinfachen soll:

- Strukturdaten zur Bevölkerung,
- Wirtschaftliche und soziale Lage,
- Allgemeiner Gesundheitszustand und Mortalität,
- Krankheiten/Krankheitsgruppen,
- Medizinische Eingriffe,
- Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und deren Folgen,

- Einrichtungen des Gesundheitswesens,
- Beschäftigte im Gesundheitswesen,
- Angebote der Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitlichen Selbsthilfe,
- Gesundheitsausgaben und Kosten.

Die Daten sind über interaktive dynamische Dashboards, Profile und Berichte dargestellt und können bei Bedarf einfach heruntergeladen werden.

Die landesweit und regional aufbereiteten Gesundheitsinformationen sollen den Dialog zwischen interessierten Bürgerinnen und Bürger und der Politik über den Gesundheitsstandort Baden-Württemberg ermöglichen, den Expertinnen und Experten in den Kommunen eine Gesundheitsplanung erleichtern und eine fundierte Grundlage für die Beratungen in den kommunalen Gesundheitskonferenzen bieten.

Interessenskonflikte Keine Interessenkonflikte vorhanden.

PP16 Prävention und Gesundheitsförderung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Prev4ÖGD) – eine Bestandsaufnahme in Baden-Württemberg

Autoren Häske David¹, Hesmert Daniela¹, Klein Janina Anika¹, Mangold Jasmin², Siegel Achim³, Wössner Sofie¹, Mahler Cornelia², Rieger Monika A.³, Joos Stefanie⁴

Institute 1 Universitätsklinikum Tübingen, Zentrum für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung (ZÖGV), Tübingen, Germany;

2 Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Gesundheitswissenschaften, Abteilung Pflegewissenschaft, Tübingen, Germany; 3 Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Tübingen, Germany; 4 Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin & Interprofessionelle Versorgung, Tübingen, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745529

Hintergrund Die Gesundheitsförderung wird im „Leitbild für einen modernen öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)“ (Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf 2021) als Kernaufgabe benannt. Insbesondere mit Blick auf eine Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit, die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten und die Stärkung der Gesundheitskompetenz erhält der ÖGD einen zentralen Stellenwert. Durch ihre Verortung in regionalen Strukturen und dem daraus resultierenden Zugang zu den Lebenswelten verfügt dieser über ein besonderes Potenzial im Bereich der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung. Gleichzeitig sehen sich Mitglieder des ÖGD angesichts anhaltender Personalknappheit einerseits und einer Ausweitung des eigenen Aufgabenspektrums andererseits, wachsenden Herausforderungen gegenüber.

Das Projekt Prev4ÖGD verfolgt vor diesem Hintergrund zwei Ziele: eine Bestandsaufnahme von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung durch den ÖGD, sowie eine Exploration förderlicher und hinderlicher Faktoren bei deren Umsetzung.

Methodik Zur Bestandsaufnahme wird aufbauend auf Literatur, Hospitationen und Gesprächen mit Mitgliedern des ÖGD ein Fragebogen entwickelt, mit dem Ziel Aktivitäten von Gesundheitsämtern im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung zu erfassen. Dieser Fragebogen soll Vertretenden aller Gesundheitsämter (n = 38) sowie der Kommunalen Gesundheitskonferenzen (n = 39) in ganz Baden-Württemberg zur Teilnahme vorgelegt werden. Des Weiteren sollen begünstigende und hinderliche Faktoren für die Durchführung von Aktivitäten in diesem Bereich anhand von Methoden der qualitativen Sozialforschung identifiziert werden. Dies erfolgt auf der Grundlage von ca. 7 bis 15 problemzentrierten Interviews mit Mitarbeitenden von Gesundheitsämtern und deren Kooperationspartnern. Der Fokus liegt auf der Sondierung von Erfahrungsbeispielen und darüberhinausgehenden Praxiserfahrungen, um einen Einblick in die Handlungspraxis vor Ort zu ermöglichen. Die Auswertung erfolgt mittels thematischer Analyse und zielt auf die Identifizierung und Analyse von Mustern in qualitativen Daten ab.

Ergebnisse Beim Kongress können Zwischenergebnisse präsentiert werden. Aufbauend auf der Bestandsaufnahme und den identifizierten förderlichen und hinderlichen Faktoren dienen die Ergebnisse dazu Handlungsempfehlungen für Akteurinnen und Akteure sowie für die politische Ebene abzuleiten. Auf operativer Ebene unterstützen die Ergebnisse den ÖGD dabei erfolgreich Maßnahmen umzusetzen.

Quelle

Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (2021): Leitbild für einen modernen öffentlichen Gesundheitsdienst. Zugriff über <https://www.akademie-oegw.de/die-akademie/leitbild-oegd.html>. Zuletzt eingesehen: 23.02.2022.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte

PP17 Gesunde Lebenserwartung und vermeidbare Sterbefälle – bewährte Konzepte neu berechnet

Autoren Reising Veronika¹, Brettner Johannes², Zollikofer Sylvia², Kuhn Joseph²

Institute 1 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, GE 4.2 Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Sozialmedizin, Oberschleißheim, Germany; 2 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), GE 4.2 Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Sozialmedizin, Oberschleißheim, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745530

Angestoßen durch das nationale Präventionsgesetz beschäftigen sich Akteure auf Bundes- wie Länderebene mit der Entwicklung einer Präventionsberichterstattung. Hierbei spielt auch die (Weiter-)Entwicklung relevanter Indikatoren eine wichtige Rolle. In Bayern wurden zu den Indikatoren „gesunde Lebenserwartung“ und „vermeidbare Sterbefälle“ Methodengutachten vergeben. Die regionale Ebene fand dabei besondere Berücksichtigung.

Der Indikator „gesunde Lebenserwartung“ bezieht neben der Lebensdauer auch die Lebensqualität mit ein. Das Gutachten ergab, dass eine Berechnung nicht nur mittels der häufig verwendeten Schwerbehindertenstatistik, sondern auch auf Basis der Pflegestatistik robuste Ergebnisse liefert. Letzteres Vorgehen ist auch für die Kreisebene geeignet und weist Vorteile auf, da die Pflegeraten mit dem Altersverlauf stetig ansteigen und mit dem demografischen Wandel direkt verbunden sind. Für Bayern ergab sich für 2015/17 unter Verwendung der Pflegedaten eine gesunde Lebenserwartung von 80,0 Jahren (Frauen) bzw. 76,9 (Männer) bei einer Lebenserwartung von 83,7 Jahren (Frauen) bzw. 79,2 (Männer). Die mit Schwerbehindertendaten berechnete gesunde Lebenserwartung lag bei 76,6 Jahren (Frauen) bzw. 71,8 (Männer).

Der Indikator „vermeidbare Sterblichkeit“ gilt als Maß für die Qualität des Gesundheitssystems. Zugrunde liegt eine Auswahl von Todesursachen, die als sensibel für Effekte der Prävention und Versorgung gelten. Das Gutachten schlägt eine Neukonzeption des Indikators nach der OECD-Eurostat-Todesursachenliste vor, die den Entwicklungen in Medizin, Prävention und Demographie Rechnung trägt und eine separate Ausweisung des prävenierbaren und behandelbaren Anteils der vermeidbaren Sterblichkeit zulässt. Der Indikator erweist sich auf Landes- wie Regierungsbezirksebene belastbar, eine Berechnung auf Kreisebene wird aufgrund geringer Fallzahlen bei einigen ICD-Codes nicht empfohlen. Für Bayern ergeben sich 2018 230 vermeidbare Sterbefälle je 100 000 Ew., die prävenierbaren Sterbefälle überwiegen die behandelbaren. Männer sind fast doppelt so häufig betroffen wie Frauen (300 bzw. 160 vermeidbare Sterbefälle je 100 000 Ew.).

Eine Übernahme der neu gefassten Indikatoren in die Gesundheitsberichterstattung in Bayern wird aktuell vorbereitet, die Übernahme auf Bundesebene vorgeschlagen. Zur Erleichterung der Berechnung stehen Methodenbriefe mit Bearbeitungshinweisen sowie im Fall der „gesunden Lebenserwartung“ ein nutzerfreundliches Excel-Sheet zur Verfügung

Literatur Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2003). Indikatorenset für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Bielefeld.

OECD (2019). Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (November 2019 version). <https://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>

Scholz RD (2021). Gesunde Lebenserwartung in den Regionen des Freistaates Bayern unter Berücksichtigung von Zeiten in Pflege. In: BBSR (Hrsg) (2021). Der demografische Wandel. Ein wichtiger Faktor für die Entwicklung regionaler Teilmärkte. Dezembertagung des DGD-Arbeitskreises „Städte und Regionen“ in Kooperation mit dem BBSR Bonn am 5. und 6. Dezember 2019 in Berlin. BBSR-Online-Publikation 01/2021, Bonn: S. 73-80.

Weber A et al (in print). Vermeidbare Sterblichkeit – Neufassung eines Indikators für die Präventionsberichterstattung. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz.

Interessenskonflikte Beide Methodengutachten wurden durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege im Rahmen der Initiative Gesund. Leben.Bayern. gefördert.

PP18 „Sucht im Alter“ – Gesundheitssurvey Bayern 65 +

Autoren Fenzl Manuel, Hausmann Judith, Kuhn Joseph

Institut Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Gesundheitsberichterstattung, Oberschleißheim, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745531

Hintergrund Für die Bevölkerung ab 65 Jahren gibt es bislang keine repräsentativen Erhebungen zum Konsum und Missbrauch von psychoaktiven Substanzen sowie den daraus resultierenden Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation der Betroffenen bzw. deren Lebensumstände – weder bundesweit noch für Bayern. Mit einer repräsentativen Befragung in Bayern soll diese Datenlücke geschlossen werden. Schwerpunkte der Befragung sind der Konsum von Alkohol, Tabak und Medikamenten. Das Fragenset orientiert sich an den Items des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA'21) bzw. der GEDA-Erhebung 65 + des RKI. Der Vortrag skizziert das Studienvorhaben.

Studiendesign Die Befragung der älteren Bevölkerung in Bayern wird als computergestützte, telefonische Befragung (CATI-Befragung) konzipiert, mit Option einer schriftlichen Beantwortung für Personen, die dies wünschen (Paper & Pencil oder Online). Die Untersuchung sieht vor, 4000 Probanden zu befragen. Die Stichprobenziehung erfolgt unter Einbeziehung des Dual-Frame Ansatzes (Festnetz und Mobil). Um Fragestellungen zur Fragebogenentwicklung zu konkretisieren, werden zudem mindestens fünf qualitative, semi-strukturierte Interviews mit Experten durchgeführt.

Primäre Endpunkte Für die Erhebung werden Häufigkeit des Konsums, Dauer, Menge (außer bei Medikamenten), Ursachen und Folgen des Konsums, sowie der Einfluss der Corona-Pandemie auf den Konsum abgefragt. Konsummissbrauch-/ Abhängigkeit werden mittels AUDIT-C (Alkohol), Penn State Nicotin Dependence Index (Tabak/Nikotin) und Fragen aus dem ESA'21 (Medikamente) erhoben. Zusätzlich werden Antidepressiva- und Drogenkonsum erhoben. Darüber hinaus werden der Allgemeine Gesundheitszustand (körperlich/psychisch durch SF-8, inkl. Schmerzen), Schlafprobleme, Pflegegrad, Traumatische Lebensereignisse und der Einfluss der Corona-Pandemie auf den Gesundheitszustand erhoben.

Sekundäre Endpunkte Zur Abbildung des sozialen Umfeldes werden u.a. der Grad der Einsamkeit, soziale Kontakte und Tätigkeit in Vereinen/ Gruppen/ Ehrenamt erhoben sowie der Einfluss der Corona-Pandemie auf die sozialen Kontakte und Einsamkeit.

Diskussion Ziel der Studie ist es, Ansatzpunkte und Handlungsansätze für Interventionen zu ermitteln. Der Abschlussbericht ist für August'22 geplant.

Interessenskonflikte Es gibt KEINE Interessenskonflikte

PP19 Gesundheitsförderung im Alter in der Stadt Köln

Autoren Kreische Anne, Eichberg Sabine

Institut Gesundheitsamt Stadt Köln, Gesundheitsplanung und -förderung, Köln, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745532

Die Altersstruktur unserer heutigen Gesellschaft verändert sich, und in Köln steigt

besonders die Anzahl der Personen ab 80 Jahren.

Gesundheitsförderung und Prävention sind aber keine Frage des Alters. Bis ins hohe Alter können Menschen von gesundheitlichen und präventiven Maßnahmen profitieren. Menschen in ihrer zweiten Lebenshälfte gehören zur vulnerablen Zielgruppe, was durch die Corona-Pandemie noch deutlicher wurde. Die Stadt Köln hat sich daher das gesundheitspolitische Ziel gesetzt, die Gesundheit der Senior*innen zu fördern. Es gibt bereits ein vielfältiges Angebot an gesundheitsförderlichen und präventiven Angeboten in Köln. Beispielhaft sind hier Maßnahmen des Gesundheitsamtes dargestellt.

Bewegungsförderung Bewegung und Mobilität sind ein wichtiger Teil der Lebensqualität, die die Selbstständigkeit, Unabhängigkeit und aktive Teilhabe am sozialen Leben im Alter aufrechterhalten kann. Nach dem Motto 3000 Schritte mehr konzipiert das Gesundheitsamt gemeinsam mit Akteur*innen vor Ort Veedelsspaziergänge – Rundgänge mit Tiefgang. Durch den partizipativen Ansatz erreichen die gedruckten Broschüren einen hohen Bekanntheitsgrad. Eine neue Kooperation mit dem Landschaftsverband Rheinland ist es nun auch möglich, einige Rundgänge auf dem Smartphone mit einer interaktiven Karte abzulaufen.

Gesundheitskompetenz Gesundheitskompetenz stärkt das Gesundheitsamt beim Aktionstag „gesund & mobil im Alter“. Der Aktionstag bietet den Kölner Senior*innen ein spannendes Programm. Vorträge, Stände und Mitmachaktionen informieren rund um die Themen gesund und aktiv Älterwerden, gesetzliche Rahmenbedingungen im Bereich Pflege, Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht. Vor allem Gesundheitsinformationen werden hier zielgruppengerecht kommuniziert, Beratungen durchgeführt und Angebote vermittelt.

Caring Community Köln Caring Community Köln hat das Ziel, die Kölner Stadtgesellschaft im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer zu stärken und ihre Kompetenzen zu fördern. Mehrere Arbeitsgruppen (Sorgestadtplan, Trauer am Arbeitsplatz, Versorgung, Kinder und Jugendliche) erarbeiten Maßnahmen, Handlungsempfehlungen, und Leitlinien, um Bürger*innen besser zu versorgen und zu informieren. Beispielsweise soll der Sorgestadtplan eine Stadtkarte beinhalten, in der alle Angebote für den Bereich Hospiz- und Palliativversorgung angezeigt werden mit diversen Filterfunktionen, um Bürger*innen einen niedrigschwelligen Zugang zu Informationen zu bieten.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte.

PP20 Gesundheit im Alter von Menschen ab 55 Jahren in Frankfurt am Main: Ergebnisse nach Sozialstatus mittels Sekundärdatenanalyse

Autor Schade Manuela

Institut Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Stabstelle GBE, Frankfurt am Main, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745533

Hintergrund Zum Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung in Frankfurt liegen kaum Daten vor. Die aus dem Jahre 2012/2013 in Frankfurt am Main durch das RKI erhobene Zusatzstichprobe der „GEDA“ Studie (Gesundheit in Deutschland aktuell) soll weitere Erkenntnisse liefern. In dieser Analyse werden Daten zum Gesundheitszustand und weiteren Parametern der älteren Bevölkerung ab 55 Jahren nach Sozioökonomischen Status (SES) zur Ableitung möglicher Handlungsempfehlungen für präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen untersucht.

Methodik Im Zeitraum von 03/12 bis 03/13 wurden Daten von Frankfurter Bürgern über 18 Jahre mittels computergestützter telefonischer Befragung durch eine repräsentative Zufallsstichprobe aus dem Festnetz-Stichprobensystem des ADM (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V.) erhoben. U.a. wurden gesundheitsbezogene, lebensstilbezogene und umweltbezogene Daten erfasst. Diese werden mit dem vorliegenden Sozio-ökonomischen Status in Beziehung gesetzt. Die Analyse erfolgt durch IBM Statistics. Vor der Analyse erfolgte eine Gewichtung der Daten und es wurden nur Personen ab 55 Jahre in der Auswertung berücksichtigt.

Ergebnisse 904 Personen der 2698 vorliegenden Interviews von Frankfurter Bürgern sind 55 Jahre und älter. Davon sind 40,2% zwischen 55-64 Jahre, 48,3% 65-79 Jahre und 11,5% 80 Jahre und älter. 54,6% der eingeschlossenen Personen sind weiblich. 17,3% der Probanden weisen einen niedrigen SES auf und 21,4% einen hohen SES. In Bezug auf untersuchte gesundheitliche und andere Endpunkte, z.B. allgemeiner Gesundheitszustand, psych. Wohlbefinden, Zivilisationskrankheiten (Diabetes, Hypertonie, Rückenschmerzen), Krankenhausaufenthalte, Lebensstilfaktoren, soziale Unterstützung etc. ist oftmals ein sozialer Gradient ersichtlich mit schlechteren Resultaten in niedrigeren Statusgruppen. Mit zunehmendem Alter ist oftmals ein schlechterer Gesundheitsstatus innerhalb der einzelnen Statusgruppen ersichtlich, wobei in der niedrigen Statusgruppe auch die „Jungen Alten“ schon häufiger betroffen sind.

Schlussfolgerung Die sekundäre Datenauswertung der GEDA Zusatzstichprobe des RKI für Frankfurt am Main liefert erste Erkenntnisse zum Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung ab 55 Jahre in Frankfurt am Main. Diese Datengrundlage ermöglicht erste Einschätzungen zur Ableitung von Handlungsempfehlungen in Bezug auf präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen für ältere Frankfurter Bürgerinnen und Bürger.

Interessenskonflikte Es besteht kein Interessenkonflikt.

Fachausschuss Infektionsschutz

PP21 Wie weiter in den Heimen in und nach der Pandemie? Der gemeinsame Weg von stationären Einrichtungen und Stadtverwaltung hin zu Qualitätsmerkmalen für gute Heimhygiene in Mannheim

Autoren Oster Nadja¹, Braun Pierre¹, Hildebrandt Jens², Schönmann Jochen³, Schellenberger Peer-Kai⁴, Kössler Tobias¹, Walther Ralf³, Häske David⁵, Joos Stefanie⁵, Schäfer Peter¹

Institute 1 Stadt Mannheim, Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt, Mannheim, Germany; 2 Stadt Mannheim, Fachbereich Soziales, Mannheim, Germany; 3 Stadt Mannheim, Dezernat OB, Mannheim, Germany; 4 Stadt Mannheim, Fachbereich Sicherheit und Ordnung, Mannheim, Germany; 5 Universitätsklinikum Tübingen, Zentrum für Öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung, Tübingen, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745534

Hintergrund Die Covid19-Pandemie hat 2020/2021 bundesweit zu schweren Folgen für Heimbewohner*innen geführt und das Thema Heimhygiene in den Fokus gerückt. Auch in stationären Einrichtungen in Mannheim kam es zu SARS-CoV2-assoziierten Infektions- und Todesfällen. Das vorgestellte Projekt zeigt auf, wie die Stadt Mannheim in einem Beteiligungsprozess mit stationären Einrichtungen nachhaltige Lösungen für bessere Heimhygiene entwickelt hat. **Ziel** Ziel des Projektes war es, Strukturen und Prozesse zu etablieren, die zu einer nachhaltigen Verbesserung der Heimhygiene führen und den offiziellen Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) und gesetzlichen Vorgaben entsprechen.

Methoden Im Winter 2020/2021 etablierte der Mannheimer Verwaltungsstab eine verwaltungsinterne Arbeitsgruppe zur Bewältigung der Pandemie in den stationären Einrichtungen. Diese führte 14-tägig Konferenzen durch, zu denen die Träger aller Mannheimer Heime eingeladen waren. Ziel war, ein Konzept zu erarbeiten, wie in Zukunft Infektionsgeschehen in den Heimen verhindert wer-

den können. Für das erarbeitete Konzept wurden zur inhaltlichen Präzisierung drei Workshops mit jeweils ca. 10 interessierten Heimleitungen durchgeführt. Die Ergebnisse der Workshops wurden in der Heimträgerkonferenz vorgestellt und diskutiert.

Ergebnisse Es wurde in den Konferenzen beschlossen, Qualitätskriterien für gute Heimhygiene im Rahmen von Workshops zu erarbeiten im Sinne einer Good Practice. Hierzu wurden in den Workshops sieben Qualitätskriterien definiert: 1. Befolgung der gesetzlichen Vorgaben und offiziellen Empfehlungen, 2. an den Vorgaben des RKI orientierte Zielimmunisierungsraten für Bewohner*innen und Personal, 3. Teilnahme an Hygienekonferenzen, 4. Benennung, Qualifizierung und Freistellung von Hygienebeauftragten, 5. Etablierung einer Hygienekommission, 6. Alarmsystem bei Ausbruchssituationen, 7. Teilnahme an Umfragen zu Hygienethemen. Diese Qualitätskriterien wurden mit den Heimträgern hinsichtlich ihrer praktischen Umsetzbarkeit diskutiert. Schwierigkeiten bei der Akzeptanz der Qualitätskriterien wurden zu Zielimmunisierungsraten und zur Qualifizierung und Freistellung von Hygienebeauftragten formuliert.

Fazit Der in Mannheim initiierte Beteiligungsprozess zwischen Kommunalverwaltung und stationären Einrichtungen zeigt, wie eine krisenhafte Situation zur partizipativen Erarbeitung gemeinsamer nachhaltiger Qualitätsstandards in der Heimhygiene erfolgreich genutzt werden kann.

Interessenskonflikte Es besteht kein Interessenskonflikt.

PP22 SARS-CoV-2 Screening-Strategien für internationale Reiserückkehrende: Evaluation des Antigen-Schnelltests in Frankfurt am Main

Autoren Layer Emily¹, Götsch Udo², Hoehl Sebastian¹, Westphal Tim³, Bojkova Denisa Bojkova¹, Widera Marek¹, Böddinghaus Boris², Schork Joscha², Gottschalk René², Ciesek Sandra¹

Institute 1 Goethe-Universität Frankfurt, Institut für Medizinische Virologie, Frankfurt am Main, Germany; 2 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Infektiologie, Frankfurt am Main, Germany; 3 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Medizinische Gefahrenabwehr, Frankfurt am Main, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745536

SARS-CoV-2 Screening-Strategien für internationale Reiserückkehrende: Evaluation des Antigen-Schnelltests in Frankfurt am Main

Emily Layer, Sebastian Hoehl, Tim Westphal, Denisa Bojkova, Marek Widera, Boris Boeddninghaus, Joscha Schork, Rene Gottschalk, Sandra Ciesek und Udo Goetsch

Abstract

Hintergrund Internationale Reisen bringen das Risiko der Einschleppung von SARS-CoV-2-Infektionen mit sich und fördern so auch die weltweite Verbreitung neuer Virusvariationen. Um dies möglichst zu verhindern, müssen Virus-tragende rasch erkannt werden. Als eine Maßnahme des Infektionsschutzes wird Reiserückkehrenden eine Quarantäne von 10 Tagen auferlegt, die durch einen negativen Antigen-Schnelltest (AG-ST) nach frühestens fünf Tagen verkürzt werden kann. Die Wirksamkeit dieser Maßnahme ist noch nicht evaluiert worden. Ziel dieser Studie ist es, die Eignung des AG-ST im Hinblick auf eine Verkürzung der Quarantäne zu bewerten.

Methoden Zur Evaluierung des AG-ST wurden 1.488 Einreisende frühestens fünf Tage nach ihrer Ankunft in Deutschland sowohl mittels RT-PCR als auch mit AG-ST auf SARS-CoV-2 getestet. Wir erfassten die Häufigkeit positiver Testergebnisse sowie die Empfindlichkeit und Spezifität des AG-ST. RT-PCR-positive Proben wurden in einem Zellkultur-Auswuchstest auf ihre in-vitro-Infektiosität untersucht. Außerdem wurde nachverfolgt, ob negative Teilnehmende innerhalb von zwei Wochen nach dem Test als positiv gemeldet wurden. Wir verglichen die Prävalenz von SARS-CoV-2 unter den Teilnehmenden mit der Melderate unter den Nicht-Teilnehmenden.

Ergebnisse Der AG-ST zeigte eine Spezifität von 100 % und eine Sensitivität von 59 % im Vergleich zur RT-PCR. Alle Studienteilnehmenden mit positiver

Virusanzucht waren auch im AG-ST positiv, was bedeutet, dass alle Personen mit nachgewiesener in-vitro-Infektiosität korrekt identifiziert wurden. Die potenzielle Infektiosität wurde anhand einer Analyse der Symptome ermittelt, was zu einer Sensitivität des AG-ST von 89 % in Bezug auf die Infektiosität führte. Kein:r der primär negativ Getesteten wurde innerhalb des Nachbeobachtungszeitraums positiv getestet.

Fazit Ein AG-ST frühestens am fünften Tag nach Ankunft hat sich als zuverlässige Methode zum Nachweis infektiöser Reisender erwiesen und kann als geeignete Methode für die Handhabung von SARS-CoV-2-Reisebeschränkungen empfohlen werden. Die Einhaltung der Vorschriften und ein hoher Standard der Prüfqualität müssen allerdings gewährleistet sein.

Interessenskonflikte keine

PP23 Das Meldesystem gemäß Infektionsschutzgesetz lieferte zwischen Januar 2020 und Juni 2021 zeitnahe Daten mit guter Vollständigkeit zu COVID-19

Autoren Meyer Emily Dorothee, Marquis Adine, Askar Mona, Diercke Michaela

Institut Robert Koch-Institut, Infektionsepidemiologie, Berlin, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745536

Die Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind eine essenzielle Grundlage für die Lagebewertung in der COVID-19-Pandemie. Politische Entscheidungen und weitreichende Maßnahmen leiten sich unmittelbar aus ihnen ab. Wir evaluierten, wie zeitnah und vollständig die Daten im Meldesystem verfügbar waren.

Untersucht wurden alle COVID-19-Fälle gemäß Referenzdefinition mit Meldedatum zwischen 5. KW 2020 (27.01.2020) und 23. KW 2021 (13.06.2021). Die Auswertungen erfolgten für den gesamten Zeitraum und stratifiziert nach folgenden Pandemiephasen: sporadische Fälle (Kalenderwoche (KW) 5-9 2020), erste Welle (KW 10-20 2020), Sommer 2020 (KW 21-39 2020), zweite Welle (KW 40 2020 – KW 8 2021) und dritte Welle (KW 9-23 2021). Es wurde der Median mit 25. und 75. Quantil des Meldeverzugs (Tage zwischen Labormeldung und elektronischer Erfassung am Gesundheitsamt (GA)) und der Übermittlungsverzug (Tage zwischen Übermittlung vom GA bis Eingang am Robert Koch-Institut) berechnet. Für die Vollständigkeit wurden jeweils der Anteil von Fällen mit Angaben berechnet.

Melde- und Übermittlungsverzug betragen 0 Tage (Q25-Q75: 0-1 Tage.). Die Vollständigkeit für Alter (100 %) und Geschlecht (99,5 %) war am höchsten, gefolgt von Hospitalisierungsstatus (81 %), klinischen Informationen (75 %) und Risikofaktorstatus (60 %). Die niedrigste Vollständigkeit hatten Angaben zum Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall (48 %). 99 % der Todesfälle hatten ein Sterbedatum, während 87 % der symptomatischen Fälle ein Erkrankungs- und 73 % der Hospitalisierten ein Hospitalisierungsdatum hatten. Die Vollständigkeit der Angaben von Alter, Geschlecht und Sterbedatum bei Verstorbenen war in allen Pandemiephasen gleich hoch, während sie für klinische Informationen, Hospitalisierungs- und Risikofaktorstatus v.a. in der zweiten Welle geringer waren.

Die Zeitnähe im Meldesystem war exzellent, sodass die Trendentwicklung während der Pandemie zeitnah abgebildet werden konnte. Die hohe Vollständigkeit von Alter und Geschlecht ermöglicht eine demografische Beschreibung der COVID-19-Fälle in Deutschland. In der zweiten Welle mit hohen Fallzahlen war die Vollständigkeit für Variablen mit hohem Ermittlungsaufwand geringer. Durch weitere Erhebungen sollte ermittelt werden, wie GÄ noch besser in der Arbeit, z.B. organisatorisch oder digital unterstützt werden können, um die Aufwände für Ermittlung und Datenbearbeitung im Meldesystem zu reduzieren und um gleichzeitig informiert Entscheidungen treffen zu können.

Interessenskonflikte Emily Meyer ist als Fellow der Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie dem Fachgebiet 32 für Surveillance / ÖGD-Kontaktstelle der Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts zugeteilt. Adine Marquis und Mona Askar sind in diesem Fachgebiet

angestellt und Michaela Diercke ist die Leitung des Fachgebiets 32 für Surveillance / ÖGD-Kontaktstelle.

PP24 Identifikation von COVID-19 Fällen und Kontaktpersonennachverfolgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe des Landkreises Reutlingen

Autor Eichner Linda

Institut Landratsamt Reutlingen – Kreisgesundheitsamt, Gesundheitsschutz, Reutlingen, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745537

COVID-19 ist eine über Tröpfchen übertragbare Infektionskrankheit, die zum ersten Mal in Wuhan, China, Ende 2019 festgestellt wurde. Vor allem multimorbide Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Einrichtungen der Altenhilfe („Einrichtungen“) sind bei SARS-CoV-2-Infektionen gefährdet. Zum Schutz solcher Einrichtungen wurden von Seiten der Landes- und Bundesregierung entsprechende Hygieneregeln sowie auch vorübergehende Besuchs- und Ausgangsverbote erlassen.

Methoden Im Landkreis Reutlingen gab es Anfang 2020 37 stationäre Einrichtungen der Altenhilfe mit 1.095 Bewohnerinnen und Bewohnern sowie 2.510 Mitarbeitenden. Im Rahmen von im Frühjahr 2020 in diesen Einrichtungen ansteigenden Zahlen von SARS-CoV-2-Infektionen wurden von Seiten des Kreisgesundheitsamtes Reutlingen zum Schutz des BewohnerInnen und Mitarbeitenden Abstrichstrategien in Kooperation mit den Einrichtungsleitungen implementiert.

In der Anfangsphase (09.03. – 05.04.2020) wurden zunächst nur symptomatische Verdachtsfälle untersucht.

In der darauf folgenden Phase (06.04. – 20.04.2020) wurden als präventive Untersuchung aller Bewohnerinnen und Bewohner sowie das Personal aller Einrichtungen abgestrichen.

In der Endphase (21.04. – 23.05.2020) wurden nur noch symptomatische Verdachtsfälle und ihre Kontaktpersonen untersucht.

Positiv auf SARS-CoV-2 mittels PCR getestete BewohnerInnen wurden in Kohorten isoliert. Eine Kreuzpflege fand nicht statt.

Während laufender Ausbrüche wurden die Einrichtungen vom Gesundheitsamt engmaschig telefonisch und vor Ort im Rahmen von Begehungen betreut.

Ergebnisse Insgesamt wurden 98% der BewohnerInnen und 92% der Mitarbeitenden mittels Abstrich auf SARS-CoV-2 und anschließender PCR-Untersuchung erfasst. Es wurden 395 SARS-CoV-2-Infektionen detektiert; 68% davon waren den BewohnerInnen zuzuordnen. Weniger als die Hälfte der BewohnerInnen mit positiver SARS-CoV-2-PCR war symptomatisch. Ein Drittel der Einrichtungen hatte keinen einzigen Fall eines positiven SARS-CoV-2-Abstrichs. 14% der Einrichtungen hatten insgesamt 30-81 Fälle positiver SARS-CoV-2-Infektionen (PCR) pro Einrichtung.

Diskussion Durch serielles Testen wurden eine große Anzahl von SARS-CoV-2-Infektionen in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe entdeckt und somit Sekundärfälle verhindert. Dadurch konnten konkrete Strategien wie Kohortenbildung der BewohnerInnen abgeleitet und die Hygienemaßnahmen intensiviert werden. Die Teststrategie des Kreisgesundheitsamtes Reutlingen erwies sich somit als zielführend.

Literatur RKI-Ratgeber – Corona

Interessenskonflikte keine

PP25 Versorgung von COVID-19-Erkrankten in Quarantäne – Telefonisches Follow-Up durch das Gesundheitsamt Köln mittels DiKoMa (digitales Kontaktpersonenmanagement)

Autoren Küfer-Weiß Annika¹, Wolff Anna², Buess Michael³, Grüne Barbara⁴, Kossow Annelene⁵, Nießen Johannes⁶

Institute 1 Gesundheitsamt Stadt Köln, Infektions- und Umwelthygiene, Köln, Germany; 2 Gesundheitsamt Köln, Fachdienst STI und sexuelle Gesundheit, Köln, Germany; 3 Gesundheitsamt der Stadt Köln, Köln, Germany; 4 Gesundheitsamt Stadt Köln, Pandemiebekämpfung, Köln, Germany; 5 Gesundheitsamt Stadt Köln, Infektions- u. Umwelthygiene, Köln, Germany; 6 Gesundheitsamt der Stadt Köln, Leitung, Köln, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745538

Seit Beginn der COVID-19-Pandemie im Frühjahr 2020 erleben wir eine Erkrankung, die sehr schwere Verläufe nehmen und zu intensivstationären Aufenthalten sowie bis zum Tod führen kann. Die drei wichtigsten Säulen zur Pandemiebekämpfung Kontaktpersonennachverfolgung, Testen und Impfen mit dem Ziel Erkrankungszahlen gering zu halten, schwere Verläufe zu verhindern und eine Überlastung der Intensivstationen zu vermeiden sind weithin bekannt. Wenig bekannt sind die Grenzen der ambulanten medizinischen Versorgung unseres Gesundheitssystems für die Erkrankten, die sich in Quarantäne befinden.

Die medizinische Betreuung, die Versorgung mit Medikamenten, das Ausstellen von Rezepten und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sind in unserem System für diese Patient*innen kaum zugänglich.

Seit Auftreten der ersten COVID-19-Fälle in Köln begleiten wir als Gesundheitsamt die Menschen in Quarantäne telefonisch, sichten ihre Symptomtagebücher und identifizieren Risikopersonen, um sie der für sie jeweils notwendigen medizinischen Diagnostik und Versorgung zuzuführen.

Zu Beginn der Pandemie erfolgte dies handschriftlich und wurde im Sommer 2020 in eine eigens für das Gesundheitsamt Köln entwickelte Software (DiKoMa-digitales Kontaktmanagement) überführt. Alle Index- und Kontaktpersonen werden in DiKoMa erfasst und führen dort ihre Symptomtagebücher, erhalten ihre Ordnungsverfügung zum Download und werden über von uns risikoadaptiert gesetzte telefonische Kontakte während ihrer Erkrankung telefonisch begleitet. Das Sichten der Tagebücher und das Reagieren auf die Fieber- und Verschlechterungsmeldungen erfolgt tagesaktuell durch das Team des Follow-Up. DiKoMa ermöglicht die gezielte Auswertung der Tagebücher für ausgewählte Personengruppen, um diese einer intensiveren Beobachtung zuzuführen. Für Risikopersonen besteht seit März 2020 eine 24h-Erreichbarkeit von ärztlichen Kolleg*innen des Gesundheitsamtes.

Seit April 2020 besteht zudem eine enge Kooperation mit dem Rettungsdienst der Stadt Köln, um bei ausgewählten Risikopersonen eine prästationäre intensivmedizinische Diagnostik durchzuführen. Dafür ist ein speziell umgerüstetes Einsatzfahrzeug und die Telemetrie im Einsatz und ein Notarzt/eine Notärztin ist im Gesundheitsamt vor Ort. Die enge Begleitung der Risikopersonen und die enge Kooperation mit dem Rettungsdienst ist aufgrund des Krankheitsbildes ‚silent hypoxemia‘ (Patient*innen zeigen bei subjektivem Wohlbefinden kritisch verschlechterte Vitalparameter) extrem wichtig.

Interessenskonflikte Die Autor*innen bestätigen, dass keine materiellen oder immateriellen Interessenkonflikte bestehen, die geeignet sind, den Inhalt des Abstracts zu beeinflussen.

PP26 Botulismus bei zwei Personen des selben Haushalts nach Verzehr einer veganen Soße – Ein Fallbericht -

Autoren Schork Joscha¹, Götsch Udo², Ellwanger Regina², Böddinghaus Boris³, Thiele Detlef⁴, Seiler Alexander⁵, Luger Sebastian⁵

Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Infektiologie und Hygiene, Frankfurt am Main, Germany; 2 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Infektiologie, Frankfurt, Germany; 3 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Infektiologie, Frankfurt am Main, Germany; 4 Ordnungsamt Frankfurt am Main, Veterinärwesen, Frankfurt am Main, Germany; 5 Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Neurologie, Frankfurt am Main, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745539

Botulismus ist eine zwar gemeinhin bekannte, aber dennoch dank Lebensmittelkontrolle und Hygierichtlinien in der Lebensmittelindustrie sehr selten

auftretende Intoxikation bakteriellen Ursprungs. In Frankfurt am Main wurde seit Einführung des IfSG im Jahre 2001 bis dato kein einziger Fall gemeldet.

Die Seltenheit dieses zuweilen schweren Krankheitsbildes und die Fokussierung auf tierische Erzeugnisse (Fleisch und Wurstkonserven) bei der Anamnese machen die Diagnose schwer, weshalb es mit Sicherheit eine hohe Dunkelziffer gibt.

Wir möchten mit dieser Fallstudie von zwei dem Gesundheitsamt Frankfurt am Main aus einer Frankfurter Klinik im Juli 2021 gemeldeten Fällen von Botulismus berichten, die die Wichtigkeit einer guten Anamnese incl. dem Verzehr von konservierten pflanzlichen Produkten aufzeigen und die Notwendigkeit einer schnellen Meldekette zwischen Klinik, Labor, Gesundheitsamt und Veterinärbehörde verdeutlichen soll.

Die betroffenen Personen aus dem selben Haushalt schilderten langsam progrediente typische neurologische Symptome, die sich bei einer Person relativ rasch zurückbildeten, jedoch bei der zweiten Person zu einer intensivmedizinischen Behandlung bei Vollbild von Botulismus führten. Bei schwieriger Differenzialdiagnose wurde seitens der Klinik auch auf Botulismus hin untersucht. Letztlich wurde anamnestisch der Verzehr einer veganen Soße auf Mandelbasis eruiert, die Reste beprobt und zusammen mit Patientenproben am Konsiliarlabor für neurotoxinproduzierende Clostridien des RKI untersucht. Hierbei wurde das Toxigen in den Resten der veganen Soße, sowie Stuhlproben beider Patientinnen gefunden. Die unterschiedliche Ausprägung der Symptome korrelierte auch mit der Menge an Aufnahme der Soße. Später konnte der Nachweis des Botulinum-Neurotoxins-A im Sandwich-ELISA aus dem genannten Lebensmittel und den Stuhlproben beider Patienten letztlich als beweisend gewonnen werden. Nach Meldung der Fälle an das Gesundheitsamt Frankfurt wurde umgehend das Veterinäramt Frankfurt informiert um den Hersteller zu kontaktieren und Vergleichsproben zu nehmen. Hierbei wurden keine Neurotoxine sichergestellt, jedoch Fäulnisbakterien, die den Verdacht auf unzureichendes Erhitzen bestätigten.

Bei geringer Herstellermenge und wenigen Verkaufsstellen konnte schnell das Produkt aus dem Handel genommen werden. Das Gesundheitsamt Frankfurt informierte alle Krankenhäuser der Umgebung. Es wurden bis dato keine weiteren Fälle in diesem Zusammenhang gemeldet.

Interessenskonflikte keine

PP27 Verfahren bei internationalen Transitreisenden mit positiver SARS-CoV-2 PCR am Flughafen Frankfurt am Main

Autoren Schork Joscha¹, Haller Jonas², Götsch Udo²

Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Infektiologie und Hygiene, Frankfurt am Main, Germany; 2 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Infektiologie, Frankfurt, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745540

Der internationale Flughafen Frankfurt am Main war von Beginn der Covid-19-Pandemie an ein Schauplatz für verschiedene Probleme im Zusammenhang mit dem Reiseverkehr und somit auch im Fokus der Arbeit des Gesundheitsamtes Frankfurt,

Zu Beginn waren es vor allem Flüge aus China, die zu einigen Verdachts- und Fällen führten. In der Folge waren neben den Wuhan-Rückkehrern 0/2020 auch viele weitere Evakuierungsflüge über Frankfurt abgewickelt worden.

Nach weitgehender Stilllegung des Flugverkehrs wurden beispielweise von chinesischen Fluglinien eigene sehr strenge Exit-Screening eingeführt, was zu häufigem Verbleib chinesischer Bürger am Flughafen führte.

Im Zuge der Öffnungen im Sommer 2020 mit Reisemöglichkeiten und zunehmenden Testangeboten auch am Flughafen kam es fortwährend zu einer erst nur vereinzelt, dann immer häufiger auftretenden Problematik bei Transitreisenden mit Reiseziel in ein Land, das eine PCR oder weitere Kriterien erforderte. Zusammen mit den verschiedenen Akteuren am Flughafen versuchte das Gesundheitsamt Frankfurt der Problematik dieser Reisenden Herr zu werden und Lösungen zu finden. Da ein Weiterflug bei positiver PCR und ein Verbleib im

Transit ebenso nicht möglich waren, mussten Unterbringungsmöglichkeiten geschaffen werden. Dabei waren einige Airlines bereit hier Mitverantwortung zu tragen. Es kam jedoch auch sehr häufig dazu, dass mittellose Reisende ohne entsprechende Versicherung auf Kosten der Stadt Frankfurt abgesondert werden mussten.

Speziell bei Reisenden nach China traten diese Probleme am häufigsten auf, da aus politischen Gründen an jedem Transitort Testungen per PCR sowie diverse weitere Kriterien nach positiver PCR erfüllt werden mussten, so dass auch nach mehr als 14 Tage noch lange keine Möglichkeit bestand nach China zu reisen. Die Herausforderung dieser Problematik und die direkten Auswirkungen der Weltpolitik waren und sind am Flughafen Frankfurt am Main besonders zu spüren. In dem Beitrag werden diese Erfahrungen, Probleme und Lösungsansätze aufgearbeitet und zusammengefasst.

Interessenskonflikte keine

PP28 Auftreten von Meldepflichtigen Infektionskrankheiten im ersten Jahr der Covid-Pandemie im Vergleich zu den Vorjahren in Köln

Autoren Schulte Nina^{1,2}, Thienelt Friederike¹, Kraus Thomas², Wiesmüller Gerhard A.^{1,2}, Kossow Annelene^{1,3}

Institute 1 Gesundheitsamt Stadt Köln, Infektions- u. Umwelthygiene, Köln, Germany; 2 Uniklinik RWTH Aachen, Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Aachen, Germany; 3 Universitätsklinikum Münster, Institut für Hygiene, Münster, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745541

Einleitung Ab März 2020 wurden vornehmlich nicht-pharmazeutische Interventionen (NPIs) genutzt, um die Ausbreitung von COVID-19 einzuschränken. Ein Einfluss dieser NPIs auch auf das Infektionsgeschehen der anderen meldepflichtigen Erkrankungen war zu erwarten und soll in dieser Arbeit quantifiziert werden.

Material und Methoden Die Datengrundlage der Analyse bildeten die Meldedaten des Kölner Gesundheitsamts zu allen meldepflichtigen Erkrankungen exkl. COVID-19 von März 2014 bis Februar 2021. Die statistische Auswertung erfolgte durch Betrachtung der Abweichung der Inzidenz im ersten Jahr der Pandemie zur durchschnittlichen Inzidenz der Vorjahre. Des Weiteren wurden die Meldungen der verschiedenen Meldekreise anhand eines sozioökonomischen Scores in vier Gruppen, das erste Jahr der Pandemie anhand der geltenden NPIs und des Covid-Infektionsgeschehens in vier Zeiträume eingeteilt.

Ergebnisse Im Beobachtungszeitraum gingen in 66 Fallkategorien 42 153 Meldungen nach §7 des Infektionsschutzgesetzes ein. Davon entsprachen 33 903 der Referenzdefinition des Robert Koch Instituts. Meldungen erfolgten aus allen (n = 86) Meldekreisen Kölns. Die Fallkategorien wurden nach Übertragungsweg in zehn Gruppen zusammengefasst, von denen fünf (gastrointestinal, aerogen bzw. parenteral, sowie durch Schmier- und Tröpfcheninfektion übertragen) mit > 100 Fällen/Jahr eine verlässliche Datengrundlage für weitere Analysen boten.

Während der Pandemie wurde in vier der fünf repräsentativen Gruppen ein Rückgang (-60 ± 34%) von gemeldeten Fällen beobachtet. Nur bei parenteral übertragenen Krankheiten kam es zu einem Anstieg (+ 7%), wobei in den vier Zeiträumen unterschiedliche Trends vorlagen (1.: + 8%, 2.: -10%, 3.: -7%, 4.: + 39%).

Auch bei anderen Übertragungsarten ließen sich Unterschiede zwischen den vier Zeiträumen beobachten. So zeigten sich bspw. im ersten Zeitraum bei drei der fünf Gruppen erhöhte Fallzahlen, die in Meldekreisen mit dem geringsten Scorewert besonders ausgeprägt waren (+ 100 ± 38%).

Interpretation Die Ergebnisse zeigen einen wesentlichen Einfluss der Pandemie auf große Teile der anderen meldepflichtigen Erkrankungen. Unterschiede zwischen den vier Zeiträumen legen nahe, dass verschiedene NPIs verschiedene, ggf. auch längerfristige Effekte haben. Gleichzeitig waren die Kontakte der Bevölkerung zum Gesundheitssystem während der Pandemie möglicherweise reduziert, was ebenfalls einen Einfluss auf die Ergebnisse hat.

Interessenskonflikte Die Autor*innen bestätigen, dass keine materiellen oder immateriellen Interessenkonflikte bestehen, die geeignet sind, den Inhalt des Abstracts zu beeinflussen.

PP29 Wenn der Ziegenpeter Fußball spielt

Autoren Eichner Linda, Desiderato-Dorn Stephanie, Müller Luisa, Hailer Jana, Schlegel Christiane

Institut Landratsamt Reutlingen – Kreisgesundheitsamt, Gesundheitsschutz, Reutlingen, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745542

Hintergrund Mumps, auch „Ziegenpeter“ im Volksmund genannt, ist eine über Tröpfchen übertragbare Krankheit, die in Deutschland inzwischen relativ selten auftritt. Der bundesweite Inzidenzwert lag 2018 bei 0,6/100 000 Bewohner. Obwohl Mumps früher als Kinderkrankheit galt, wurde in den vergangenen Jahren eine Verschiebung der Mumpsfälle in das höhere Erkrankungsalter verzeichnet. Ende 2019 traten im Landkreis Reutlingen in einem Fußballverein vermehrt Mumpsfälle auf.

Methoden Im Rahmen einer Mumpshäufung in einem Fußballverein wurden Ermittlungen von Seiten des Gesundheitsamtes Reutlingen durchgeführt. Da infizierte Spieler während der ansteckenden Phase mehrere Außenspiele hatten, wurden umfangreiche Umgebungsuntersuchungen auch auf die gegnerischen Mannschaften ausgeweitet.

Alle engen Kontaktpersonen sowie deren Gegenspieler wurden aufgefordert, ihren Impfstatus zu überprüfen und ggf. ausstehende Mumpsimpfungen nachzuholen. Enge Kontaktpersonen, die nicht geimpft werden konnten (z.B. Säuglinge), wurden von der Teilnahme an Veranstaltungen ausgeschlossen. Urin- und Rachenproben von Verdachtsfällen wurden zur labor diagnostischen Untersuchung an das Nationale Referenzzentrum im Robert Koch Institut (RKI) geschickt.

Ergebnisse Über ein Zeitfenster von 7 Wochen wurden 8 Mumpsfälle im Zusammenhang mit einem Fußballverein festgestellt; 7 davon waren laborbestätigt. Die Betroffenen waren ausschließlich Männer im Alter von 21-37 Jahren (mittleres Alter 31 Jahre). Bei 3 Fällen lag ein vollständiger, bei 2 ein unvollständiger Impfschutz vor. Die Symptome reichten von Erkältungssymptomen bis hin zur klassischen Parotisschwellung. Bei einem Betroffenen wurde eine Orchitis diagnostiziert.

Während der ansteckenden Phase nahmen die infizierten Spieler an 6 Auswärtsspielen und 3 privaten Feiern teil. Eine Virusübertragung erfolgte überwiegend im Sportverein des Indexfalls und in dessen engem sozialen Umfeld. In gegnerischen Mannschaften wurden keine Mumpsfälle gemeldet. Untersuchungen am RKI ergaben, dass alle Mumpsfälle sich mit dem Virus-Wildtyp C infiziert hatten.

Diskussion Da Mumps relativ selten geworden ist, sind viele Hausärzte wenig vertraut mit der labor diagnostischen Sicherung der Verdachtsdiagnose Mumps. In Anbetracht der hohen Impfdurchbruchrate bei vollständig geimpften Personen (ca. 20%) ist eine vermehrte Aufklärungsarbeit erforderlich. Bestehende Impflücken bei jungen Erwachsenen sollten durch gezielte Catchup-Kampagnen reduziert werden.

Literatur RKI-Ratgeber Mumps

Interessenskonflikte keiner vorhanden

PP30 Dokumentenanalyse zur Identifikation von Informationsbedarfen und Erwartungen an Surveillancedaten in der SARS-CoV-2-Pandemie

Autoren Usipbekova Karina, Scharlach Martina, Dreesman Johannes

Institut Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Infektionsepidemiologie, Hannover, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745543

Hintergrund Die zeitnahe Bereitstellung von wissenschaftlich gesicherten Fachinformationen für politische Entscheidungsträger war in der SARS-CoV-2

Pandemie von fundamentaler Bedeutung. Das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) fungierte in Niedersachsen als zentrale Informations- und Beratungsstelle für diverse Fragestellungen des Pandemiemanagements. Zur Vorbereitung auf zukünftige Pandemien wurden die Anfragen der Landesregierung an das NLGA hinsichtlich der Häufigkeit der abgefragten Themen und der sich daraus ergebenden Anforderungen an die pandemische Surveillance untersucht.

Methoden Die Bezeichnung „Anfrage“ umfasst alle Anforderungen von Informationsbeschaffung, Bewertung oder Zuarbeit, die von Einrichtungen der Landesregierung per Email über ein Funktionspostfach an das NLGA gerichtet wurden. Für die Anfragen vom 27.01.2020 bis 22.09.2021 wurde eine Dokumentenanalyse durchgeführt. Analysiert wurden die Art der Anfrage und das Hauptthema. Die Auswertungen beinhalten Mehrfachzählungen der Anfragen.

Ergebnisse Insgesamt wurden 309 Anfragen erfasst, davon 38% Zuarbeiten zu Landtagsanfragen. Die am häufigsten abgefragten Themen waren: Testen/Diagnostik (13.9%), Hygiene/Masken (12.4%), Fallzahlen/Maßzahlen/Meldewesen (12.4%), Impfen (10.6%) und Schule/Kita (9.3%). Den geringsten Anteil hatten die Themen Therapie (0.9%), Schlachthöfe (1.5%), Gastronomie (2.0%) und Marginalisierte Personengruppen (2.0%). In der Rubrik Fallzahlen/Maßzahlen/Meldewesen beliefen sich die Anfragen zu methodischen Aspekten auf 66% und zu konkreten Werten der Maßzahlen auf 44%.

Diskussion Während der SARS-CoV-2 Pandemie wurden von den politischen Entscheidungsträgern in erheblichem Maße fachliche Bewertungen und epidemiologische Informationen nachgefragt. Der hohe Anteil der Zuarbeiten zu Landtagsanfragen zeigt den Einfluss des politischen Diskurses auf das Spektrum der Anfragen. Anfragen zu Surveillance-Daten setzten häufig eine Vollständigkeit und Detailgenauigkeit der Informationen zur Infektionsquelle voraus, die das IfSG-Meldewesen bei der gleichzeitig hohen Anzahl von Meldedefällen nicht leisten konnte. Für das Management zukünftiger Pandemien wäre es hilfreich, wenn Daten aus weiteren Datenverarbeitungssystemen, z.B. zu Krankenhausbehandlungen oder Impfungen, über Schnittstellen in das Meldesystem übernommen werden könnten.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenkonflikte.

PP31 SARS-CoV-2-Attackrate auf Flugreisen: Ergebnisse zu 46 Flügen aus der Kontaktpersonennachverfolgung in Deutschland, Januar – März und Juni – August 2020

Autoren Moek Felix¹, Rohde Anna², Schöll Meike¹, Seidel Juliane², Baum Jonathan¹, an der Heiden Maria²

Institute 1 Robert Koch-Institut, Postgraduierenausbildung für Angewandte Epidemiologie (PAE), Abteilung für Infektionsepidemiologie, Berlin, Germany; 2 Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Berlin, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745544

Hintergrund Die Evidenz zur Häufigkeit einer SARS-CoV-2 Übertragung auf Flugreisen ist lückenhaft. Ziel der folgenden Untersuchung war daher, die Attackrate für den SARS-CoV-2 Wildtyp nach Exposition im Flugzeug zu schätzen. Die Ergebnisse sollen die wissenschaftliche Grundlage für die Anpassung künftiger Strategien für nicht-pharmakologische Interventionen (NPI) auf Flugreisen verbessern.

Methoden Zuständige Gesundheitsämter (GÄ) in Deutschland wurden nach ihren Ermittlungsergebnissen aus Flug-assoziierten Kontaktpersonennachverfolgungen befragt. Eingeschlossen in die Befragung wurden die Daten von GÄ solcher Flug-assoziierten Kontaktpersonen, welche das Team Internationale Kommunikation des Lagezentrums am Robert Koch-Institut im Rahmen der internationalen Kontaktpersonennachverfolgung an die zuständigen GÄ in Deutschland weitergeleitet hatte. Beobachtungszeiträume waren Januar bis März sowie Juni bis August 2020 (vor bzw. nach der allgemeinen Maskenpflicht auf Flugreisen).

Aus der bestehenden Dokumentation der GÄ wurde erhoben, ob die Kontaktpersonen erfolgreich erreicht werden konnten, Symptome entwickelt hatten, auf SARS-CoV-2 getestet wurden und ob eine weitere SARS-CoV-2 Exposition außer der Flugreise bekannt war.

Ergebnisse Für die Berechnung der Attackrate war die Datenqualität für 108 Personen ausreichend. 13 Personen (davon neun SARS-CoV-2 positiv) wurden aufgrund einer bekannten, weiteren Exposition außer der Flugreise von der Analyse ausgeschlossen. Die verbliebenen 95 Personen (Altersmedian 37, Interquartilsabstand, IQA 24-54; 42% weiblich), verteilten sich auf 46 Flüge mit einer Flugdauer von durchschnittlich 3 Stunden (IQR 2-3,5). 8/76 Personen mit Angaben dazu entwickelten Symptome, 35/68 Personen mit Angaben dazu wurden getestet. Es konnten vier wahrscheinliche, Flug-assoziierte Übertragungen (zwei davon nach Einführung der Maskenpflicht) identifiziert werden. Die Attackrate betrug 4,2% (4/95; 95% Konfidenzintervall, KI: 1,4-11,0%) insgesamt, 5,1% (2/39; 95% KI 0,9-18,6%) vor sowie 3,6% (2/56, 95% KI 0,6-13,4%) nach Einführung der Maskenpflicht.

Diskussion Das Risiko einer Ansteckung mit Wildtyp-SARS-CoV-2 auf Flugreisen scheint gering, aber nicht vernachlässigbar. Für die Formulierung einer effektiven, evidenzbasierten NPI Strategie bedarf es weiterer Studien, welche den Einfluss sowohl besorgniserregender Varianten als auch des Impfstatus der Kontaktpersonen berücksichtigen.

Interessenskonflikte Es bestehen KEINE Interessenskonflikte.

PP32 Compliance in häuslicher Quarantäne – Bekanntheit, Umsetzung und Schwierigkeiten der behördlich angeordneten Quarantänemaßnahmen im Rahmen der SARS-CoV2-Pandemie in Köln

Autoren Book Julian¹, Broichhaus Lukas¹, Grüne Barbara¹, Nießen Johannes², Wiesmüller Gerhard A^{1,3}, Joisten Christine^{1,4}, Kossow Annelene^{1,5}

Institute 1 Department of Infection Control and Environmental Hygiene, Cologne Health, Authority, Cologne, Germany; 2 Cologne Health Authority, Cologne, Germany; 3 Institute for Occupational Medicine and Social Medicine, University Hospital, Medical Faculty, RWTH Aachen University, Aachen, Germany; 4 Department for Physical Activity in Public Health, German Sport University Institute of Movement and Neurosciences, Cologne, Germany; 5 Institute of Hygiene, University Hospital Muenster, Muenster, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745545

Hintergrund Die Eindämmung der SARS-CoV2 Pandemie stellt eine der größten Herausforderungen für die Gesundheitsbehörden dar. Insbesondere vor Beginn der Impfkampagnen waren Isolations- und Quarantänemaßnahmen für Infizierte (IP) und deren enge Kontaktpersonen (KP) die wichtigsten Instrumente. Entscheidend für den Erfolg dieser Maßnahmen ist deren konsequente Umsetzung.

Methodik Im Rahmen der CoCo-Fakt-Studie (Cologne-Corona Beratung und Unterstützung Für Index- und Kontaktpersonen während der Quarantäne-Zeit) wurden IPs und KPs, die sich im Zeitraum von März bis 9.12.20 in behördlich angeordneter Quarantäne befanden, anhand eines online-Fragebogens zur Bekanntheit (ja/nein), Umsetzung (voll und ganz bis überhaupt nicht umgesetzt) der 3 öffentlichkeits- bzw. 5 haushaltsbezogenen Empfehlungen des Robert Koch Instituts sowie zu aufgetretenen Schwierigkeiten (sehr schwer bis überhaupt nicht schwer gefallen) befragt. Aus den Angaben zu jeder Empfehlung wurden 0-5 Punkte vergeben und daraus Scores zur Berechnung der öffentlichkeits- bzw. haushaltsbezogenen Compliance errechnet. Von den 13.057 Personen der CoCo-Fakt-Stichprobe konnten 9.595 (3773 IPs und 5822 KPs) in die Analyse einbezogen werden.

Ergebnisse 88,8% der Befragten waren die 3 öffentlichkeitsbezogenen Empfehlungen bekannt (Zuhause bleiben, keinen Besuch empfangen, kein Kontakt zu Lieferdiensten). Dagegen gaben nur 55,8% an, die wichtigsten 5 haushaltsbezogenen Empfehlungen zu kennen. Bei der Umsetzung der bekannten Empfehlungen wurde eine durchschnittliche Compliance von 92,8% bzw. 68,8% in

Bezug auf die öffentlichkeitsbasierten bzw. haushaltsbasierten Empfehlungen erreicht. Leicht umsetzbar waren die Empfehlungen zum regelmäßigen Händewaschen (91,0% (überhaupt) nicht schwer gefallen) und Lüften (88,7% (überhaupt) nicht schwer gefallen), schwer waren der Aufenthalt in einem Einzelzimmer (56,5% (sehr) schwer gefallen) und das Einhalten von 1,5m Abstand zu anderen Haushaltsmitgliedern (38,6% (sehr) schwer gefallen).

Schlussfolgerungen Nicht allen unter behördlicher Quarantäne stehenden Personen sind die relevanten Verhaltensempfehlungen bekannt. Dies betraf vor allem die Hinweise für Maßnahmen im eigenen Haushalt. Vor dem Hintergrund hoher Übertragungsraten inkl. Durchbruchinfektionen innerhalb eines Haushaltes sollten daher insbesondere die Empfehlungen zur Absonderung von anderen Haushaltsmitgliedern mit Nachdruck kommuniziert werden.

Literatur

Joisten C, Kossow A, Book J, et al. How to manage quarantine-adherence, psychosocial consequences, coping strategies and lifestyle of patients with COVID-19 and their confirmed contacts: study protocol of the CoCo-Fakt surveillance study, Cologne, Germany. *BMJ Open* 2021; 11: e048001. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-048001>.

Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu AI, et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 9: CD013574. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013574.pub2>.

Robert-Koch-Institut – RKI (Hg.) (2021): Häusliche Isolierung bei bestätigter COVID-19-Erkrankung. Berlin. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Flyer_Patienten.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 30.10.2021.

Rolfes MA, Grijalva CG, Zhu Y, et al. Implications of Shortened Quarantine Among Household Contacts of Index Patients with Confirmed SARS-CoV-2 Infection – Tennessee and Wisconsin, April-September 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021; 69: 1633–37.

Webster RK, Brooks SK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Rubin GJ. How to improve adherence with quarantine: rapid review of the evidence. *Public Health* 2020; 182: 163–69. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.03.007>.

Interessenskonflikte Die Autoren erklären hiermit, dass kein Interessenskonflikt vorliegt.

PP33 Surveillance während einer Pandemie: SARS-CoV-2 Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung mit grenzüberschreitendem Bezug in Deutschland, 2020

Autoren Sperle Ida¹, Lachmann Raskit¹, Koppe Uwe¹, Litzba Nadine¹, Vonderwolke Robert¹, Püschel Nadine¹, Baum Jonathan¹, Ghebregiorghis Luam², Steffen Gyde¹, Rexroth Ute¹, an der Heiden Maria¹, Schneider Timm¹, Markus Inessa¹

Institute 1 Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Berlin, Germany; 2 Robert-Koch-Institut, ZIG4: Public-Health-Laborunterstützung, Berlin, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745546

Einleitung Informationen zu SARS-CoV-2 Fällen und Kontaktpersonen (KP) mit grenzüberschreitendem Bezug wurden bislang nicht systematisch gesammelt und ausgewertet. Daher haben wir die Vorgänge der grenzüberschreitenden Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung, die durch das Lagezentrum des Robert Koch-Institut (RKI) bearbeitet wurden, systematisch ausgewertet. Das Ziel war, zu untersuchen, ob die systematische Analyse dieser Daten einen zusätzlichen Mehrwert zur aktuellen SARS-CoV-2 Surveillance darstellen kann.

Methoden Alle übermittelten Daten zu Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung mit grenzüberschreitendem Bezug wurden unter einer individuellen Kennnummer in einer Exzelliste dokumentiert. Daten für den Zeitraum 06.04-27.10.2020 wurden hinsichtlich der erfassten Informationen zu Fällen und KP (inkl. Datum und Setting der Exposition wie Expositionsland, Kommunikationsweg, Datum für positiven Test) extrahiert und deskriptiv analysiert.

Ergebnisse Insgesamt wurden 4359 Vorgänge erfasst. Deutschland initiierte die Kommunikation 2897 Mal und andere Länder 1462 Mal. Am häufigsten

kamen die Informationen aus Österreich (N = 656) und der Schweiz (N = 212). Im Rahmen von 2791 Vorgängen wurden 11 165 KP übermittelt, wobei bei 51,1 % mindestens zwei KP übermittelt wurden (Median: 3, Interquartilsabstand IQA: 2-5). In 1692 Vorgängen wurden Informationen zu 2502 COVID-19 Fällen (laborbestätigt) übermittelt, wobei bei 18,7 % (n = 316) mindestens zwei Fälle übermittelt wurden (Median: 2, IQA: 2-3).

Der mögliche Expositions-kontext war für 1779 Vorgänge bekannt, am häufigsten wurden „private Zusammenkünfte“ (33,6%) und „Flüge“ (33,2%) genannt. Die häufigsten Expositions-länder im Ausland waren Österreich (N = 451), Kosovo (N = 179) und die Schweiz (N = 130). Die zeitliche Verzögerung zwischen Expositionsdatum und Berichtsdatum für KP an das RKI waren 6 Tage (Median, IQA: 4-8), und für Fälle 3 Tage (Median, IQA: 2-4) zwischen Labornachweis und Bericht an das RKI.

Schlussfolgerungen Die systematische Betrachtung von Informationen zu Fällen und KP mit grenzüberschreitendem Bezug können die Routinesurveillance v.a. hinsichtlich der häufigsten Expositions-kontexte und -länder ergänzen. Darüber hinaus bietet die Beschreibung der Zeiträume im Nachverfolgungsprozess die Möglichkeit, Verzögerungen zu beschreiben und bei Bedarf entsprechend zu adressieren. Diese Informationen können zu einem umfassenderen Bild des pandemischen Geschehens und der Wirksamkeit entsprechender Maßnahmen beitragen.

Interessenskonflikte Es besteht keine Interessenkonflikte.

PP34 Altersspezifische Verlaufsanalyse der Corona-Pandemie im Bezirk Berlin-Neukölln

Autoren Krutz Birte¹, Plamp Lena², Markus Juliane², Adam Jonah², Paul Daniel³, Weber Kerstin⁴, Feller Silke⁵, Savaskan Nicolai⁶

Institute 1 Gesundheitsamt Neukölln von Berlin, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Berlin, Germany; 2 Gesundheitsamt Neukölln von Berlin, Pandemiestab, Berlin, Germany; 3 Gesundheitsamt Neukölln von Berlin, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Berlin, Germany; 4 Gesundheitsamt Neukölln von Berlin, Hygiene und Umweltmedizin, Berlin, Germany; 5 Bezirksamt Neukölln von Berlin, Stelle für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Berlin, Germany; 6 Gesundheitsamt Neukölln von Berlin, Gesundheitsamt, Berlin, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745547

SARS-CoV-2 hat als Infektionskrankheit von nationaler Tragweite seit März 2020 die Arbeit deutscher Gesundheitsämter dominiert. Dabei obliegt den kommunalen Gesundheitsämtern die Aufgabe des Containments des Infektionsgeschehens und der Protektion vulnerabler Bevölkerungsgruppen.

Eine vulnerable Gruppe, die weniger durch das Infektionsgeschehen als vielmehr durch die Auswirkungen der Eindämmungsmaßnahmen beeinflusst wurde, sind die Kinder und Jugendlichen. Neukölln gehört mit über 330.000 Einwohnern zu den 20 Stadt- bzw. Landkreisen mit der höchsten Bevölkerungszahl und dem größten Anteil an unter 20-Jährigen in Deutschland.

Hier stellen wir die Daten zur Alters- und Zeitverteilung der positiven Fälle sowie deren Kontaktpersonen über die vier Wellen der SARS-CoV-2-Pandemie vor. Dabei fokussieren wir uns insbesondere auf die Bevölkerungsgruppe der unter 20-Jährigen. Wir korrelieren die Fallzahlentwicklung mit den gesetzlichen Eindämmungsmaßnahmen und Verordnungen, und deren Effekt auf die Berliner Schul- und Kitaversorgung.

Auffallend ist, dass Neukölln in allen vier Infektionswellen den bundesdeutschen Trend wie ein Gradmesser zeitlich vorwegnimmt. Die Gründe hierfür sind derzeit Gegenstand weiterer Analysen.

Die altersspezifische Betrachtung der Inzidenzentwicklung in Neukölln kann wesentlich dazu beitragen, die Dynamik der Pandemie zu dechiffrieren, und Überlegungen hinsichtlich der Korrelation der Daten verschiedener Altersgruppen anzustellen. In diesem Papier diskutieren wir die Fallzahlentwicklung und den Impact der Maßnahmen insbesondere bezüglich der Altersgruppen unter 20 Jahren. Wir geben einen Ausblick auf die Aufgaben des KJpD sowie des KJGD

in der Aufarbeitung der Pandemie und diskutieren mögliche Schwerpunkte zukünftiger Präventionsarbeiten im Kinder und Jugendbereich.

Interessenskonflikte bei keinem/keiner der AutorInnen besteht ein Interessenskonflikt.

PP35 Covid-19-Ausbruch mit Durchbruchsinfektionen während einer Jugendreise nach Dänemark im Juli 2021 mit der Delta-Untervariante AY.6

Autoren Schreiber Jenny¹, Adnani Shilpa², Stücker Ulrike³, Weidlich Anna³, Rieger-Ndakorerwa Gudrun¹

Institute 1 Bezirksamt Eimsbüttel, Fachamt Gesundheit, Hamburg, Germany; 2 Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW), Hamburg, Germany; 3 Bezirksamt Eimsbüttel, Fachamt Gesundheit, Hamburg, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745548

Einführung Am 20. Juli 2021 wurde das Gesundheitsamt Eimsbüttel vom Organisator einer Jugendreise über einen Covid-19-Ausbruch in einer Ferienhausanlage auf dem Gebiet der Kommune Alborg in Dänemark informiert. Aus der 101 Personen umfassenden Gruppe von überwiegend Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus Hamburg und Schleswig-Holstein konnten 97 Personen getestet werden. Diese Ausbruchsuntersuchung wurde durchgeführt, um die Ansteckungsrate der Delta-Variante und den Schutz der Impfung vor der Infektion besser zu verstehen.

Methode Die Daten wurden mit Hilfe des Hamburger Pandemiemanagers erfasst. Darüber hinaus wurde mit zwei Organisatoren der Reise ein qualitatives Leitfadenterview durchgeführt, um die Reiseumstände und den Ablauf des Ausbruchs zu eruieren. Um das Ausbruchsgeschehen besser zu verstehen, wurde eine Vollgenomsequenzierung bei den im Bezirk wohnhaften bzw. in Isolation befindlichen Personen organisiert.

Ergebnisse In 89 Fällen lag ein Reverse-Transkriptase-Polymerase-Kettenreaktion (RT-PCR) positives Ergebnis vor, in einem weiteren symptomatischen Fall wurde die Infektion durch einen später durchgeführten Antikörpertest bestätigt. Die Ansteckungsrate betrug somit 92,8% (90/97). Vierzehn Personen waren zum Zeitpunkt der Reise vollständig geimpft, von diesen erkrankten neun Personen, so dass die Impfungen insgesamt nur einen 36%igen Schutz boten und die Ansteckungsrate für ungeimpfte Personen (n = 80) und einmalig geimpfte Personen (n = 3) bei 97,6% (81/83) lag. Die Genomsequenzierung, die in 17 Fällen durchgeführt werden konnte, ergab identische Muster der Delta-Variante, dieser Umstand lässt auf eine einzige Infektquelle schließen. Der im September 2021 durchgeführte Abgleich mit der GISAID Datenbank ergab, dass es sich bei allen 17 Proben um die Delta-Sublinie AY.6 handelt.

Schlussfolgerungen Dieser Ausbruch unterstreicht die hohe Ansteckungsfähigkeit der SARS-CoV-2 Delta-Variante der Sublinie AY.6 sowohl bei ungeimpften wie bei geimpften Personen. Daher werden nicht-pharmazeutische Interventionen (AHA-L) in Situationen mit unklarem Risiko und einer weitgehend ungeimpften Kohorte empfohlen. Auch zeigt diese Fallstudie, dass eine Impfung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen dringend zu empfehlen ist. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass eine rasche Isolierung und Quarantäne infizierter und exponierter Personen Sekundärinfektionen reduzieren und das Risiko schwerer Erkrankungen in Hochrisikogruppen verringern kann [1–19].

Interessenskonflikte Die Autorinnen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Literatur

- [1] Investigation of SARS-CoV-2 variants of concern: technical briefings 10. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/publications/investigation-of-novel-sars-cov-2-variant-variant-of-concern-20201201>
- [2] RKI – Coronavirus SARS-CoV-2 – Berichte zu Virusvarianten von SARS-CoV-2 in Deutschland https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/DESH/Berichte-VOC-tab.html

- [3] Bolze A, Cirulli ET et al. SARS-CoV-2 variant Delta rapidly displaced variant Alpha in the United States and led to higher viral loads. 2021 Jul p. 2021.06.20.21259195. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.20.21259195v3>
- [4] Matthias J. Epidemiologically Linked COVID-19 Outbreaks at a Youth Camp and Men's Conference —Illinois, June–July 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021; 70. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7035e4.html>
- [5] Lam-Hine T. Outbreak Associated with SARS-CoV-2 B.1.617.2 (Delta) Variant in an Elementary School — Marin County, California, May–June 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021; 70:<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7035e2.html>
- [6] Williams SV, Vusirikala A, Ladhani SN, Olano EFRD, Iyanger N, Aiano Fet et al. An outbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta (B.1.617.2) variant in a care home after partial vaccination with a single dose of the COVID-19 vaccine Vaxzevria, London, England, April 2021. *Eurosurveillance* 2021; Jul 8 26 (27): 2100626
- [7] Investigation of SARS-CoV-2 variants of concern: technical briefings 12. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/publications/investigation-of-novel-sars-cov-2-variant-variant-of-concern-20201201>
- [8] Goldberg Y, Mandel M, Bar-On YM, Bodenheimer O, Freedman L, Haas E et al. Waning immunity of the BNT162b2 vaccine: A nationwide study from Israel. *medRxiv* 2021 Jan 1; 2021.08.24.21262423
- [9] Mizrahi B, Lotan R, Kalkstein N, Peretz A, Perez G, Ben-Tov A et al. Correlation of SARS-CoV-2 Breakthrough Infections to Time-from-vaccine; Preliminary Study. *medRxiv* 2021 Jan 1; 2021.07.29.21261317
- [10] Wall EC, Wu M, Harvey R, Kelly G, Warchal S, Sawyer Cet et al. Neutralising antibody activity against SARS-CoV-2 VOCs B.1.617.2 and B.1.351 by BNT162b2 vaccination. *The Lancet* 2021; Jun 19 397 (10292): 2331–3
- [11] Mor O, Zuckerman NS, Hazan I, Fluss R, Ash N, Ginish Net et al. BNT162b2 Vaccination efficacy is marginally affected by the SARS-CoV-2 B.1.351 variant in fully vaccinated individuals. *medRxiv* 2021 Jan 1; 2021.07.20.21260833
- [12] Lopez Bernal J, Andrews N, Gower C, Gallagher E, Simmons R, Thelwall Set et al. Effectiveness of Covid-19 Vaccines against the B.1.617.2 (Delta) Variant. *N Engl J Med* 2021; Aug 12 385 (7): 585–94
- [13] Sheikh A, McMenamin J, Taylor B, Robertson C. S. SARS-CoV-2 Delta VOC in Scotland: demographics, risk of hospital admission, and vaccine effectiveness. *The Lancet.* 2021 Jun 26; 397(10293):2461–2.
- [14] Tang P, Hasan MR, Chemaitelly H, Yassine HM, Benslimane FM, Khatib HAA et al. BNT162b2 and mRNA-1273 COVID-19 vaccine effectiveness against the Delta (B.1.617.2) variant in Qatar. *Epidemiology* 2021 Aug <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2021.08.11.21261885>
- [15] Puranik A, Lenehan PJ, Silvert E, Niesen MJM, Corchado-Garcia J, O'Horo JC et al. Comparison of two highly-effective mRNA vaccines for COVID-19 during periods of Alpha and Delta variant prevalence. *Public and Global Health* 2021 Aug <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2021.08.06.21261707>
- [16] Bar-On YM, Goldberg Y, Mandel M, Bodenheimer O, Freedman L, Kalkstein Net et al. BNT162b2 vaccine booster dose protection: A nationwide study from Israel. *medRxiv* 2021 Jan 1; 2021.08.27.21262679
- [17] AY.6 Lineage Report. Alaa Abdel Latif, Julia L. Mullen, Manar Alkuzweny, Ginger Tsueng, Marco Cano, Emily Haag, Jerry Zhou, Mark Zeller, Emory Hufbauer, Nate Matteson, Chunlei Wu, Kristian G. Andersen, Andrew I. Su, Karthik Gangavarapu, Laura D. Hughes, and the Center for Viral Systems Biology. <https://outbreak.info/situationreports?pango=AY.6&loc=IND&loc=GBR&loc=USA&selected>
- [18] Carter RJ, Rose DA, Sabo RT, Clayton J, Steinberg J, Anderson Met et al. Widespread Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Transmission Among Attendees at a Large Motorcycle Rally and their Contacts, 30 US Jurisdictions, August–September, 2020. *Clin Infect Dis.* 2021 Jul 15; 73 (Supplement_1):S106–9
- [19] CDC. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Centers for Disease Control and Prevention. 2020 https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/transmission_k_12_schools.html

PP36 Die NaLI online: Beitrag der Website der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen in der Corona-Pandemie und bei der Fortschreibung des Nationalen Impfplans

Autoren Gottwald Eva¹, Milbradt Jens¹, Speiser Sonja¹, Lechler Laura¹, Kouros Bijan¹, Nennstiel Uta¹, Liebl Bernhard¹, Höflich Cornelia², Jahn Klaus², Totsche Sabine³, Trost Matthias³, Ludwig Maria-Sabine¹

Institute 1 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL); Sitz der Geschäftsstelle der Nationalen Lenkungsgruppe Impfen (NaLI), GE4, Erlangen, Germany; 2 Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit Rheinland-Pfalz (NaLI-Vorsitz), Referat 15207, Mainz, Germany; 3 Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (NaLI-Vorsitz), Abteilung V, Wiesbaden, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745549

Hintergrund Die von Bund und Ländern 2016 etablierte NaLI wirkt im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz an der Umsetzung des Nationalen Impfplans (NIP) und an dessen Fortschreibung mit. Dazu gehört auch, die Öffentlichkeit über das Impfwesen in Deutschland mit den verantwortlichen Institutionen und Akteuren zu informieren. Diese Aufgabe wird durch die Website www.nali-impfen.de adressiert, welche im Mai 2019 online gegangen ist. Die NaLI-Website wird von der Geschäftsstelle im Austausch mit dem NaLI-Vorsitz für die Zielgruppe der am Impfstoff interessierten (Fach-)Öffentlichkeit ausgebaut und aktualisiert.

Ergebnisse und Sachstand Als Lotsenseite zum Impfwesen bietet die NaLI-Website einen Überblick über Kampagnen und Regelungen in den Bundesländern und stellt Verantwortlichkeiten dar. Sie vermittelt die Schwerpunkte des NIP sowie die Arbeit der NaLI. Durch Aktualisierung der betreffenden Website-Kapitel wird gleichzeitig der NIP fortgeschrieben, wie z.B. bei der aktualisierten Impfschadensstatistik der Länder. Seit Beginn der Corona-Pandemie wurden der NaLI-Website sukzessive weitere Aspekte hinzugefügt. Dazu gehörten anfangs der aktuelle Sachstand der Impfstoffentwicklung und später u.a. Informationen zur Covid-19-Impfung oder dem auf EU-Ebene abgestimmten digitalen Impfbuch. Dabei gibt die Website den wissenschaftlichen Konsens der Fachgremien wieder. Eine E-Learning-Fortbildung für Ärzte, med. Fachpersonal und Interessierte zum Thema Covid-19-Impfungen wurde unter Mitwirkung vieler NaLI-Mitglieder und der Geschäftsstelle erstellt und ist auf der Website verlinkt. Ein geschützter Zugangsbereich für berechnete Mitglieder trägt zudem zum unkomplizierten Austausch von wesentlichen Informationen für Bund und Länder während der Corona-Pandemie bei. Die aktuellen Themen der Website werden auch auf der von Hessen und Rheinland-Pfalz ausgerichteten 7. Nationalen Impfkonferenz im Juni 2022 in Wiesbaden aufgegriffen.

Fazit Durch die Website präsentiert sich die NaLI der Öffentlichkeit als vertrauenswürdiger Akteur des deutschen Impfwesens und erfüllt als Lotse zu Bund, Ländern und Institutionen ein Alleinstellungsmerkmal. Über umfassende und unabhängige Informationen wird hier ein Statement für den Impfgedanken abgegeben. Die Weiterentwicklung des NIP wird durch die regelmäßige Überarbeitung der Website-Inhalte realisiert. Die Website trägt damit zur Öffentlichkeitsarbeit der Covid-19-Impfkampagne bei.

Literatur www.nali-impfen.de

www.nationale-impfkonferenz.de

Nationaler Impfplan: Impfwesen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Handlungsbedarf; Januar 2012

Interessenskonflikte kein Interessenskonflikt

PP37 Die asiatische Tigermücke (*Aedes albopictus*) und reiseimportierte Arboviren in Baden-Württemberg 2015 bis 2021

Autoren Orgassa Tessa¹, Meincke Maylin¹, Jöst Artur², Augsten Xenia², Pluskota Björn², Becker Norbert³, Thomas Stephanie⁴, Wagner-Wiening Christiane¹

Institute 1 Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Referat 92, Gesundheitsschutz und Epidemiologie, Stuttgart, Germany; 2 KABS e.V., AG Exotische Stechmücken, Speyer, Germany; 3 ICYBAC GmbH, Speyer, Germany; 4 Universität Bayreuth, Institut für Biogeographie, Bayreuth, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745550

Situation Seit 2015 wird das Auftreten lokaler Populationen der vektorkompetenten Stechmücke *Aedes albopictus* in Baden-Württemberg beobachtet. Die Zunahme der Nachweise von *Ae. albopictus* in verschiedenen Landkreisen erhöht das Risiko von autochthonen Arbovirus-Infektionen über virämische Reiserückkehrer. Seit 2001 besteht die Meldepflicht laut Infektionsschutzgesetz (IfSG) für Denguefieber, seit 2017 für weitere Arbovirosen.

Methoden Mittels Modellierungen wurden klimatisch geeignete Gebiete für die Ansiedlung von *Ae. albopictus* (Gunsträume) bestimmt. Die Vorkommen von *Ae. albopictus* wurden anhand von aktivem sowie passivem Monitoring erfasst. Die Analyse der reiseimportierten Arbovirosen erfolgte anhand von nach IfSG übermittelten Meldedaten.

Ergebnisse In mind. 15 von 22 gut geeigneten Gunsträumen wurde *Ae. albopictus* nachgewiesen. Zusätzlich wurden drei Nachweise in mittelmäßig geeigneten Gunsträumen geführt. Die Anzahl positiv getesteter Fallen hat von 2015 mit 32% auf 44,6% in 2020 zugenommen. Die Anzahl der Tigermücken-Funde in den Fallen ist in diesem Zeitraum angestiegen. In den Jahren 2015 bis 2019 wurden in den Monaten Mai bis September 25 bis 56 Fälle von Arbovirus-Infektionen in Gunsträumen mit *Ae. albopictus* Vorkommen übermittelt, je ein Fall in 2020 und 2021. In allen Land- und Stadtkreisen Baden-Württembergs wurden von 2015 bis 2021 von 288 Meldungen von Denguefieber 185 (64%) mittels Antigen- bzw. RNA-Nachweis direkt nachgewiesen.

Diskussion Die Anzahl von bestätigten *Ae. albopictus* Nachweisen hat seit 2015 zugenommen. Direkte Erreger-Nachweise zeigen, dass ein Übertragungsrisiko über infizierte Reiserückkehrer bestehen kann. Die Ergebnisse zeigen ein steigendes Risiko von möglichen autochthonen Übertragungen bei klimatisch geeigneten Bedingungen in der Stechmückensaison. Schlussfolgerung: Das Monitoring von *Ae. Albopictus* in Gunsträumen und die Surveillance von Arbovirosen sind wichtige Instrumente zur fortlaufenden Bewertung des Risikos autochthoner Infektionen und zur frühzeitigen Erkennung von autochthonen Übertragungen und zur Verhinderung von Ausbrüchen. Eine nachhaltige intersektorale Zusammenarbeit und Etablierung von Monitoring- und Bekämpfungsmaßnahmen von *Ae. Albopictus* ist hierbei anzustreben.

Interessenskonflikte Keine Interessenskonflikte

PP38 „Connect One Health Data for Integrated Disease Prevention“ – Vorstellung des Projektes und erste Ergebnisse

Autoren Hille Katja¹, van Mark Gesine², Schnepf Anne³, Kunze Katrin², Scharlach Martina¹, Nordhoff Katja², Haunhorst Eberhard², Dreesman Johannes¹, Krienbrock Lothar³

Institute 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Mikrobiologie, Infektionsschutz, Krankenhaushygiene u. Infektionsepidemiologie, Hannover, Germany; 2 Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit, Dezernat 22 – Task Force Verbraucherschutz, Oldenburg, Germany; 3 Stiftung Tierärztliche Hochschule Hannover, Institut für Biometrie, Epidemiologie und Informationsverarbeitung, WHO Collaborating Centre for Research and Training for Health at the Human-Animal-Environment Interface, Hannover, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745551

Obwohl etwa 2/3 der Infektionskrankheiten beim Menschen durch Zoonoseerreger verursacht werden, ist die gemeinsame Überwachung von Infektionsereignissen bei Menschen und Tieren weiterhin die Ausnahme. Auch viele antibiotikaresistente Erreger sind als One-Health-relevant zu bewerten. Um Monitoring und Surveillance von zoonotischen und antibiotikaresistenten Erregern zu verbessern, zielt das Projekt "Connect One Health Data" darauf ab,

Daten aus dem Gesundheitswesen und der Veterinärbehördlichen-Überwachung zu integrieren (www.one-health-hannover.de).

Im Rahmen des Projektes werden zu Datenquellen aus Deutschland und Niedersachsen, die Informationen zu zoonotischen und antibiotikaresistenten Erregern enthalten, Metadaten erfasst. Auf Ebene der Datenquelle werden z.B. die untersuchte Population, der Zweck der Datensammlung und die Verfügbarkeit der Daten erfasst. Zu allen relevanten Erregern werden weitere Informationen wie die Labormethode oder zeitliche und räumliche Auflösung der Daten aufgenommen. Die Machbarkeit einer gemeinsamen Analyse von Daten aus verschiedenen Routinedatensammlungen (integrierten Datenanalyse) soll in Anwendungsfällen getestet und bewertet werden. Dies beinhaltet auch eine juristische, datenschutzrechtliche Prüfung.

Bislang wurden 36 One Health-relevante Datenquellen aufgenommen. Davon 16 aus dem Bereich Humanmedizin und Gesundheitswesen, 17 aus dem Bereich der veterinärbehördlichen Überwachung (Tiere, Betriebe, Lebensmittel, Futter) und 3 Datenquellen aus dem Bereich Umwelt. Ein erstes Ergebnis des Projektes ist eine Datenbank in der diese Datenquellen dokumentiert sind. Die Projekt-Datenbank ermöglicht die Suche nach Datenquellen, in denen bestimmte Erreger dokumentiert sind. In der Datenbank sind aktuelle mehr als 300 Erreger-Datensätze enthalten, die 150 unterschiedliche Erregerarten abbilden. Die Erreger, die in den meisten Datenquellen (DQ) vorkommen sind, *E. coli* (13 DQ), *Campylobacter* (9 DQ), *MRSA* (9 DQ), *Salmonella* (9 DQ), *Staphylococcus* (8 DQ).

Neben der Erfassung weiterer Datenquellen werden derzeit am Beispiel von *Campylobacter* spp. Originaldaten auf Datenqualität und -vollständigkeit geprüft und analysiert, ob es z.B. zeitliche Zusammenhänge von Nachweisen in unterschiedlichen Datenquellen gibt.

Im Rahmen des BVÖGD-Kongresses möchten wir einen Überblick der One Health-relevanten Datenquellen in Deutschland und Niedersachsen geben und die aktuellen Ergebnisse der Datenanalyse vorstellen.

Interessenskonflikte Hiermit erklären die Autoren, dass zum Projekt und dessen Vorstellung keine Interessenskonflikte vorliegen.

PP39 Risikomanagementplan – Toolbox zum Management von Nagetierübertragenen Erkrankungen

Autoren Klier Christiane¹, Kazasidis Orestis², Dürger Joanna², Imholt Christian², Jacob Jens², Schmitz Saskia¹, Dreesman Johannes¹

Institute 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Infektionsschutz, Hannover, Germany; 2 Julius-Kühn-Institut, Institut für Pflanzenschutz in Gartenbau und Forst, Münster, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745552

Hintergrund Nagetierübertragene Erkrankungen treten räumlich und zeitlich heterogen auf und können punktuell zu erheblicher Krankheitslast führen. Die individuelle Exposition hängt stark vom Verhalten ab. Aufgrund der geringen nationalen Inzidenz und teilweise unspezifischen Symptomen werden die Krankheiten z.T. nicht adäquat oder erst verspätet diagnostiziert und therapiert. Vor diesem Hintergrund besteht ein erhebliches Potential zur primären und sekundären Prävention. Der seit 2017 geförderte interdisziplinäre RoBo-Pub-Forschungsverbund untersucht unter anderem die Epidemiologie von Hantaviren und Leptospiiren und deren Nutzung in Prognosemodellen für humane Erkrankungen. Die Erkenntnisse des Projektes sollen bei gehäuftem Auftreten eine schnelle und adäquate Reaktion des ÖGD und anderer Akteure ermöglichen.

Methodik Für Hantavirus Erkrankungen entwickelte das JKI abhängig von dynamischen ökologischen Faktoren ein statistisches Vorhersagemodell. Auf einer Karte konnte damit das prognostizierte Risiko für betroffene Landkreise dargestellt werden. Durch das NLGA wurden Materialien aus früheren Häufungen nagetierübertragener Krankheiten zusammengetragen und für eine zukünftige Verwendung aufbereitet. Bedürfnisse des ÖGD und weiterer Akteure wurden durch Workshops auf BVÖGD-Kongressen ermittelt.

Ergebnisse Mit dem Prognosemodell wird zum Herbst eines jeden Jahres eine Prognose für das Risiko für das Auftreten von humanen Hantavirusfällen im kommenden Jahr abgegeben. Die Risikokarte für Niedersachsen ist aktuell auf der Homepage des NLGA eingestellt. Es werden Vorlagen für folgende Dokumente, die in einem Risikomanagementplan hinterlegt sind, zur Verfügung gestellt: Informationsmaterialien für Bürger, Presseinformationen, Anschreiben an Ärzte, Fragebögen für Betroffene, Kontaktdaten von Behörden, Laboren etc..

Schlussfolgerung Aufgrund der Prognoseergebnisse mit einem vorläufigen Modell wurde für 2021 eine Pressearbeit für eine von Hantavirus betroffene Region in Niedersachsen durchgeführt.

Das im Leitfaden beschriebene enge Zusammenspiel verschiedener Akteure fand des Weiteren erfolgreich Anwendung bei der Untersuchung eines ungewöhnlichen Hantavirus-Ausbruchs sowie des ersten Nachweises einer autochthonen Seoul-Hantavirus-Infektion in Deutschland. Weitere Perspektiven sind die Erweiterung auf weitere nagetier- oder vektorübertragene Krankheiten sowie die stärkere Einbindung sozialer Medien.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte

PP40 Einsatzabschnitt Biomonitoring – Ein Gemeinschaftsprojekt der Ämter 37 und 53

Autoren van Beveren Ina¹, Pauly Ola², Heitmann Sebastian³

Institute 1 Gesundheitsamt Stadt Köln, 532-7 Corona-Pandemie, Biomonitoring, Köln, Germany; 2 Pauly & Pauly Consulting, Gründer, Köln, Germany; 3 Berufsfeuerwehr Köln, Sachgebiet 6, Köln, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745553

Nach einem Beschluss des Kölner Krisenstabs wurde der Einsatzabschnitt Biomonitoring im März 2020 als Gemeinschaftsprojekt zwischen den Ämtern 37 (Feuerwehr Köln) und 53 (Gesundheitsamt Köln) zum Schutz der vulnerablen Gruppen gegründet. Mittels regelmäßiger Screenings der Mitarbeitenden von Pflege- und Betreuungseinrichtungen auf Sars-CoV-2 sollte das Biomonitoring in erster Linie präventiv wirken. Im Falle eines Positivbefundes sollte die Testung auf die Bewohnenden der Einrichtung ausgeweitet werden.

Zur Erfüllung des Arbeitsauftrags wurden mobile Einsatzteams, bestehend aus Ärzt*innen, medizinischem Hilfspersonal sowie Angehörigen der Feuerwehr gebildet, welche PCR-Testungen in den Einrichtungen durchführten. Diese Teams arbeiteten von der ersten Woche an mit Handscannern und Laptops, um ein digitales Backup aller durchgeführten Testungen sicherzustellen.

Im Laufe des Jahres 2020 wurden die Aufgabengebiete des Einsatzabschnittes auf weitere Personenkreise ausgeweitet. Darunter Vor-Ort-Testungen in Schulen und Kindertagesstätten, Mitarbeitende anderer kritischer Infrastrukturen, Geflüchtetenunterkünfte sowie Kontaktpersonen in häuslicher Quarantäne. Darüber hinaus erheben die Einsatzteams des Biomonitorings seit Januar 2021 die Vitalparameter und Risikofaktoren der getesteten Kontakt- und Indexpersonen, um COVID-19-Verläufe mit Silent Hypoxemia frühzeitig zu detektieren. Dazu wurde die Ausstattung der Teams um hochwertige Pulsoxymeter ergänzt, die zusätzlich zu Sauerstoffsättigung und Herzfrequenz auch die Atemfrequenz und den Perfusionsindex anzeigen können. Gemeinsam mit dem Kontaktmanagement des Gesundheitsamtes Köln wurde ein Scoring-System zur Bewertung des Silent-Hypoxemia Risikos der Patient*innen entwickelt.

Mit den aufgestellten Einsatzeinheiten verfügte die Stadt Köln zu Hochzeiten der Pandemie über eine mobile Testkapazität von bis zu 4.500 Personen pro Tag im Bereich der vulnerablen Gruppen sowie bis zu 400 Personen pro Tag im Bereich der privaten Haushalte. Im Zeitraum vom 30.03.2020 bis zum 30.09.2021 wurden insgesamt 236.153 PCR-Testungen durchgeführt.

Die hohe Vor-Ort-Testkapazität, das schnelle Umsetzen der notwendigen Testungen in gefährdeten Bereichen, die von Beginn an vollständige digitale Dokumentation der erfolgten Probenentnahmen sowie die Anbindung an das digitale Kontaktmanagement der Stadt Köln ist ein Ergebnis der besonderen Zusammenarbeit der Ämter 37 und 53.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte.

PP41 Epidemiologie der Tuberkulose früher und heute

Autoren Bock-Hensley Oswinde¹, Steinke Salome², Denkinger Claudia²

Institute 1 Tuberkulose-Museum Heidelberg, früher Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis, Heidelberg, Dossenheim, Germany; 2 Universitätsklinikum Heidelberg, Sektion Infektions- und Tropenmedizin, Heidelberg, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745554

Einleitung Die Tuberkulose ist fast so alt wie die Menschheit. Das Tuberkulose-Museum in Heidelberg zeigt mit vielen Exponaten das unendliche Leid, das durch die Erkrankung jahrhundertlang verursacht wurde.

Die Geschichte der Tuberkulose ist gekennzeichnet durch 2 wichtige Ereignisse: Die Entdeckung der Tuberkulose-Bakterien durch Robert Koch (24.3.1882) und die Entdeckung der Antibiotika durch Gerhard Domagk (Deutschland) und Salman Waksman (USA) ab ca. 1940.

Bis zu der Entdeckung der Antibiotika war die Tuberkulose nicht heilbar. Die Therapiemöglichkeiten waren sehr begrenzt. Behandlung in Heilstätten mit Liegekuren, reichlicher Ernährung, Lichttherapie und chirurgische Verfahren standen zur Verfügung.

Material und Methode Früher: Statistiken der Ära vor der Antibiotikaentwicklung zeigen die hohe Sterblichkeit in der Bevölkerung, die alle Altersgruppen und Bevölkerungsschichten betraf. Die Epidemiologie der Kindersterblichkeit an Tuberkulose und der Knochentuberkulose zeigen, welches Ausmaß die Erkrankung in der damaligen Zeit hatte.

Heute Daten des RKI und der WHO verdeutlichen die aktuelle Epidemiologie der Tuberkulose. Deutschland ist ein Niedriginzidenzland. 2/3 aller Neuerkrankungen leben in 8 Ländern (Indien, China, Indonesien, Philippinen, Pakistan, Nigeria, Bangladesch und Südafrika). Weltweit sterben 1.5 Mio. Menschen jährlich an Tuberkulose oftmals wegen unzureichender Behandlung und Diagnostik. 10 Mio. Neuinfektionen werden jährlich registriert.

Ergebnis Tuberkulose ist nach wie vor eine Erkrankung der Armut. Tuberkulose ist die häufigste resistente Infektion. Durch die Entwicklung von Resistenzen (MDR, XDR) auf die Erst- und Zweit-Linien Medikamente ist die Heilung zunehmend erschwert.

Fazit Das Tuberkulose-Museum HD zeigt mit vielen Statistiken, Exponaten und Bildern die Geschichte der Tuberkulose, die sich erst mit der Entwicklung von Antibiotika verbessert hat.

Die Arbeit der Sektion Infektions- und Tropenmedizin am Universitätsklinikum Heidelberg verdeutlicht, dass Tuberkulose hochaktuell und nicht eine Erkrankung der Vergangenheit ist.

Durch Corona SARS-CoV-2 hat sich die Tuberkulose-Situation in der Welt weiter verschlechtert, aber die Innovation, die durch COVID-19 vorangetrieben wurde, wird hoffentlich auch auf die Bekämpfung der Tuberkulose übertragen werden. Erst mit der Entwicklung weiterer Medikamente und einer Impfung kann das WHO-Ziel erreicht werden die Tuberkulose auszurotten.

Interessenskonflikte keiner

PP42 Tuberkulose – Moulagen als medizinische Lehrmittel

Autoren Bock-Hensley Oswinde¹, Denkinger Claudia²

Institute 1 Tuberkulose-Museum Heidelberg, früher Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis, Heidelberg, Dossenheim, Germany; 2 Universitätsklinikum Heidelberg, Sektion Infektions- und Tropenmedizin, Heidelberg, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745555

Einleitung Das Tuberkulose-Museum in Heidelberg wurde 1996 in Fulda von Dr. Robert Kropp gegründet und befindet sich seit 2011 im Rohrbacher Schloßchen auf dem Gelände der Thoraxklinik.

Die Tuberkulose ist eine Erkrankung, die Jahrhunderte lang ein unvorstellbares Leid mit sich brachte. Die Erkrankung ist erst seit ca. 1950 mit der Entdeckung

der Antibiotika heilbar. Die Geschichte der Tuberkulose wird im Museum sehr anschaulich anhand von vielen Exponaten, Bildern, Statistiken, Röntgenbildern u. a. dargestellt.

Material und Methode Im Tuberkulose-Museum Heidelberg befinden sich zahlreiche Moulagen, die sehr anschaulich die Tuberkulose-Erkrankung der Lunge, der Knochen, des Darmes u.a. darstellen. Moulagen sind meistens farbige dreidimensionale, lebensgroße Darstellungen von Körperteilen, die eine individuelle Wiedergabe von menschlichen Krankheitsbildern zeigen. Sie werden in einer Umkehrtechnik erstellt. Die Moulage wird über ein Negativ aus Gips, Silikon o. ä. hergestellt. Das Positive, die Moulage, aus Wachs wird anschließend bearbeitet und bemalt. Die Moulage wird auf einem Brett befestigt und mit weißen Stoffstreifen umrandet. Unterhalb der Moulage wird die Diagnose auf einem kleinen Etikett vermerkt.

Ergebnisse Moulagen wurden hauptsächlich zwischen 1850 und 1950 als medizinische Lehrmittel eingesetzt und als Vorlage zur Bebilderung von Lehrbüchern benutzt.

Seit Mitte des 20. Jahrhunderts wurden Moulagen durch Photographien abgelöst und waren lange in Vergessenheit geraten. In zahlreichen Medizin- Historischen Museen werden heute Moulagen präsentiert.

Fazit Die Moulagen im Tuberkulose-Museum Heidelberg sind historisch sehr wertvolle künstlerische Darstellung von Tuberkulose-Erkrankungen der Lunge und außerhalb der Lunge. Sie zeigen die unterschiedlichen Erkrankungsformen. Leider ist die Geschichte der Tuberkulose auch heute noch lange nicht abgeschlossen. Ca. 1.5 Mio. Menschen sterben heute pro Jahr an der Tuberkulose, obwohl eine gut wirksame Therapie existiert, meist in Ländern mit einer schlechten Gesundheitsversorgung. Erst mit einer effektiven Therapie und Impfung und besseren diagnostischen Tests wird es gelingen, die Tuberkulose auszurotten.

Interessenskonflikte keiner

PP43 Flughafenmalaria bei zwei Beschäftigten am internationalen Flughafen Frankfurt am Main

Autoren Schork Joscha¹, Wieters Imke², Götsch Udo³, Gottschalk René⁴, Wolf Timo⁵

Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Infektiologie und Hygiene, Frankfurt am Main, Germany; 2 Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Med. Klinik II – Infektiologie und HIV, Frankfurt, Germany; 3 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Infektiologie, Frankfurt, Germany; 4 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Ehemals Amtsleitung, Frankfurt, Germany;

5 Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Med. Klinik II – Infektiologie und HIV, Frankfurt, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745556

Anfang Oktober 2019 traten zwei schwere Fälle von Malaria tropica bei zwei männlichen Beschäftigten am Frankfurter Flughafen auf. Sie wurden beide in der Infektiologie/Tropenmedizin des Universitätsklinikums Frankfurt am Main behandelt und gaben keine Reisen in typische Endemiegebiete an. Eine erweiterte Anamnese ergab, dass beide Patienten für die selbe Service-Firma am Flughafen häufig gemeinsam in Nachtschichten eingesetzt werden und die Wartung im Außenbereich der Flugzeuge übernehmen. Einer der Patienten gab an im Expositionszeitraum zahlreiche Mückenstiche bemerkt zu haben. Die Analyse des parasitären Genotyps am Bernhard-Nocht-Institut in Hamburg bestätigte die Annahme, dass beide Patienten vom selben Stamm *P. falciparum* infiziert wurden. In der Umgebungsuntersuchung wurden keine weiteren Malaria-Fälle auffindig gemacht. Bei der Begehung der Abfertigungshallen und des Vorfeldes wurde kein stehendes Wasser gesehen.

Es handelt sich bei der Flughafenmalaria um sehr seltene Ereignisse, die etwa einmal jährlich weltweit auftreten, weshalb diese Häufung von zwei Fällen ungewöhnlich ist. Bei akut erkrankten Beschäftigten des Flughafens sollte sie dennoch in der Diagnostik mitbedacht werden.

Literatur 1. Su XZ, Carucci DJ, Wellems TE. Plasmodium falciparum: parasite typing by using a multicopy microsatellite marker, PfrRM. Exp Parasitol. 1998; 89(2): 262–5. <https://doi.org/10.1006/expr.1998.4299> PMID: 9635451

2. Taylor HM, Kyes SA, Harris D, Kriek N, Newbold CI. A study of var gene transcription in vitro using universal var gene primers. Mol Biochem Parasitol. 2000; 105(1):13–3. [https://doi.org/10.1016/S0166-6851\(99\)00159-0](https://doi.org/10.1016/S0166-6851(99)00159-0) PMID: 10613695

3. Robert F, Ntoumi F, Angel G, Candito D, Rogier C, Fandeur T, et al. Extensive genetic diversity of Plasmodium falciparum isolates collected from patients with severe malaria in Dakar, Senegal. Trans R Soc Trop Med Hyg. 1996; 90(6): 704–11. [https://doi.org/10.1016/S0035-9203\(96\)90446-0](https://doi.org/10.1016/S0035-9203(96)90446-0) PMID: 9015525

4. Robert Koch-Institut (RKI). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2018. [Annual epidemiological report of notifiable infections for 2018]. Berlin: RKI. [Accessed 31 Oct 2019]. German. Available from: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch_2018.pdf?__blob=publicationFile

5. World Health Organization (WHO). The E-2020 initiative of 21 malaria-eliminating countries: 2019 progress report. Geneva: WHO; 2019. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325304/WHO-CDS-GMP-2019.07-eng.pdf?ua=1>

6. Pomares-Estran C, Delaunay P, Mottard A, Cua E, Roger PM, Pradines B, et al. Atypical aetiology of a conjugal fever: autochthonous airport malaria between Paris and French Riviera: a case report. Malar J. 2009;8(1):202. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-8-202> PMID: 19698152

7. Queyriaux B, Pradines B, Hassenine L, Coste S, Rodriguez P, Coffinet T, et al. Airport malaria. Presse Med. 2009; 38(7–8): 1106–9. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2008.11.014> PMID: 19282131

Table

MSP-1 and MSP-2 allele distribution in isolates from two cases of airport-acquired falciparum malaria compared to three unrelated Plasmodium falciparum infections, Frankfurt, Germany, October 2019

MSP-1

Allelic family

Allele (size, bp)b

1 2 3 4 5

FFM_1001

K1

185 n/d n/d n/d n/d n/d

FFM_1002 185 n/d n/d n/d n/d

BNITM_80066 129 158 185 194 203

BNITM_80072 158 168 194 203 221

BNITM_80098 158 168 177 185 194

FFM_1001

MAD20

n/d n/d n/d n/d n/d

FFM_1002 n/d n/d n/d n/d n/d

BNITM_80066 102 110 120 167 194

BNITM_80072 131 139 n/d n/d n/d

BNITM_80098 102 120 158 n/d n/d

FFM_1001

RO33

n/d n/d n/d n/d n/d

FFM_1002 n/d n/d n/d n/d n/d

BNITM_80066 125 130 n/d n/d n/d

BNITM_80072 125 130 n/d n/d n/d

BNITM_80098 125 130 n/d n/d n/d

MSP-2

FFM_1001

3D7

253 265 n/d n/d n/d

FFM_1002 253 265 n/d n/d n/d

BNITM_80066 253 265 n/d n/d n/d

BNITM_80072 253 265 n/d n/d n/d

BNITM_80098 253 265 n/d n/d n/d

FFM_1001

FC27

205 n/d n/d n/d n/d

FFM_1002 205 n/d n/d n/d n/d

BNITM_80066 288 302 n/d n/d n/d

BNITM_80072 288 302 n/d n/d n/d

BNITM_80098 288 302 n/d n/d n/d

Bp: base pair; n/d: no allele detected.

a FFM_1001; FFM_11002.

b Different alleles within an allelic family were identified according to their size and listed numerically.

www.eurosurveillance.org 5

8. Siala E, Gamara D, Kallel K, Daaboub J, Zouiten F, Houzé S, et al. Airport malaria: report of four cases in Tunisia. *Malar J.* 2015;14(1):42. <https://doi.org/10.1186/s12936-015-0566-x> PMID: 25626591

9. Velasco E, Gomez-Barroso D, Varela C, Diaz O, Cano R. Nonimported malaria in non-endemic countries: a review of cases in Spain. *Malar J.* 2017; 16(1): 260. <https://doi.org/10.1186/s12936-017-1915-8> PMID: 28662650

10. Gallien S, Taieb F, Hamane S, De Castro N, Molina JM. Autochthonous falciparum malaria possibly transmitted by luggage-carried vector in Paris, France, February 2013. *Euro Surveill.* 2013; 18(40): 20600. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES2013.18.40.20600> PMID: 24128697

11. Van den Ende J, Lynen L, Elsen P, Colebunders R, Demey H, Depraetere K, et al. A cluster of airport malaria in Belgium in 1995. *Acta Clin Belg.* 1998; 53(4): 259-63. <https://doi.org/10.1080/17843286.1998.11772033> PMID: 9795446

12. Majori G, Gradoni L, Gianzi FP, Carboni P, Cioppi A, Aureli G. Two imported malaria cases from Switzerland. *Trop Med Parasitol.* 1990; 41(4): 439-40. PMID: 2075391

13. Bouvier M, Pittet D, Loutan L, Starobinski M. [Airport malaria: mini-epidemic in Switzerland]. *Schweiz Med Wochenschr.* 1990; 120(34): 1217-22. PMID: 2218443

14. Giacomini T, Axler O, Mouchet J, Lebrin P, Carlioz R, Paugam B, et al. Pitfalls in the diagnosis of airport malaria. Seven cases observed in the Paris area in 1994. *Scand J Infect Dis.* 1997; 29(4): 433-5. <https://doi.org/10.3109/0036549709011848> PMID: 9360267

15. Giacomini T, Mouchet J, Mathieu P, Petithory JC. [Study of 6 cases of malaria acquired near Roissy-Charles-de-Gaulle in 1994. Necessary prevention measures in airports]. *Bull Acad Natl Med.* 1995;179(2):335-51, discussion 351-3. PMID: 7614062

16. Marchant P, Eling W, van Gemert GJ, Leake CJ, Curtis CF. Could british mosquitoes transmit falciparum malaria? *Parasitol Today.* 1998;14(9):344-5. [https://doi.org/10.1016/S0169-4758\(98\)01274-5](https://doi.org/10.1016/S0169-4758(98)01274-5) PMID: 17040812

17. Schaffner F, Thiéry I, Kaufmann C, Zettor A, Lengeler C, Mathis A, et al. *Anopheles plumbeus* (Diptera: Culicidae) in Europe: a mere nuisance mosquito or potential malaria vector? *Malar J.* 2012;11(1):393. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-11-393> PMID: 23181931

18. Krüger A, Rech A, Su XZ, Tannich E. Two cases of autochthonous *Plasmodium falciparum* malaria in Germany with evidence for local transmission by indigenous *Anopheles plumbeus*. *Trop Med Int Health.* 2001; 6(12): 983-5. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.2001.00816.x> PMID: 11737834

19. Stechmücken-Monitoring in Deutschland (CuliMo). Schlussbericht zum Projekt. [Mosquito monitoring in Germany (CuliMo): final project report]. Duration: 01.05.2015-31.12.2018. Friedrich-Löffler-Institut; 2019. German. Available from: <https://www.tib.eu/en/search/id/TIBKAT%3A1677723092/>

20. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Epidemiological update – indigenous *Plasmodium falciparum* malaria cases in the Apulia region, Italy. Stockholm: ECDC; 6 Oct 2017. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/epidemiological-update-indigenous-plasmodiumfalciparum-malaria-cases-apulia-region>

Interessenskonflikte keine

PP44 Public Health – die HIV-/STI-Angebote im ÖGD als Seismographen nicht ausreichend genutzt

Autoren Baumhauer Katrin¹, Stelberg Hannah¹, Joggerst Brigitte², Nießen Johannes¹, Hug Simone³, Konrad Torsten²

Institute 1 Gesundheitsamt Köln, Infektionsschutz, Köln, Germany;

2 Gesundheitsamt Pforzheim, Infektionsschutz, Pforzheim, Germany;

3 Gesundheitsamt Pforzheim, Gesundheitsförderung und Prävention, Pforzheim, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745557

Hintergrund Public Health ist eine Hauptaufgabe des ÖGDs. Dazu gehört neben dem Monitoring von Gesundheitsproblemen und Krankheitsausbrüchen in der Gesellschaft das Erkennen von Präventionsbedarfen. Daraus abgeleitete Angebotsstrukturen müssen implementiert und regelmäßig evaluiert werden. Die im §19 nach Infektionsschutzgesetz verankerten anonymen Angebote für HIV- und STI-Tests eignen sich hervorragend als Seismographen, um dieser Aufgabe gerecht zu werden.

In den anonymen HIV-/STI-Angeboten des ÖGDs docken sehr viele verschiedene Menschen mit intersektionalen Risiken an. Die sich darstellenden Risikokonstellationen werden scheinbar immer komplexer.

Da sexuelle Gesundheit ein gesamtgesellschaftliches Thema ist, zeigen sich hier oft sehr früh gesamtgesellschaftliche Veränderungen, auf die im Sinne der Public Health-Aufgaben zu reagieren ist.

Das komplexe Thema der sexuellen Gesundheit umfasst neben Infektionsgeschehen und Krankheitsausbrüchen auch Aspekte wie Migrations- und Armutsentwicklungen, Sexarbeit, Drogen-/Sucht-Erkrankungen oder sich verändernde Moralvorstellungen und nicht zuletzt auch gesellschaftliche Diskriminierung und Stigmatisierung.

Hypothesen:

- Die Kontakte mit den Menschen, die uns im Rahmen der HIV-/STI-Angebote aufsuchen, bieten eine noch nicht ausreichend genutzte Chance, wertvolle Erkenntnisse für Public Health abzuleiten. Die Grundlage dafür ist eine geeignete Erhebung und Evaluation von medizinischen und psychosozialen Items.
- Der Nutzen der in den HIV-/STI-Angeboten erhobenen Daten würde sich enorm potenzieren, wenn es gelingen würde, eine homogenere, gemeinsame Datenerhebung und Evaluation im ÖGD bundesweit zu erreichen.

Methodik/Ergebnisse Recherche und Darstellung einer Übersicht von bereits bestehenden, etablierten Erhebungsstrukturen und Tools, die in Deutschland und z.B. der Schweiz in HIV-/STI-Test-Angeboten Anwendung finden.

Das Gesundheitsamt Köln und das Gesundheitsamt Enzkreis, berichten von Erfahrungen und Ergebnissen aus der Erhebung von anonymisierten Daten in HIV-/STI-Angeboten.

Schlussfolgerungen Der ÖGD hat sich nicht nur in den HIV-/STI-Angeboten der Herausforderung zu stellen, immer komplexer werdende Präventionsbedarfe zu analysieren und in entsprechende Präventions- und Hilfsangebote umzusetzen bzw. diese sinnvoll zu vernetzen.

Eine geeignete gemeinsame Datenerhebung als Grundlage dafür ist möglich und erstrebenswert.

Interessenskonflikte Neither I or my affiliated institution(s) have or will receive any significant payments of other sorts from the pharmaceutical manufacturer of study products or any commercial organisation.

PO46 Wie geht Zukunft? – Schulungsmaterialien zu Next-Generation-Sequencing (NGS) im Rahmen der Surveillance und zur Unterstützung bei Ausbruchuntersuchungen

Autoren Egelkamp Richard¹, Jahn Nicola¹, Roth Sarah Andrea¹, Dreesman Johannes¹, Feil Fabian²

Institute 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Abteilung 2, Hannover, Germany; 2 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Präsident NLGA, Hannover, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745558

Die hochauflösende Ganzgenomsequenzierung mittels Next-Generation Sequencing (NGS) ist heutzutage die Genotypisierungsmethode der Wahl zur Überwachung (Surveillance) und Ausbruchsaufklärung von Infektionserregern. Die genomische Surveillance von zoonotischen Infektionserregern ist essentiell um zu verstehen wie diese Erreger entstehen und sich ausbreiten. Sie bietet somit eine Grundlage für effiziente Präventionsmaßnahmen.

In Deutschland fehlt bislang ein systematisches und koordiniertes nationales Konzept zur Einführung einer integrierten genomischen Surveillance in die Routineversorgung. In dem Projekt „Integrierte Genomische Surveillance von Zoonoseerregern (IGS-Zoo)“ [1] wird ein Konzept zur NGS-basierten genomischen Surveillance in Deutschland erarbeitet und erprobt.

Ein wesentlicher Bestandteil dieses Projektes ist die Förderung des Verständnisses der genomischen Surveillance sowie die Steigerung der Akzeptanz und der Ausbau der Nutzung von NGS-basierten Daten im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und in der Lebensmittelüberwachung.

Zu diesem Zweck wurden Schulungsmaterialien erstellt, die auf einer digitalen Lernplattform in Form von interaktiven Lerneinheiten genutzt werden können. Die Materialien ermöglichen es den Teilnehmenden, sich in kurzweiligen und thematisch kleinen Einheiten in die für den ÖGD relevanten Grundlagen zur NGS-basierten genomischen Surveillance einzuarbeiten und die Anwendungsmöglichkeiten von NGS zur Ausbruchsaufklärung kennenzulernen und zu üben. Der Kurs richtet sich sowohl an Personen ohne Vorkenntnisse, die noch keine Berührung mit dem Thema hatten, als auch an Fortgeschrittene, die ihr Wissen auffrischen und ergänzen möchten. Ziel des Kurses ist es, sowohl die Möglichkeiten als auch die Grenzen von NGS-basierten Daten kennenzulernen, um somit einschätzen zu können, wo der Einsatz arbeitserleichternd ist. Absolventen des Kurses werden abschließend in der Lage sein:

- Situationen, in denen NGS eine Hilfe ist, zu erkennen
- NGS-basierte Daten (z.B. cgMLST-basierte Stammbäume/Grafiken) zu interpretieren und Befunde zu verstehen
- relevante Daten, Proben und Kontrollen zu identifizieren
- abzuschätzen, ob weitere Proben/Analysen zur Klärung des Ausbruchs nötig sind
- relevante Player, deren Aufgabenbereiche und Rahmenbedingungen (finanzielle Kosten, Zeitmanagement) zu benennen
- die Relevanz und Notwendigkeit von NGS zu erklären

Im Rahmen des BVÖGD-Kongresses möchten wir die digitale Lernplattform vorstellen.

Interessenskonflikte Es besteht kein Interessenkonflikt

Literatur

[1] Universität Münster, Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), Robert Koch-Institut (RKI), Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)

PO47 Reserveantibiotikum Linezolid: Anwendung und Resistenzentwicklung sowie Kasuistik einer Häufung von *Staphylococcus epidermidis* mit Linezolidresistenz (LRSE) in einer Klinik

Autoren Steul Katrin¹, Tessmann Rolf², Hollmann Klaus³, Weindel Martin⁴, Hunfeld Klaus-Peter⁵, Berres Marlene⁶, Strommenger Birgit⁷, Heudorf Ursele¹⁶

Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Medizinische Dienste und humanitäre Sprechstunden, Frankfurt am Main, Germany; 2 Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt, Sonderaufgaben, Frankfurt am Main, Germany; 3 Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Frankfurt am Main, Germany; 4 Laborarztpraxis Dres. med. Walther, Weindel und Kollegen, Labor, Frankfurt am Main, Germany;

5 Institut für Medizinische Mikrobiologie, Krankenhaus Nordwest, Institut für Medizinische Mikrobiologie, Frankfurt am Main, Germany; 6 MRE-Netz Rhein-Main, MRE-Netz Rhein-Main, Frankfurt am Main, Germany; 7 Robert Koch-Institut, NRZ Staphylokokken, FG Nosokomiale Infektionserreger und Antibiotikaresistenzen, Wernigerode, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745559

Hintergrund Für die Behandlung von Infektionen mit multiresistenten Erregern stehen nur noch wenige Reserveantibiotika zur Verfügung. Bei schweren MRSA-Infektionen, insb. mit Beteiligung der Knochen, wird i.d.R. Linezolid eingesetzt. Eine Zunahme der Linezolid-Resistenzen wird befürchtet.

Methoden Das MRE-Netz Rhein-Main sichtete die Verbrauchs-Daten an Linezolid der Kliniken in Frankfurt am Main und bat die KV Hessen um ihre Verordnungsdaten. Aus einer Klinik im Bereich des MRE-Netzwerks wurde eine Häufung von *Staphylococcus epidermidis* berichtet. Die Isolate wurden im NRZ sequenziert.

Ergebnisse Der Verbrauch an Linezolid in den Kliniken (16 Kliniken mit über 1,5 Millionen Patiententagen jährlich) nahm von 2013 bis 2018 auf den Normalstationen von 0,3 auf 0,5 DDD/100PT zu, auf den Intensivstationen von 4,3 auf 2,5 DDD/100 PT ab. Im ambulanten Bereich blieben die Verordnungen von Linezolid konstant < 1000/Jahr. Eine Zunahme der Resistenzentwicklung war weder in Probenmaterial aus Kliniken noch aus Praxen erkennbar.

In einer Klinik fielen jedoch im Frühjahr 2019 fünf Patienten mit *S. epidermidis* mit Linezolidresistenz auf. Bei der Untersuchung der möglichen Kontaktpatienten wurden weitere neun Patienten mit *S. epidermidis* mit Linezolidresistenz gefunden. Sämtliche Umgebungsuntersuchungen und die Screening-Untersuchung des Personals blieben negativ; es wurden keine relevanten Hygienefehler festgestellt. Alle positiv getesteten Patienten hatten zuvor oder aktuell eine Therapie mit Linezolid erhalten. Durch Verzicht auf Linezolid im Therapie-regime konnte die Häufung beendet werden. Bei der Sequenzierung wurden verschiedene Cluster detektiert; horizontal übertragene Determinanten für eine Linezolid-Resistenz konnten nicht gefunden werden.

Schlussfolgerung Im ambulanten Bereich und auf den Normalstationen der Kliniken nahm der Verbrauch an Linezolid in den letzten Jahren gering zu, auf den Intensivstationen nahm er geringfügig ab. Vor diesem Hintergrund sind auch die Linezolid-Resistenzen nicht angestiegen. Gleichwohl sollte das Medikament weiterhin zurückhaltend eingesetzt werden. Eine Häufung mit Linezolid-resistenten *S. epidermidis*-Stämmen in einer Klinik wies genetisch verschiedene Cluster auf und konnte durch Verzicht auf Linezolid rasch beendet werden. Das Beispiel zeigt, dass bei Häufungen an Erregern mit besonderen Resistenzen nicht nur an Übertragungen gedacht, sondern auch das Antibiotikaregime betrachtet werden muss.

Interessenskonflikte keine

Fachausschuss Umweltmedizin

PP48 Zunehmende Sommerhitze als Gesundheitsthema

Autor Aleksandrowicz Paula

Institut Amt für Gesundheit und Prävention, Amtsleitung, Dresden, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745560

Der Klimawandel mit Begleiterscheinungen wie Sommerhitze, Trockenheit, zunehmende Extremwetterereignisse und Ausweitung parasitärer Arten hat Einfluss auf die menschliche Gesundheit. In den Hitzesommern 2003, 2015 und 2018 konnte eine Übersterblichkeit aufgrund Hitze festgestellt werden (Kovats / Hajat, 2008; an der Heiden et al., 2019). Hitzeerkrankungen umfassen leichte bis lebensbedrohliche Erkrankungen von Muskelkrämpfen bis Hitzschlag (Tanen, 2019; Gauer, 2019). Starke Hitze und hohe Ozonwerte sind ein Risikofaktor für Herzinfarkte, hohe Temperaturschwankungen für Schlaganfälle, Hitze in Kombination mit Luftverschmutzung verschlimmert den Verlauf von Atemwegserkrankungen (Traidl-Hoffmann / Trippel, 2021). Auch Beschwerden wie Abgeschlagenheit, Schlafstörungen oder Kopfschmerzen nehmen bei Hit-

ze zu (ebd.). Insbesondere vulnerable Gruppen wie ältere Menschen, Kinder, Schwangere, Personen mit chronischen Erkrankungen, Menschen in Gemeinschaftsunterkünften und mit niedrigem sozioökonomischen Status sind gefährdet (WHO, 2021). Die Situation wird durch die COVID-19-Pandemie verschärft (ebd.).

Trotz dieser nachgewiesenen Effekte wird die Gesundheitsgefährdung durch Hitze auf politischer, Unternehmens- und Verwaltungsebene bisher unzureichend wahrgenommen (Ebi et al., 2021). Bei der Beschattung von Innenräumen stehen Anforderungen an Denkmalschutz und an adäquate Sonneneinstrahlung teilweise im Widerspruch zu Hitzeschutz (zum Letzteren bspw. LUA, 2020). Hitzeaktionspläne als Möglichkeit der Prävention und akuten Handlungsplanung sind in Deutschland noch unzureichend verbreitet (Kaiser et al., 2021). Die Stadtverwaltung der Landeshauptstadt Dresden befasst sich seit mehreren Jahren mit dem Thema (Müller, 2013; LHD, 2018). Seit 2021 wirkt das Amt für Gesundheit und Prävention (im Folgenden: GA) im Projekt „HeatResilient City“ mit. Die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels, insbesondere der Sommerhitze, stehen nun im Fokus. Das GA möchte die Aufmerksamkeit für das Thema wecken und Praxispartnerinnen und -partnern konkrete Handlungsoptionen aufzeigen, um vulnerable Gruppen zu schützen. Im Poster wird der Projekthintergrund und dessen Notwendigkeit erläutert und dargestellt, mit welchen Werkzeugen Akteurinnen und Akteure befähigt werden, Prävention und Notfallhilfe vor Ort zu leisten. Zu diesem Zweck entsteht eine Fachpublikation mit zielgruppengerecht aufbereiteten Informationen, Trainings zur Zielgruppenansprache und eine überregionale Transfer-Veranstaltung.

Literatur an der Heiden, M. / Buchholz, U. / Uphoff, H. (2019): „Schätzung der Zahl hitzebedingter Sterbefälle und Betrachtung der Exzess-Mortalität; Berlin und Hessen; Sommer 2018“. RKI, Epidemiologisches Bulletin 23/2019, S. 193-202.

Ebi, Kristie, et al. (2021): „Hot weather and heat extremes: health risks“. *Lancet* 398, pp. 698-708.

Gauer, Robert; Meyers, Bryce K. (2019): „Heat-related illnesses“. *American Family Physician* 99 (8), pp. 482-489. (URL: <https://www.aafp.org/afp/2019/0415/p482.html>, letzter Zugriff am 22.10.2021).

Kaiser, Theresa; Kind, Christian; Dudda, Leonie (2021): „Bund/Länder-Handlungsempfehlungen zur Erarbeitung von Hitzeaktionsplänen: Bekanntheit und Rezeption in Bundesländern und Kommunen“. *Umwelt + Mensch Informationsdienst* 1/2021, S. 17-25.

Kovats, R. Sari; Hajat, Shakoor (2008): „Heat Stress and Public Health: A Critical Review“. *Annual Review of Public Health* 29, pp. 41-55 (URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18031221/>, letzter Zugriff am 22.10.2021).

LHD = Landeshauptstadt Dresden, Umweltamt (2018): Meinungsumfrage zum Klimawandel in Dresden. Auswertungsbericht. Dresden.

LUA = Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen (2020): Sommer, Sonne, Hitze: Hinweise und praktische Tipps für Kindertagesstätten zum Hitzeschutz an heißen Sommertagen. Dresden: LUA Sachsen.

Müller, B. (Hg.) (2013): Risiken beherrschen, Chancen nutzen: Die Region Dresden stellt sich dem Klimawandel. Strategiekonzept zum Integrierten Regionalen Klimaanpassungsprogramm für die Region Dresden. Dresden: Leibniz-Institut für ökologische Raumentwicklung.

Tanen, David (2019): „Hitzekrankheit im Überblick“. *MSD Manual*. Zuletzt geändert im Juni 2019. (URL: <https://www.msmanuals.com/de-de/profil/verletzungen,-vergiftungen/hitzekrankheit/hitzekrankheit-im-%C3%BCberblick>, letzter Zugriff am 22.10.2021).

Traidl-Hoffmann, Claudia; Trippel, Katja (2021): Überhitzt: Die Folgen des Klimawandels für unsere Gesundheit. Berlin: Dudenverlag.

WHO = World Health Organization (2021): Heat and health in the European region: updated evidence for effective prevention. Copenhagen: WHO regional office for Europe (URL: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Climate-change/publications/2021/heat-and-health-in-the-who-european-region-updated-evidence-for-effective-prevention-2021>, letzter Zugriff am 22.10.2021).

Interessenskonflikte Es besteht kein Interessenskonflikt.

PP49 Klimafolgenanpassungskonzept und Hitzeaktionsplan der Stadt Mannheim zur Minderung gesundheitlicher Beeinträchtigungen durch den Klimawandel

Autoren Brüggemeier Carsten¹, Idler Alexandra², Mauser Claudia³, Schutz Daniele¹, Rensing Katharina², Schäfer Peter¹, Häske David⁴, Joos Stefanie⁴, Oster Nadja¹

Institute 1 Stadt Mannheim, Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt, Mannheim, Germany; 2 Stadt Mannheim, Fachbereich Klima, Natur, Umwelt, Mannheim, Germany; 3 Stadt Mannheim, Fachbereich Demokratie und Strategie, Mannheim, Germany; 4 Universität Tübingen, Zentrum für Öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung, Tübingen, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745561

Hintergrund Das Bundesumweltministerium hat 2017 Länder und Kommunen dazu aufgerufen, Hitzeaktionspläne (HAP) zu erstellen. Das Klimafolgenanpassungskonzept der Stadt Mannheim sieht die Erstellung eines HAP als eine Maßnahme vor, um dem Klimawandel auf kommunaler Ebene zu begegnen.

Ziele Ziel des Projekts war die Erarbeitung eines HAP für Mannheim im Rahmen eines partizipativen Prozesses.

Methode Mit den Methoden eines Reallabors wurden im Rahmen eines von Akteur*innen aus Verwaltung, Politik und dem Gesundheits- und Pflegewesen erarbeiteten Beteiligungskonzepts die Bürgerschaft sowie Multiplikator*innen von hitzevulnerablen Gruppen befragt und zwei Workshops durchgeführt. Aus den Ergebnissen wurden Zielgruppen, Maßnahmen und Strukturen des HAP erarbeitet.

Ergebnis Als Zielgruppen wurden hilflose, hitzevulnerable Menschen definiert, wie ältere, körperlich oder psychisch behinderte, pflegebedürftige oder wohnungslose Menschen sowie unter Dreijährige.

Es wurden in Maßnahmensteckbriefen Schulungs-, Sensibilisierungs-, Informations- und Anpassungsmaßnahmen in sozialen Einrichtungen, für Zielgruppen und sonstige Bürger*innen, die Unterstützung und Berücksichtigung von Bedürfnissen von Zielgruppen sowie Informationen zum Zugang zu kühlen Orten und kostenlosem Trinkwasser festgelegt.

Strukturell sind eine Kommunikationskaskade für den Ernstfall und als Gremien ein Führungstab in akuten Hitzewellen, ein Steuerungskreis zur Steuerung und gesellschaftlichen Verankerung und Zielgruppenbeauftragte geplant. Der HAP wurde im Oktober 2021 vom Gemeinderat beschlossen. Seine Umsetzung ist eine gesamtstädtische Aufgabe unter Koordination des Fachbereichs Klima, Natur, Umwelt und des Gesundheitsamtes. Erforderliche Notfall- und Rettungsstrukturen, wie sie bei sehr extremen Hitzewellen im Westen Nordamerikas im Sommer 2021 erforderlich waren, wurden im HAP bisher noch nicht berücksichtigt.

Schlussfolgerung Die Planung eines HAP mit partizipativen Methoden und in Rahmen eines Reallabors ist möglich, allerdings ressourcenintensiv. HAP sollten auf wesentliche Zielgruppen und Maßnahmen fokussieren, Aufgabe der gesamten Kommunalverwaltung sein, Verantwortlichkeiten klar festlegen und durch kommunalpolitische Gremien legitimiert sein. Das Ausmaß künftiger Hitzewellen könnte so extrem werden, dass die Planung der Notfall- und Rettungsmaßnahmen im Rahmen des Katastrophenschutzes bei der Erarbeitung oder Fortschreibung von HAP mitberücksichtigt werden sollte.

Interessenskonflikte Es besteht kein Interessenskonflikt.

PP50 Identifikation und Populationsuntersuchung von Vektororganismen im Stadtgebiet Frankfurt am Main: Fallbeispiel Ausbreitung der invasiven Mücken Art *Aedes albopictus* (Tigermücke)

Autoren Haller Jonas¹, Grikscheit Katharina², Götsch Udo³, Tinnemann Peter⁴, Gottschalk René⁵, Klimpel Sven⁶

Institute 1 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Infektiologie, Frankfurt, Germany; 2 Goethe-Universität Frankfurt, Institut für medizinische Virologie, Frankfurt, Germany; 3 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Infektiologie, Frankfurt, Germany; 4 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Amtsleitung, Frankfurt, Germany; 5 Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Ehemalige Amtsleitung, Frankfurt, Germany; 6 Goethe-Universität Frankfurt, Integrative Parasitologie und Tierphysiologie, Frankfurt, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745562

Aufgrund der Globalisierung und des anthropogenen Klimawandels, gelangen immer mehr invasive Mückenarten nach Deutschland. Durch den internationalen Warenaustausch werden die Tiere u.A. über Kisten, Autoreifen und Gepäckstücke nach Deutschland eingeschleppt. Es bieten sich hier optimale klimatische und habitatsbezogene Bedingungen und sie können sich somit ansiedeln und reproduzieren. Da die Winter in Deutschland immer milder werden, führt dies ebenfalls dazu, dass die Populationen im Winter nicht verschwinden und daher eine erfolgreiche Überwinterung möglich ist. Einige dieser invasiven Arten sind sog. Vektororganismen, die potentielle Überträger von Zoonosen sind. Dies stellt eine Gefahr für den Menschen dar, da diese oftmals aufgrund von räumlicher Nähe eng in Kontakt stehen und somit eine Ansteckung mit tropischen Infektionskrankheiten auch in Deutschland möglich erscheint. Eine bekannte Art, die potentieller Träger von tropischen Infektionskrankheiten ist, ist die Mückenart *Aedes albopictus* (Tigermücke). Sie hat sich in den letzten Jahren immer mehr in Deutschland angesiedelt und ist bekannt dafür Krankheiten wie das WNV oder das Denguevirus zu übertragen. Diese Studie soll zeigen, ob und inwiefern sich die Tigermücke bereits in Frankfurt angesiedelt hat und wie groß die bestehenden Populationen sind. Im Weiteren Schritt werden die gefangenen Exemplare auf potentielle Erreger untersucht, um Aussagen darüber zu treffen, inwiefern sich das öffentliche Gesundheitswesen an die Gefahr durch vektorübertragene Zoonosen anpassen muss.

Methoden Über einen Zeitraum von 5 Monaten wurden an verschiedenen Standorten in Frankfurt mit Duftköder und CO₂-Flasche bestückte Mückenfallen aufgestellt. Es wurden Standorte ausgesucht mit Zugang zu Wasserstellen oder an Grünanlagen. Der Inhalt jeder Falle wurde nach 24 h geleert im Labor tiefgekühlt. Es folgt die Bestimmung auf Artniveau und Genotypisierung. Für die Virendiagnostik wird eine spezielle Q-PCR angewendet, um die Genabschnitte der bekannten Erreger zu identifizieren.

Ergebnisse Die Ergebnisse der Studie werden Anfang des Jahres 2022 publiziert. Bei der ersten Übersicht der Proben wird bereits deutlich, dass sich etliche Arten der Gattung *Aedes* in den Proben befinden. Es wird sich zeigen wie hoch der Anteil bereits in Frankfurt ist. Eine solche Untersuchung hat es in dem Gebiet bisher nicht gegeben und größere Populationsdichten wurden bisher nur in Süddeutschland identifiziert.

Interessenskonflikte keine

PP51 Wie sieht die Ernährung im Jahr 2030 aus?

Autor Meißner Carl

Institut Klinikum Magdeburg, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Magdeburg, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745563

Die immer stetig wachsende Weltbevölkerung, die 2050 über 9 Milliarden Menschen betragen wird, stellt die Lebensmittelindustrie vor große Herausforderungen. Wir stehen tagtäglich vor neuen Aufgaben, dabei spielen Technik, Industrie und Sozioökonomie eine immer größer Rolle und gehören in den Fokus der Betrachtung. Und gerade in der Lebensmittelproduktion bedarf es neuer und innovativer Konzepte in unserer allgemeinen Ernährung und der Landwirtschaft, um in Zukunft die gesamte Menschheit nachhaltig versorgen zu können. Unsere Lebensmittel müssen in Zukunft noch stärker als heute qualitativ hochwertig, fair und transparent gehandelt werden sowie unter ethisch vertretbaren Bedingungen produziert werden. Die Essgewohnheiten jedes Einzelnen auf der Welt werden zunehmend ideologischer und als Spiegel des eigenen Wesens betrachtet.

Es gibt mittlerweile eine Vielzahl von Studien, welche belegen, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Fleischkonsum und der Belastung der Umwelt gibt. Bei der täglichen Ernährung rücken vor allem Rohstoffe in den Fokus, die in Europa bislang eher unüblich waren, unsere Essgewohnheiten aber nachhaltig prägen werden.

Algen werden teilweise „Wundergetreide“ genannt. Ein herkömmliches Getreidefeld wirft jährlich zwischen ca. fünf Tonnen Getreide pro Hektar ab, bei Algen sind es im gleichen Zeitraum 25 000 Tonnen.

815 Millionen Menschen leiden weltweit an Hunger. Ohne eine zusätzliche Finanzhilfe in Milliardenhöhe, pro Jahr, wird es nicht möglich sein, dieses Problem zu lösen. Neue und innovative Konzepte in der Landwirtschaft und Ernährung können dabei eine Hilfestellung geben.

Interessenskonflikte keine

PP52 Per- und polyfluorierte Alkylsubstanzen (PFAS): Trinkwasser-Monitoring in Sachsen-Anhalt

Autor Schnorr Rene

Institut Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (LAV), Dezernat 22 – Umwelt- und Wasserhygiene, Magdeburg, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745564

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

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

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

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

Interessenskonflikte Keine.

Fachausschuss Psychiatrie

PP53 Rettungs-BOJE für junge Menschen am Kölner Hauptbahnhof

Autoren Schmitt Martina, Eichberg Sabine, Ostermann Elisabeth

Institut Gesundheitsamt Stadt Köln, Gesundheitsplanung und -förderung, Köln, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745565

Die B.O.J.E. (Beratung und Orientierung für Jugendliche und junge Erwachsene) bietet als umgebauter Linienbus seit 1993 ein lebensweltorientiertes, niedrigschwelliges Kontakt- und Beratungsangebot für junge Menschen bis 27 Jahre im Kölner Bahnhofsumfeld (ein Kölner Betreiberverbund, u.a. das Gesundheitsamt der Stadt Köln).

Die offenen Gruppenangebote sind akzeptierend, freiwillig und anonym. Die Aufsuchenden sind u.a. von Obdachlosigkeit bedroht, befinden sich in prekären Lagen, fühlen sich im Übergang zwischen Jugend und Erwachsensein überfordert, weisen Gesundheits- und Suchtproblematiken auf. Die B.O.J.E. bietet ihnen Kontakt, Versorgung, Beratung und Vermittlung ins reguläre Hilfesystem.

Gesundheitspräventive Hygienemaßnahmen und eine enge Kooperation mit dem Mobilien Medizinischen Dienst des Gesundheitsamtes gehören ebenfalls zum Angebot.

Im Jahr 2020 war die B.O.J.E. an 241 Tagen (5 Tage pro Woche zu je 3 Stunden) geöffnet. Das Angebot wurde von 249 Einzelpersonen in Anspruch genommen, davon waren 106 Erstkontakte (42,5%). Von den 249 Einzelpersonen waren 34 minderjährig (16 Mädchen, 18 Jungen) mit 27 Erstkontakten und 215 (86,3%) erwachsen (58 Frauen, 157 Männer) mit 79 Erstkontakten. Es konnten 4067 Gesamtbesuche gezählt werden, die sich wie folgt verteilen: 1233 (71%) gesundheitspräventive Maßnahmen und Versorgungsangebote, 1072 (26%) Beratungen, 119 (3%) Vermittlungen in weiterführende Hilfsangebote, 5 (0,1%) spontane Begleitungen zu Ämtern, Beratungsstellen, Wohneinrichtungen. An 7 Tagen wurde die B.O.J.E.-Standzeit wegen grober Regelverstöße abgebrochen.

Im Jahr 2016 wurde das offene Angebot der B.O.J.E. um die zusätzliche individuelle Beratung und Begleitung „BOOT“ erweitert, um den umfassenden Bedarf zu begegnen. Das Angebot ist an zwei Tagen pro Woche zu je 90 Minuten vor Ort. Im Jahr 2020 fanden 312 Beratungen, 553 Vermittlungen in weiterführenden Hilfen sowie 72 Begleitungen zu Ämtern, Einrichtungen, Diensten über das BOOT statt.

Das B.O.J.E.-Angebot ermöglicht jungen Menschen einen Ort der Orientierung. Die stetige Weiterentwicklung der Vernetzung mit anderen Einrichtungen führt zu zielgerichteten Lösungen individueller Problemlagen der Betroffenen. Die Kombination von B.O.J.E. und BOOT erhöht die Erreichbarkeit und bewirkt damit die erforderliche Kontinuität in der Arbeit. Aktuell ist das BOOT über Spenden finanziert, benötigt jedoch langfristig eine Überleitung in die Regelfinanzierung.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte

PP54 Aktivitäten der Sozialpsychiatrischen Dienste während der Coronapandemie

Autor Sakellaridou Elina

Institut Kreisgesundheitsamt Mettmann, Sozialpsychiatrischer Dienst, Mettmann, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745566

Die COVID-19-Pandemie hat in kürzester Zeit die psychiatrische Versorgung in verschiedener Hinsicht erheblich verändert. Durch die Umstrukturierung der stationären Versorgung im ersten Lockdown waren weniger Behandlungsplätze da. Gleichzeitig standen die ambulanten komplementären Dienste nicht im gewohnten Umfang zu Verfügung [1]. Die Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) fungierten häufig als Ausfallsbürge für diese Dienste, obwohl ein erheblicher Teil des Personals zeitweise für Aufgaben des Infektionsschutzes abgezogen wurde [2, 3]. Aufgrund der Kontaktbeschränkungen war die – bis vor Kurzem für fast undenkbar gehaltene – Digitalisierung der Kommunikation mit den Klienten für viele SpDi eine gute Alternative. Telefonische Beratungsangebote haben zugenommen und telemedizinische Kontaktmöglichkeiten wurden eingerichtet (z.B. Online-Einzel-Beratung und Online-Gruppenangebote).

Aufgrund des erhöhten Bedarfs an Beratung und psychosoziale Krisenintervention bei zuvor nicht psychisch kranken Personen [4], entstanden neue Konzepte auch für Personen außerhalb des Kernklientels. Beispiele für solche Konzepte sind die „Corona-Sprechstunde“ (SpDi Kreis Mettmann) [5], „Bring Home“ (SpDi Köln) und „Walk and Talk“ (SpDi Düsseldorf) [6].

Gleichzeitig haben die SpDi neue Aufgaben mit Blick auf die Auswirkungen der Pandemie übernommen. Beispiele hierfür waren die kinder- und jugendpsychiatrische Fachberatung des SpDi Kreis Mettmann bei Familien, die durch die Schulschließungen belastet waren und das „Krisentelefon“ des SpDi Düsseldorf für die Wirtschaftsförderung der Stadt Düsseldorf für Menschen, die aufgrund von großen finanziellen Schwierigkeiten in der Pandemie, in psychosozialen Krisen geraten sind.

Die Pandemie hat den Anstoß zu einer weiteren Entwicklung vorhandener Strukturen in vielen SpDi gegeben. Es gab jedoch keine einheitliche Vorgehensweise. Psychische Gesundheit sollte in der Entwicklung zukunftsfähiger Public Health Strategien berücksichtigt werden [7]. In diesem Sinne ist es Zeit die

Rolle der SpDi als wichtige Komponente des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Bewältigung dieser und künftiger Epidemien neu zu denken. Ein strukturiertes und transparentes, niederschwelliges Angebot könnte Gegenstand zukünftiger Versorgungsforschung sein.

Interessenskonflikte Keine Interessenskonflikte

Literatur

- [1] Winkler J.G., Jalilzadeh Masah D., Moran J.K. et al. 2021; Psychische Belastung während der COVID-19-Pandemie. Konsequenzen für psychiatrisch Erkrankte und therapeutische Implikationen. *Nervenarzt* 92: 243–251. doi:10.1007/s00115-020-01056-y
- [2] Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste NRW e.V. (2020). SpDi 3.0 – Psychosoziale Beratung im digitalen Wandel. <https://www.lag-sozialpsychiatrische-dienste-nrw.de/images/pdf/LAGAuswertungUmfrage2020.pdf>; Stand 28.10.2021
- [3] Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste NRW e.V. (2021). Situation der SpDi nach 1 ½ Jahren Corona-Pandemie. <https://www.lag-sozialpsychiatrische-dienste-nrw.de/images/pdf/LAGAuswertungUmfrageCorona2021.pdf>; Stand 28.10.2021
- [4] Brakemeier E.-L., Wirkner J., Knaeuselrud C. et al. 2020; Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 49: 1–31. doi:10.1026/1616-3443/a000574
- [5] Sakellaridou, E., Arnolds, A., Lange, R. (2020). Corona-Sprechstunde“ des SpDi. *Blickpunkt Öffentliche Gesundheit*, Ausgabe 3, 3
- [6] Landeshauptstadt Düsseldorf. (2020). Psychische Unterstützung in Corona-Zeiten. <https://corona.duesseldorf.de/news/psychische-unterstuetzung-in-corona-zeiten>, Stand 28.10.2021
- [7] Riedel-Heller S, Richter D. 2020; COVID-19-Pandemie trifft auf Psyche der Bevölkerung: Gibt es einen Tsunami psychischer Störungen. *Psychiatrische Praxis* 47 (8): 452–456. doi:10.1055/a-1290-3469

PP55 Sozialpsychiatrische Dienste in der Corona-Pandemie? -Eine bundesweite Erhebung

Autoren Albers Matthias¹, Sabine Erven², Bispinck Ralf³

Institute 1 Gesundheitsamt Stadt Köln, Soziale Psychiatrie, Köln, Germany; 2 Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Fachreferentin, Hannover, Germany; 3 Gesundheitsamt Dortmund, Sozialpsychiatrischer Dienst, Dortmund, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745567

Einführung Seit Frühjahr 2020 war die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) stark beeinflusst durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie. Personal wurde für die Unterstützung des Infektionsschutzes in Nachverfolgung und Kontaktmanagement abgezogen. Zur Kontaktvermeidung wurden mancherorts Teile der Mitarbeiterschaft ins Home Office geschickt. Face to face Beratungskontakte und Hausbesuche konnten nur bei dringender Indikation und sofern Schutzausrüstung verfügbar war erfolgen. Übliche Anlaufstellen und Hilfsangebote für psychisch kranke Menschen waren geschlossen, psychiatrische Kliniken reduzierten massiv die Belegung. Ambulante Beratungskontakte wurden auf das Allernotwendigste reduziert.

Vorgehen Zum Stichtag 1.6.2021 führte das „Bundesweite Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste“ (BNSpDi) in Kooperation mit dem Fachausschuss Psychiatrie des BVÖGD eine bundesweite anonyme Onlinebefragung durch, um Einschränkungen wie Innovationen durch die Pandemie zu erfassen. Es gingen 141 auswertbare Antworten ein. Die mittlere Rücklaufquote betrug 34%.

Ergebnisse In 82 SpDi (58%) war im ersten Halbjahr 2021 noch Personal für den Coroneinsatz abgezogen. In 85% waren diese Mitarbeitenden seit Beginn der Pandemie 2020 durchgehend herangezogen worden, in 4% nur für bis zu 6 Monaten, in ca. 1% nur für 1-2 Monate. Das Volumen in Anspruch genommene Personalvolumen variierte zwischen den Gebietskörperschaften stark. Zum Zeitpunkt der Befragung (Juni 2021) waren in 101 Diensten (72%) wieder alle Mitarbeitenden verfügbar. Die Frage nach neu übernommenen zusätzlichen Aufgaben im Bereich der psychosozialen Versorgung und Krisenintervention für Personen außerhalb des Kernklientels wurde von 38% bejaht. Dabei han-

delte es sich z. B. um Beratung und Unterstützung von Menschen, die aufgrund der eigenen Corona-Erkrankung oder durch Corona-Maßnahmen in psychische/seelische Not geraten, Beratung für das Coronateam, Übernahme von Hausbesuchen anderer Dienste, Sicherstellung der medikamentösen Versorgung bei chronisch kranken Menschen, Online-Gruppenangebote, Online-Einzelberatung, Telefonische Einzelberatung. Hierbei spielte die Funktion als Ausfallbürge für die coronabedingt geschlossenen Elemente des Versorgungssystem eine große Rolle. Besonders häufig als zukünftig beizubehalten genannt wurden: Online-Einzelberatung, Videokonferenzen für Dienstbesprechungen und Gremien, Onlinefortbildungen, Mobiles Arbeiten.

Interessenskonflikte keine

Fachausschuss Zahnmedizin

PP56 Mundgesundheit in der Gesundheitsberichterstattung

Autoren Lüders Anja, Brettner Johannes, Hausmann Judith, Kuhn Joseph
Institut Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), GE 4 Gesundheitsberichterstattung, Oberschleißheim, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745568

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) liefert Daten und Berichte zur gesundheitlichen Lage. Die Mundgesundheit spielt im Themenspektrum der GBE in Deutschland bisher eher eine nachrangige Rolle, was ihrer großen Bedeutung aus Public Health-Sicht nicht entspricht. Mögliche Gründe sind die eingeschränkte Datenverfügbarkeit sowie eine historisch gewachsene Fokussierung der GBE auf die großen Risikofaktoren und die Volkskrankheiten.

Ziel der Arbeit war es, auf der Basis einer Internetrecherche eine Bestandsaufnahme zur Mundgesundheit in der GBE zu machen, einen Überblick über die wichtigsten Datenquellen und Datenhalter zu geben und mögliche Datenlücken zu identifizieren.

Primärdaten liefern die Deutsche Mundgesundheitsstudie, die Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V., die NAKO-Gesundheitsstudie sowie repräsentative Surveys des Robert-Koch-Institutes. Neben diesen Studien sind die Reihenuntersuchungen der jugendzahnärztlichen Dienste die wichtigsten Datenquellen, allerdings liegt der Fokus hier auf der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen. Im Ländervergleich sind diese Daten unterschiedlich verfügbar.

Sekundärdaten stehen als Routinedaten aus der Versorgung durch die KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung) und der BARMER-Krankenkasse zur Verfügung. Zudem sind im Gesundheitsindikatorensetz der Länder Indikatoren zur Mundgesundheit festgelegt, diese variieren in ihrer Bereitstellung zwischen den Bundesländern. Berichte zur Mundgesundheit liegen mit unterschiedlichem Inhalt und Datenaktualität auf Länder- und kommunaler Ebene vor.

Schlussfolgernd sind wenige, aber hochwertige bundesweite Studien derzeit die wichtigste Basis für die Bewertung der Mundgesundheit in Deutschland. Es wäre für regionale Vergleiche wünschenswert, die Datenverfügbarkeit zur Mundgesundheit auf der Länderebene zu verbessern. Dazu könnte beitragen, vorhandene Datenquellen wie beispielsweise die Daten der Krankenkassen oder der Jugendzahnärztlichen Untersuchungen stärker zu nutzen. Eine Verbesserung der Datenbasis zur Mundgesundheit, sowohl was die inhaltliche Breite als auch die regionale Gliederung angeht, wäre ein wesentlicher Fortschritt für die Entwicklung von „Dental Public Health“ in Deutschland und zugleich eine Voraussetzung für eine stärkere Berücksichtigung des Themas in der GBE. Die Arbeit ist publiziert unter: Bundesgesundheitsbl DOI 10.1007/s00103-021-03346-5.

Literatur Lüders, A et al. (2021) Mundgesundheit in der Gesundheitsberichterstattung. Bundesgesundheitsblatt 7: 812-820

Interessenskonflikte A. Lüders, J. Brettner, J. Hausmann und J. Kuhn geben an, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Fachausschuss Krisenmanagement

PP57 Erste Ergebnisse einer Studie zum Thema: Heimbeatmung im Kontext der Medizinischen Gefahrenabwehr

Autoren Wobrock Suvarna¹, Naujoks Frank², Gottschalk René³
Institute 1 Gesundheitsamt Darmstadt, Amtsärztlicher Dienst, Darmstadt, Germany; 2 Gesundheitsamt Stadt Frankfurt am Main, Rettungsdienst, Frankfurt, Germany; 3 Gesundheitsamt Stadt Frankfurt am Main, ehem. Amtsleiter, Frankfurt, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745569

Hintergrund In Deutschland ist eine unbekannte Zahl von Patienten schwerstpflegebedürftig und intermittierend oder dauerhaft auf ein Beatmungsgerät angewiesen und wird mit steigender Tendenz zu Hause gepflegt bzw. in speziellen Pflegeeinrichtungen betreut. Neben immer wiederkehrenden Weltkriegsbombenfund und damit einhergehenden Evakuierungsmaßnahmen besteht ebenso das Risiko eines länger anhaltenden Stromausfalls, sodass geeignete Betreuungsstellen die Notstromversorgung gewährleisten müssen. Ziel dieser Untersuchung ist es, zu eruieren, in wie weit die Betroffenen auf diese Situationen vorbereitet sind und ein Problembewusstsein bei Betroffenen als auch bei Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben besteht.

Material und Methoden Mittels Fragebogen und exemplarisch durchgeführte Interviews mit Betroffenen, Angehörigen, Pflegekräften wurde das Problembewusstsein und mögliche Ausfall-Lösungen erfragt. Zusätzlich wurden Experteninterviews mit Vertretern aus den Bereichen Medizin, Rettungsdienst und Gefahrenabwehr geführt, um deren Expertise mit einfließen zu lassen.

Ergebnis Insgesamt wurden 35 ambulante Pflegedienste kontaktiert. 65,8% der kontaktierten ambulanten Pflegedienste, zwei Beatmungs-Wohngemeinschaften und ein stationäres Pflegeheim haben sich zur Teilnahme bereit erklärt. Befragt wurden 51 Personen, darunter 45,1% Patienten, 31,4% Angehörige, 7,8% gesetzliche Betreuer und 15,7% Pflegekräfte. Ein längerer Stromausfall oder eine Notfallevakuierung wurde von allen Befragten verneint. Ein Problembewusstsein besteht bei allen Befragten, allerdings erfolgen differenzierte Aussagen von großem Vertrauen in die Behörden und Rettungskräfte bis hin zur Angst und Hilflosigkeit. Als besonders wichtig empfinden 97,6% der Teilnehmer einen ausgearbeiteten Notfallplan mit einem Meldesystem als auch einen sicheren Transport zu einer Klinik/ Sammelstelle. 90,5% der Teilnehmer sehen ein geschultes Personal vor Ort als sehr wichtig an.

Bei den Experteninterviews stellt sich heraus, dass zwei von drei Experten dem Thema eine hohe Priorität beimessen.

Diskussion Die Ergebnisse zeigen deutliche Hinweise auf ein Problembewusstsein bei Patienten, deren Angehörige, den Pflegekräften und den Experten. Der öffentliche Gesundheitsdienst sollte diesem eine besondere Bedeutung beimessen und mit Akteuren zusammen ein Konzept in Form eines Meldesystems erarbeiten.

Interessenskonflikte Es bestehen keinen Interessenkonflikte. Studie wurde im Rahmen einer Promotionsarbeit in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt Frankfurt am Main durchgeführt.

PP58 Implementierung der Internationalen Gesundheitsvorschriften in Deutschland 2019 – Joint External Evaluation (JEE) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Autoren Grote Ulrike¹, an der Heiden Maria¹, Litzba Nadine¹, Jeglitza Matthias², Lücking Gesa³, Bayer Christophe⁴, Rexroth Ute¹
Institute 1 Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Berlin, Germany; 2 Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur, Abteilung für Luftfahrt, Berlin, Germany; 3 Bundesministerium für Gesundheit, Abteilung für Gesundheitssicherheit, Gesundheitsschutz,

Nachhaltigkeit, Bonn, Germany; 4 Bundesministerium für Gesundheit, Abteilung für Gesundheitssicherheit, Gesundheitsschutz, Nachhaltigkeit, Berlin, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745570

Hintergrund Die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) 2005 haben das Ziel, die grenzüberschreitende Ausbreitung von Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen, davor zu schützen und dagegen Gesundheitsschutzmaßnahmen einzuleiten. Dazu müssen entsprechende Kapazitäten vorgehalten werden. Seit 2016 wird von der WHO die Durchführung einer freiwilligen externen Evaluierung, Joint External Evaluation (JEE), empfohlen, um den Stand der Umsetzung der IGV zu bewerten. Vom 25.-29.11.2019 hat sich Deutschland erstmals im Rahmen einer JEE freiwillig evaluieren lassen.

Methoden Bei einer JEE werden anhand von 49 Indikatoren 19 Themenbereiche wie bspw. Gesetzgebung, Koordination, Krisenplanung und -reaktion bewertet (1). Dabei stehen der One Health- und der All-Gefahren-Ansatz im Vordergrund.

Zunächst erfolgt eine Vorbewertung der Kapazitäten und des Stands der Implementierung der IGV in einem partizipativen und sektorenübergreifenden nationalen Prozess. Anschließend wird diese Vorbewertung mit einer von der WHO zusammengestellten internationalen Expertengruppe kritisch diskutiert. Ergebnis der JEE ist ein von der WHO veröffentlichter Bericht, der spezifische Stärken und Entwicklungspotenziale in den evaluierten Bereichen benennt.

Ergebnisse Bei der JEE in Deutschland waren > 100 Expert:innen aus verschiedenen Sektoren involviert. Diese erstellten eine Vorbewertung, wozu 2 Workshops gehalten wurden. Die internationale Expertengruppe, die Ende November 2019 die externe Evaluierung durchführte, stammten aus 6 WHO-Mitgliedstaaten, internationalen Institutionen und der WHO selber.

Sie schloss sich in vielen Punkten den nationalen Einschätzungen an, zumeist waren die Kapazitäten voll erfüllt. Entwicklungspotenziale wurden u.a. in den Bereichen digitale Surveillanceinstrumente, Strategie für Personalausstattung und Training, Grenzübergangsstellen und Risikokommunikation identifiziert. Insgesamt wurden über 50 Empfehlungen für weitere Verbesserung der Umsetzung der IGV in Deutschland formuliert. Der finale JEE-Bewertungsbericht wird noch veröffentlicht werden, pandemiebedingt wurde die Abstimmung verzögert.

Schlussfolgerung Durch das Feedback der internationalen Expertengruppe kurz vor Beginn der COVID-19-Pandemie war Deutschland bzgl. der Schwächen wie z. B. im Bereich Personalausstattung, digitale Surveillanceinstrumente oder einheitliches Krisenmanagement in einem föderalen Staat sensibilisiert. Dadurch konnten Maßnahmen der Gegensteuerung schnell begonnen werden. [1–2]

Interessenskonflikte Es besteht kein Interessenskonflikt

Literatur

[1] Joint external evaluation tool: International Health Regulations (2005), second edition. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

[2] Robert Koch-Institut: Joint External Evaluation (JEE), abrufbar unter <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IGV/JEE.html> (letzter Zugriff: 27.10.2021)

PP60 COVID-19-Dashboard auf Basis lokaler SurvNet-Daten – Erfahrungen aus dem Main-Kinzig-Kreis

Autoren Plath Jasper, Hoehn Christoph, Seitz Günther, Lenz Wolfgang
Institut Amt für Gesundheit und Gefahrenabwehr Main-Kinzig-Kreis, Gelnhausen, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745571

Hintergrund Im Rahmen der COVID-19-Pandemie zeigte sich ein hohes Interesse der Bevölkerung und der politischen Entscheidungsträger an Daten zum lokalen Infektionsgeschehen. Indikatoren, die vom Robert-Koch-Institut bereitgestellt werden, sind jedoch regelmäßig nur auf Ebene der Landkreise

fügbar. Für das Amt für Gesundheit und Gefahrenabwehr des Main-Kinzig-Kreises bedeutete die Bereitstellung der Daten mit regionalem Bezug hohen Aufwand. Zeitgleich zeigte sich das Format „Dashboard“ international als etabliertes Instrument zur Kommunikation des Infektionsgeschehens.

Methode Zunächst wurde eine SurvNet-Abfrage mit allen relevanten Variablen definiert. Eine daraus generierte CSV-Datei wird täglich in eine zusätzliche Anwendung auf Basis MS-Access übermittelt. Dort erfolgt automatisiert eine Georeferenzierung sowie die Berechnung von interessierenden Indikatoren. Zusätzlich werden externe Daten zum überregionalen Infektionsgeschehen und Fortschritt der Impfkampagne hinzugefügt. Für den Anwender bedeutet dies lediglich ein manuelles Anstoßen des Prozesses. Zur Darstellung der Daten wurde mittels Esri ArcGIS-Online ein Dashboard erstellt, das in die Webpräsenz des Main-Kinzig-Kreises eingebunden ist.

Ergebnisse Die Entwicklungszeit betrug etwa drei Wochen. Das Dashboard ist seit Ende November 2020 fertiggestellt und zeigt neben kreisweiten und überregionalen Indikatoren auch Daten auf Ebene der Städte und Gemeinden. Die kleinräumige Darstellung erfolgt auf einer Karte des Main-Kinzig-Kreises. Neben einer Desktop-Version ist auch eine für mobile Endgeräte optimierte Version verfügbar. Innerhalb der ersten 11 Monate des Betriebs wurden mehr als 2,2 Millionen Aufrufe gezählt.

Diskussion Das Dashboard zeigte sich als erfolgreiches Instrument zur Information der Bevölkerung und der politischen Entscheidungsträger. Die Verwendung lokaler Daten aus SurvNet ermöglicht eine kleinräumige Darstellung und aktuellen Datenstand. Die einfache Anwendung des Systems bedeutet eine deutliche Entlastung des Amtes für Gesundheit und Gefahrenabwehr. Einzige Einschränkung ist dabei die in SurvNet enthaltene Datenqualität, die unmittelbar die dargestellten Inhalte beeinflusst. Das Vorgehen ist grundsätzlich mit nur geringen Anpassungen auf andere Gebietskörperschaften übertragbar und kann auch bei anderen Lagen zum Einsatz kommen.

Interessenskonflikte keine

PO61 Pakt für den ÖGD – was kommt und was bleibt?

Autor Nießen Johannes

Institut Stadt Köln, Köln, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745572

Im September 2020 wurde zwischen Bund und Ländern ein Pakt zur Stärkung des ÖGD beschlossen. Die 4 Milliarden € zur Verstärkung des Personals in den Gesundheitsämtern und zur Weiterentwicklung der Digitalisierung fließen allerdings nur schleppend. Die internen Gründe hierfür werden benannt und gleichzeitig Perspektiven zur optimierten Umsetzung des ÖGD-Paktes beschrieben. Auch die Rolle des vom BMG eingerichteten Beirats Pakt für den ÖGD wird vorgestellt.

Literatur BMG- Pakt für Den öffentlichen Gesundheitsdienst September 2020

Interessenskonflikte Als Leiter eines Gesundheitsamtes sowie Mitglied im BVÖGD Bundesvorstand besteht kein Interessenskonflikt an dieser Stelle.

PO62 Gemeinsam in eine digitalisierte Zukunft – Robotik und Chirurgie.

Autor Ridwelski Karsten

Institut Klinikum Magdeburg, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Magdeburg, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745573

Verweilen bedeutet Stillstand und Stillstand heißt Innovationsverlust. Schon immer wurde die Chirurgie von einem starken Innovationsdrang angetrieben. Einige Meilensteine der medizinischen Versorgung und Entwicklung lassen sich auf den unermüdlichen Drang nach Verbesserung bzw. Optimierung zurückführen. Doch nicht jede Weiterentwicklung kann auch immer ein Fortschritt darstellen. Nur weil es funktioniert, muss es nicht besser sein. Manche Trends wie die Minimalinvasive Chirurgie („Schlüssellochtechnik“) setzen sich nachhaltig durch, andere wie NOTES („Operation durch natürliche Körperöffnun-

gen“) verdämmern nach kurzem Hype. Die robotische Chirurgie ist ein solcher Trend, dessen Schicksal aber noch nicht, im Jahre 2022, entschieden ist. Unter dem Druck von Innovation, Konkurrenz und Marketing fällt es bei dem Thema Robotik nicht leicht, den klaren Vorteil zu entscheiden, auch wenn die ersten positiven Ergebnisse einen Trend in nach vorn darstellen. Der folgende Erlebnisbericht zur Einführung der robotischen Chirurgie in einem Schwerpunkt-krankenhaus seit 2011 kann hier eine Diskussionsgrundlage bieten. Doch vielleicht erleichtert dieser die Entscheidung, Neues zu wagen oder eben auch mal zu lassen. Zweifellos geht Robotik und Digitalisierung im Operationssaal uns alle an.

Interessenskonflikte keine

Fachausschuss Gesundheitsberichterstattung und Prävention

PP61 Gesundheitsvorsorge für Menschen in Unterkünften

Autoren Cohn Heidi, Söllner-Schaar Constanze

Institut Gesundheitsreferat SG Beratungsstellen STI GSR-GS-HU-BS, Beratungsstellen STI, München, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745574

Aufsuchender medizinischer Dienst in Unterkünften für Flüchtlinge und Wohnungslose – ein Münchner Modell Hintergrund: In München sind 12.000 Menschen in etwa 90 Unterkünften für Flüchtlinge und Wohnungslose untergebracht. Der Sozialdienst vor Ort vermittelt Arztbesuche, ist jedoch nicht aufsuchend tätig und kann weder Case Management noch Begleitung bei komplexen medizinischen Fällen leisten. Insbesondere die Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen wird als problematisch beurteilt. Sie beruht auf der Eigeninitiative Betroffener, sich aktiv an Hilfen zu wenden. Dies ist vielen aufgrund der Schwere der Erkrankung oder einer Sozialisierung mit anderen Gesundheitskonzepten nicht möglich. Die Gesundheitskompetenz dieser Menschen ist zu stärken. Zudem bedarf es einer Vermittlung in das Gesundheitssystem, welches Defizite bei der Aufnahme dieser Zielgruppe aufweist. Frage: Wie sind vulnerable Gruppen in Unterkünften erreichbar und ins Gesundheitssystem zu vermitteln? Ergebnisse: Gruppenveranstaltungen vor Ort und Beratungsangebote außerhalb der Unterkunft werden nur von ca. 30 % der Bewohner*innen wahrgenommen. Für die Mehrheit, besonders für vulnerable Gruppen, sind diese Angebote zu hochschwierig. Sie benötigen einen aufsuchenden, nachgehenden Beratungsdienst mit Sprachmittlung. Das Gesundheitsreferat baute ein Team aus drei Berufsgruppen auf, die allen Altersgruppen gerecht werden: Familienhebammen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege. Aufgabenprofil ist die individuelle Beratung zu gesundheitlichen Themen, Stärkung der Gesundheitskompetenz und bei Bedarf Case Management und Begleitung in das Gesundheitssystem. Dabei werden Kindeswohl und Erwachsenengefährdung besonders beachtet. Ein aufsuchender Dienst identifiziert eine deutlich höhere Rate vulnerabler Personen, die krankheitsbedingt oder anderweitig ein Angebot nicht aktiv aufsuchen können. Fazit: Aufsuchende Dienste sind unerlässlich. Sie sollten in den Unterkünften für Wohnungslose zukünftig für alle Menschen bis ins hohe Alter angeboten werden, um vulnerable Gruppen medizinisch zu beraten und eine ausreichende gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten. Nicht nur das Individuum muss sich um seine Gesundheitskompetenz bemühen, sondern eine niederschwellige Ergänzung des Gesundheitssystems sollte aufgebaut werden, um die Inanspruchnahme durch alle Zielgruppen zu ermöglichen.

Interessenskonflikte keine, Führungsposition, verbeamtet

Workshops

Fachausschuss Gesundheitsberichterstattung und Prävention

Die Stärkung des ÖGD als Zielvorgabe des Pakts – was brauchen wir für die kommunale Gesundheitsberichterstattung?

Autoren Arnold Laura, Rosenkötter Nicole

Institut Akademie für öffentliches Gesundheitswesen (AÖGW) in Düsseldorf, Gesundheitsberichterstattung, Düsseldorf, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745575

Zu den Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung (GBE) gehört die Datenverarbeitung und -analyse, die Visualisierung von Verteilungen und Trends sowie die adressat:innengerechte Aufbereitung und Kommunikation von Informationen zur gesundheitlichen Lage vor Ort. Dabei sollen nicht nur reine Gesundheitsinformationen, sondern auch Aspekte, die ein gesundes Leben ermöglichen und ausmachen, faktenbasiert aufbereitet werden, um eine evidenzinformierte Planung und Steuerung zu unterstützen. Die GBE ist somit im Idealfall nah an den Bürger:innen und an den Strukturen, die die Gesellschaft vor Ort prägen.

Aus dieser Einführung wird deutlich, dass die Anforderungen in der GBE einem steten Wandel unterliegen. Gesellschaftliche Veränderungen, neue Erkenntnisse aus der Wissenschaft, neue technologische Möglichkeiten und Kommunikationsformate erfordern eine hohe Anpassungsfähigkeit der GBE. Auch die Corona-Pandemie hat uns gezeigt, wie wichtig es ist up to date zu bleiben. Kurzfristig mussten neue Kommunikationswege eingerichtet werden, um eine transparente Kommunikation der Daten möglichst in Echtzeit zu realisieren. Bundesweit wurden hierfür Dashboards eingerichtet. Nun eignen sich diese v.a. für die Kommunikation bei einem vergleichsweise hohen Morbiditätsgeschehen, welches zeitnah die Etablierung und Anpassung von Maßnahmen erforderlich macht. Ob und wenn ja welche Lehren sich hieraus für die GBE nicht-übertragbarer Krankheiten ergeben, wird sich noch zeigen. Die Frage, die sich jedoch stellt: Können wir in der kommunalen GBE diesen Bedarfen aktuell gerecht werden?

Im Rahmen eines Workshops, sollen gemeinsam mit den Teilnehmer:innen die aktuellen Herausforderungen und Entwicklungen der kommunalen GBE erörtert und Qualifizierungsbedarfe diskutiert werden. Nach einer kurzen thematischen Einführung werden die relevanten Themen identifiziert, geclustert und priorisiert. Aufbauend darauf werden in einem strukturierten Austausch die notwendigen Rahmenbedingungen für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen GBE und sich daraus ergebende Bedarfe zur Qualifizierung zusammengetragen. Dabei werden Bedarfe im Bereich der Datenakquise, -analyse und -visualisierung, der Dateninterpretation, der Ableitung von Handlungsoptionen sowie der Dissemination und Kommunikation erörtert. Die Ergebnisse sollen die konzeptionelle Weiterentwicklung von Qualifizierungsmöglichkeiten in der GBE unterstützen und somit zur strukturellen Stärkung gemäß des Pakts für den ÖGD beitragen.

Interessenskonflikte Beide Autorinnen arbeiten als Referentinnen für Gesundheitsberichterstattung an der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf.

Fachausschuss Infektionsschutz

Ein One Health-Konzept zur Bekämpfung der Campylobacteriose

Autoren Bereswill Stefan¹, Alter Thomas²

Institute 1 Charité Universitätsmedizin Berlin, Mikrobiologie und Infektionsimmunologie, Berlin, Germany; 2 Freie Universität Berlin, Institut für Lebensmittelsicherheit und -hygiene, Berlin, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745576

Zoonotische Campylobacter-Spezies, vor allem *C. jejuni*, aber auch *C. coli*, sind weltweit die Hauptursachen für durch Lebensmittel übertragene bakterielle infektiöse Gastroenteritiden. Die Symptome der intestinalen Campylobacteriose sind durch Bauchschmerzen, Durchfall und Fieber geprägt. Der klinische Verlauf der Enteritis ist in den meisten Fällen nach mehreren Tagen selbstlimitierend, aber einige Infizierte entwickeln schwere post-infektiöse Folgeerkrankungen, wie z.B. Autoimmunerkrankungen, die das Nervensystem, die Gelenke und den Darmtrakt betreffen. Weiterhin kann eine systemische Ausbreitung der Campylobacter-Bakterien bei verschiedenen Grunderkrankungen und Immunschwäche auch Kreislaufkrankungen und Septikämien auslösen.

Die sozioökonomischen Kosten weltweit werden auf mehrere Milliarden Dollar jährlich geschätzt. Da Geflügelprodukte die Hauptursachen für Infektionen beim Menschen darstellen, ist ein „One Health“-Ansatz von Gesundheitsbehörden, Veterinär-/Humanmedizin, Wissenschaft, Verbraucherschutz und Politik erforderlich, um die Belastungen durch die Campylobacteriose zu vermindern.

Innovative Interventionsregime zur Prävention von Campylobacter-Kontaminationen entlang der Nahrungskette beinhalten eine Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation und Hygienemaßnahmen, die zur landwirtschaftlichen Sanierung beitragen sollen. Da eine vollständige Elimination von Campylobacter-Bakterien aus der Lebensmittelproduktion nahezu unmöglich ist, haben neu entwickelte Interventionsstrategien sowohl die Reduzierung der Bakterienkonzentrationen in der Lebensmittelproduktion, als auch die Behandlung der damit verbundenen Erkrankungen beim Menschen zum Ziel. Aktuelle Trends schließen auch eine Kombination von Maßnahmen der Veterinärmedizin und der Gesundheitsbehörden für die Verbraucheraufklärung ein.

Die Zusammenarbeit von Veterinär- und Humanmedizin in der Prävention der Campylobacteriose beim Menschen wird durch klinische Aspekte und neue molekulare Konzepte für die therapeutische Behandlung der Erkrankung vervollständigt. So wird im Rahmen eines „One-Health-Prinzips“ auch die Entwicklung von innovativen medikamentösen Interventionen gefördert, die u.a. auf der Modulation der durch bakterielle Endotoxine vermittelten Entzündung beruhen.

Literatur Campylobacteriose – eine zoonotische Infektionskrankheit.

Alter T, Bereswill S, Backert S. Biospektrum (Heidelb). 2021; 27(6): 591-593. doi: 10.1007/s12268-021-1642-0. Epub 2021 Oct 9.

Interessenskonflikte Keiner

Der Forschungsverbund zoonotische Bornaviren (Zoonotic Bornavirus Consortium, ZooBoCo)

Autoren Rissland Jürgen, Marthaler Anna

Institut Universitätsklinikum des Saarlandes und Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes, Institut für Virologie/Staatliche Medizinaluntersuchungsstelle, Homburg/Saar, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745577

2014 wurde VSBV-1 (variegated squirrel borna virus 1) als neuer Zoonoseerreger nach dem Tod dreier Bunthörnchen Züchter identifiziert. Zwei weitere tödlich verlaufende Encephalitiden mit der Ursache VSBV-1 betrafen Zootierpfleger, welche Kontakt zu positiven exotischen Hörnchen hatten. Darüber

hinaus zeigen Untersuchungen, dass auch das klassische Bornavirus, BoDV-1, als zoonotisches Virus Ursache von tödlich verlaufenden Enzephalitiden bei bislang über 25 entdeckten Fällen ist. Die Patienten hatten meist keine Vorerkrankungen und waren zum Teil auch minderjährig. In drei Fällen erfolgte die Infektion über Organspenden. In den weiteren Fällen ist der Übertragungsweg unklar. Eine Beteiligung von Feldspitzmäusen als einzigem bisher identifizierten Reservoirwirt bei der Übertragung gilt als wahrscheinlich

Als Endemiegebiet für BoDV-1 zeichnen sich u.a. große Teile Bayerns und Sachsen-Anhalts ab. Eine wirksame Therapie oder Impfprävention liegt nicht vor. Generell ist die Bekanntheit von Bornaviren bei Ärzten und in der Bevölkerung aufgrund der noch geringen Fallzahl gering. Momentan wichtig ist das frühzeitige Erkennen der Erkrankung, welche sich durch grippeähnliche Symptome in Kombination mit neurologischen Veränderungen präsentiert.

2017 wurde der mit Bundesmitteln finanzierte Forschungsverbund ZooBoCo zur Aufklärung des zoonotischen Potentials und der charakteristischen Eigenschaften von zoonotischen Bornaviren gegründet. Flächendeckendes Screening von Kleinsäugetieren und Hörnchen sowie Infektionsversuche bilden die Grundlage zur Identifizierung der Reservoirwirt-Spezies. Außerdem wird daran gearbeitet, die Übertragungswege zu erforschen und nach geeigneten Interventionsstrategien zu suchen. Dazu zählen auch gezielte Falluntersuchungen bei Tier und Mensch. Der Forschungsverbund besteht aus Mitgliedern der Veterinär- und Humanmedizin, Universitäten, klinischen Forschungsinstituten und staatlichen ÖGD-Institutionen.

Ziel dieses „One-Health“-Ansatzes ist nicht nur die Bildung einer soliden Risikobewertung als Grundlage zur Verbesserung von Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Die Erkenntnisse sollen auch zur Schaffung einer „Blaupause“ für die Entwicklung effektiver Instrumente im Zusammenhang mit zoonotischen Infektionen aus Tierreservoirs in Zoos und bei (exotischen) Haustieren dienen. Auf dem BVÖGD-Kongress 2022 werden die wichtigsten Ergebnisse präsentiert.

Interessenskonflikte Es bestehen keine Interessenskonflikte!

Der Forschungsverbund RoBoPub: „Verbesserung der Öffentlichen Gesundheit durch ein besseres Verständnis der Epidemiologie nagetierübertragener Krankheiten“

Autoren Dreesman Johannes¹, Ulrich Rainer G.²

Institute 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Mikrobiologie, Infektionsschutz, Krankenhaushygiene u. Infektionsepidemiologie, Hannover, Germany; 2 Friedrich-Loeffler-Institut, Institut für neue und neuartige Tierseuchenerreger (INNT), Greifswald – Insel Riems, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745578

Der seit 2017 geförderte interdisziplinäre RoBoPub-Forschungsverbund untersucht die Epidemiologie von Hantaviren und Leptospiren. Diese beiden Erregergruppen, die durch chronisch infizierte Nagetiere ausgeschieden werden und längere Zeit in der Umwelt persistieren, können zu Infektionen beim Menschen führen. Diese Infektionen gehen häufig mit einer unspezifischen, grippeähnlichen Symptomatik einher und bleiben daher als solche häufig unerkannt. Es kann jedoch auch zu schwerwiegenden Krankheitsverläufen (u.a. Nierenfunktionsstörung), z.T. mit letalem Verlauf kommen. Der Labornachweis einer akuten Infektion mit Hantaviren und Leptospiren ist nach § 7 Infektionsschutzgesetz meldepflichtig; in Bezug auf Hantaviren ist der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod an virusbedingtem hämorrhagischem Fieber meldepflichtig (§6).

Ziel des interdisziplinären Verbundes ist es, die Wissensbasis über diese Zoonoseerreger zu erweitern und die gewonnenen Erkenntnisse in Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) umzusetzen. Dazu werden die erregere-, tier-, und umweltbezogenen Aspekte der Erregerübertragung untersucht und mit (Risiko-)Faktoren bzw. Risikogruppen (Forstarbeiter, Erntearbeiter, Bevölkerung in einem Hantavirus-Risikogebiet) assoziiert. Wichtige Ge-

sichtspunkte sind des Weiteren soziale Aspekte der Sensibilisierung und Risikowahrnehmung der Bevölkerung und der niedergelassenen Ärzte. Die Erkenntnisse fließen in die Entwicklung eines Konzepts zur Risikobewertung durch die Entwicklung von Gefahrenkarten, Frühwarnmodulen, Empfehlungen und Maßnahmen der primären und sekundären Prävention ein, die in einem Risikomanagementplan als Handreichung für den ÖGD zusammengeführt werden. Eine wichtige Komponente ist dabei die Information der Bevölkerung, besonders betroffener Personengruppen und der behandelnden Ärzte.

Das Forschungsvorhaben wurde interdisziplinär von Wissenschaftlern aus der Human- und Veterinärmedizin und -epidemiologie, sowie den Bio- und Sozialwissenschaften am Friedrich-Loeffler-Institut, Julius Kühn-Institut, Niedersächsischen Landesamt für Verbraucherschutz (LAVES), Konsiliarlabor für Hantaviren (Charité), Referenzlabor für Leptospiren (Bundesinstitut für Risikobewertung, BfR), Niedersächsischen Landesgesundheitsamt (NLGA), Institut für Tierhygiene und Öffentliches Veterinärwesen (Universität Leipzig) und sine-Institut GmbH, durchgeführt.

<https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/robopub-6826.php>

Interessenskonflikte: Die Autoren erklären, dass keine Interessenskonflikte bestehen

Q-GAPS – Q fever – GermAn Interdisciplinary Program for reSearch. Das Q-Fieber-Informations- und Forschungsnetzwerk.

Autoren Frangoulidis Dimitrios¹, Ganter Martin², Runge Martin³, Campe Amely⁴, Mertens-Scholz Katja⁵, Knittler Michael⁶, Berens Christian⁷, Lührmann Anja⁸, Fischer Silke⁹

Institute 1 KdoSanDstBw VI-2, Medical Intelligence & Information (MI2), München, Germany; 2 Tierärztliche Hochschule (TiHo) Hannover, Klinik für kleine Klautiere, Hannover, Germany; 3 Niedersächsisches Landesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (LAVES), Veterinärmedizin, Hannover, Germany; 4 Tierärztliche Hochschule (TiHo), Hannover, Institut für Biometrie, Epidemiologie und Informationsverarbeitung, Hannover, Germany; 5 Friedrich-Loeffler-Institut, Institut für bakterielle Infektionen und Zoonosen, Jena, Germany; 6 Friedrich-Loeffler-Institut, Riems, Institut für Immunologie (IfI), Riems, Germany; 7 Friedrich-Loeffler-Institut, Jena, Institut für molekulare Pathogenese (IMP), Jena, Germany; 8 Universitätsklinikum Erlangen, Mikrobiologisches Institut, Erlangen, Germany; 9 Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Referat Hygiene und Infektionsschutz, Stuttgart, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745579

Q-GAPS ist ein interdisziplinäres und einzigartiges Konsortium mit außerordentlicher Expertise, Kompetenz- und Fachbreite, das die One Health-Strategie für Q-Fieber umsetzen wird. Ziel von Q-GAPS ist es, bislang noch ungelöste Fragen zur Epidemiologie, Immunologie, Pathogenese, Überwachung und Kontrolle des Zoonoseerregers *Coxiella burnetii* zu adressieren.

Im Detail werden folgende Fragestellungen bearbeitet:

1. Führt die Interaktion von *C. burnetii* mit verschiedenen Wirtsspezies zur Modulation von Virulenz und Immunabwehrstrategien?
2. Korreliert das pathogene Potential von *C. burnetii* mit bestimmten Sequenzen im Genom und/oder dem Wirtstropismus?
3. Welche Rolle spielen Zecken bei der Verbreitung von *C. burnetii* und wie übertragen Zecken den Erreger?
4. Welche Auswirkungen hat die Empfänglichkeit/Immunität auf die Entwicklung klinischer Erkrankungen in Tieren?
5. Kann man ein aktives Monitoring und Überwachungssystem (MOSS) zur Detektion und zur Charakterisierung von *C. burnetii* in Herden kleiner Wiederkäuer etablieren?
6. Wie können wir die Meldedaten der Human- und Veterinärmedizin sinnvoll miteinander verbinden?
7. Gibt es durch Q-Fieber induziertes Chronic Fatigue Syndrom in Deutschland?

8. Werden chronische Q-Fieber-Fälle in Deutschland zu selten diagnostiziert?
9. Sind die allgemein angewendeten Desinfektionsmittel wirksam gegen die Sporen-ähnlichen Partikel von *C. burnetii*?

Alle gewonnenen Ergebnisse werden in eine interaktive Datenbank und eine Q-Fieber-Leitlinie integriert, um den öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Erkennung, Überwachung und Bekämpfung von *C. burnetii* bzw. des Q-Fiebers zu unterstützen. Dazu werden u.a. Mitarbeiter der Gesundheitsämter, Verantwortliche vom Friedrich-Loeffler-Institut (FLI) und vom Robert-Koch-Institut (RKI) zu Q-GAPS Symposien bzw. Workshops eingeladen, um sowohl die interaktive Datenbank, die Q-Fieber-Leitlinie, als auch das Q-Fieber Risikobarometer auf die Bedürfnisse des ÖGDs abzustimmen. Um eine bessere Kontrolle von Q-Fieber in Deutschland zu erreichen, muss es eine bessere Zusammenarbeit bzw. einen optimierten Informationsaustausch zwischen den tiermedizinischen und humanmedizinischen Meldebehörden geben.

Die umsetzungsrelevanten „Produkte“ der Verbundarbeit fürs Gesundheitssystem kurz zusammengefasst:

- Etablierung einer Q-Fieber-Leitlinie
- Entwicklung eines Q-Fieber Risikobarometers
- Erstellung einer Q-Fieber Informations-Plattform (www.q-gaps.de)

Interessenskonflikte Nicht vorhanden.

Der Forschungsverbund #1Health-PREVENT

Autor Tenhagen Bernd-Alois

Institut Bundesinstitut für Risikobewertung, Berlin, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1745580

Der Forschungsverbund #1Health-PREVENT wird seit 2017 durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. An ihm beteiligt sind die Universitäten Münster, Berlin (FU) und Würzburg, das RKI, das BfR und die FH Südwestfalen und arbeitet in der zweiten Förderphase noch bis 2023.

Er kooperiert eng mit Einrichtungen des ÖGD und mit anderen Verbänden im Netzwerk Zoonotische Infektionskrankheiten. Koordinator ist PD Dr. Robin Köck.

Der Verbund will offene epidemiologische Fragen zu multiresistenten Erregern (MRE) an der Schnittstelle zwischen Human- und Veterinärmedizin klären, aber auch Interventionen zur Eindämmung der Verbreitung solcher Bakterien evaluieren. Die Studien werden sowohl im medizinischen Bereich als auch in der landwirtschaftlichen Tierhaltung und in Tierkliniken durchgeführt.

Das Arbeitspaket (AP) „#1Health-Epidemiologie“ adressiert epidemiologische Fragen zum Vorkommen von Carbapenem- (CRE) und Colistin-resistenten (Col-E) Enterobakterien, sowie multiresistenten Koagulase-negativen Staphylokokken, sowie Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* in Nutztieren, in Lebensmitteln und beim Menschen.

Im AP Interventionsstudien werden Studien zum protektiven Einsatz von apathogenen Bakterien und zum Einfluss geänderter Haltungsverfahren auf das Vorkommen von MRE bei Schweinen durchgeführt. In Tierkliniken wird untersucht, ob durch den Einsatz von Antibiotic Stewardship-Maßnahmen das Vorkommen von MRE bei Tieren und exponierten Menschen beeinflusst werden kann. In Milchviehbetrieben wird untersucht, ob durch gezielte Interventionen das Vorkommen von MRSA bei den Kälbern und damit auch die Exposition der Mitarbeitenden verringert werden kann. Weitere Studien befassen sich mit dem Einfluss von Barrieremaßnahmen auf das Vorkommen von MRE bei Mitarbeitenden in der Tierhaltung und in Tierkliniken. Aufbauend auf in der ersten Förderphase standardisierte Untersuchungsverfahren soll in der aktuellen Phase die Beziehung zwischen der Biozid-Toleranz und der Multiresistenz weiter beleuchtet werden, indem untersucht wird, welche Bakterien die in den Einrichtungen üblichen Maßnahmen überleben und wie deren Biozid-Resistenz sich darstellt.

Die bisherigen Ergebnisse der Arbeiten wurden in >90 Artikeln in Zeitschriften mit peer-review, sowie im Rahmen von Vorträgen und Postern veröffentlicht. Die Ergebnisse sollen auch zur Formulierung von Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRE bei Menschen und Tieren und zur verbesserten Diagnostik beitragen.

Interessenskonflikte -

Workshop: Entwicklung von Risikokommunikationsstrategien am Beispiel verschiedener epidemiologischer Szenarien von (Re-)Emerging Zoonosen

Autoren Dreesman Johannes¹, Winter Fenja², Dobler Gerhard³, Klier Christiane⁴, Schmitz Saskia⁵, Kleele Sebastian⁶, Dressel Kerstin⁶, Campe Amely², Rissland Jürgen⁷

Institute 1 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Mikrobiologie, Infektionsschutz, Krankenhaushygiene u. Infektionsepidemiologie, Hannover, Germany; 2 Stiftung Tierärztliche Hochschule Hannover, Institut für Biometrie, Epidemiologie und Informationsverarbeitung, Hannover, Germany; 3 Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr, Neu auftretende Infektionskrankheiten, München, Germany; 4 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Infektionsepidemiologie, Hannover, Germany; 5 Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Infektionsepidemiologie, Hannover, Germany; 6 Süddeutsches Institut für empirische Sozialforschung e.V., Süddeutsches Institut für empirische Sozialforschung e.V., München, Germany; 7 Universitätsklinikum des Saarlandes und Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes, Institut für Virologie/Staatliche Medizinaluntersuchungsstelle, Homburg/Saar, Germany
DOI 10.1055/s-0042-1745581

J. Dreesman (NLGA)1, F. Winter (TiHo Hannover)2, G. Dobler (Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr)3, C. Klier (NLGA)1, S. Schmitz (NLGA)1, S. Kleele (SINE)1, K. Dressel (SINE)1, A. Campe (TiHo Hannover)2, J. Rissland (Universitätsklinikum Saarland)4

Forschungsverband: 1 RoBoPub, 2 Q-GAPS, 3 TBENAGER, 4 ZooBoCo, Zoonosen stellen Gesundheitsämter immer wieder vor unterschiedliche Herausforderungen, z. B. bei einem plötzlichen Ausbruch von Leptospirosen unter saisonalen Erntehelfern, einer lokalen Häufung von Q-Fieber Fällen oder dem Auftreten eines neuen Bornavirus- bzw. FSME-Risikogebietes. Die jeweiligen Erreger bringen dabei unterschiedliche Anforderungen an die Kommunikationsstrategien der Gesundheitsämter mit sich, etwa mit Blick auf die Reaktionszeit, die Zielgruppe oder die in Frage kommenden Medien und Kommunikationskanäle.

Im Rahmen des Workshops werden vier verschiedene epidemiologische Szenarien zu den zoonotischen Erregern simuliert (z.B. Ausbrüche, erstmaliges Auftreten). In Gruppenarbeiten werden situationsbedingte Kernbotschaften formuliert sowie Kommunikationsstrategien entwickelt. Hierbei geht es u. a. um die folgenden Fragen:

- Über welche Medien kann/sollte das Gesundheitsamt in dem jeweiligen Szenario die Bevölkerung und die Ärzteschaft informieren?
- Wie sollte die Botschaft für das jeweilige Medium formuliert werden?
- Wie kann ein Gesundheitsamt reagieren, wenn das Thema in sozialen Medien emotional diskutiert wird?

Ziel ist es, die Kommunikation gegenüber der Bevölkerung, aber auch gegenüber den involvierten Personen im ärztlichen und Veterinärdienst, sowie anderen Multiplikatoren zu stärken und dadurch das allgemeine Bewusstsein gegenüber zoonotischen Erregern zu erhöhen.

Organisiert wird der Workshop von Mitarbeiter*innen aus den Forschungsbündeln RoBoPub, Q GAPS, ZooBoCo und TBENAGER des „Nationalen Forschungsnetztes Zoonotische Infektionskrankheiten“ (gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung). Die Verbünde beschäftigen sich neben epidemiologischen, human- und veterinärmedizinischen Fragen auch

mit der Entwicklung verbesserter Kommunikationsstrategien in Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheits- und Veterinärwesen.

Interessenskonflikte -

Einheimische und invasive Vektoren in Deutschland

Autoren Kampen Helge¹, Werner Doreen²

Institute 1 Friedrich-Loeffler-Institut, Bundesforschungsinstitut für Tiergesundheit, Greifswald – Insel Riems, Germany; 2 Leibniz-Zentrum für Agrarlandschaftsforschung, Müncheberg, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1746408

Globalisierung und Klimaerwärmung fördern auf vielfältige Weise das Risiko des Auftretens Vektor-assoziiierter Erkrankungen in Deutschland. Gebietsfremde hämatophage Arthropoden mit Vektorpotenzial ebenso wie Vektor-übertragene Infektionserreger werden im Zuge von interkontinentalem Reiseverkehr, Tiertransport und Warenhandel zunehmend häufig eingeschleppt und können sich unter günstigen Umweltbedingungen ggf. etablieren und weiter ausbreiten. Auch einheimische Blutsauger entwickeln sich bei steigenden Temperaturen besser, erreichen höhere Populationsdichten und können zu Überträgern werden, sollten Infektionsquellen vorhanden sein. Die Entwicklung von Krankheitserregern im Vektor ist gleichermaßen temperaturabhängig und – bis zu gewissen Maximalwerten – umso schneller und effizienter, je höher die Umgebungstemperaturen sind.

Prominente Beispiele für invasive potenzielle Vektoren in Deutschland sind die Asiatische Tigermücke, ein hochkompetenter Vektor vieler Viren sowie einiger Filarien, und Zecken der Gattung Hyalomma, die als klassische Überträger des Krim-Kongo Hämorrhagischen Fiebers gelten. Die Tigermücke kommt bereits mit mehreren stabilen Populationen in Deutschland vor. Es wird davon ausgegangen, dass sie als Adulttier oder in Form von Eiern primär mit dem Kraftfahrzeugfernverkehr aus südeuropäischen Ländern, wo sie schon weit verbreitet ist und z.T. hohe Populationsdichten erreicht, nach Deutschland gelangt. Hyalomma-Zecken werden mit Zugvögeln aus Südeuropa oder Afrika eingetragen. Von ihnen wurden in Deutschland bisher nur Einzelexemplare, allerdings an zahlreichen Orten gefunden; eine Reproduktion scheint noch nicht stattgefunden zu haben. Im Gegensatz zu Südeuropa, wo die Tigermücke seit Jahren für zahlreiche Ausbrüche und Einzelfälle von Dengue- und Chikungunya-Fieber verantwortlich gemacht wird, konnte ihr in Deutschland noch keine Übertragung von Krankheitserregern nachgewiesen werden. Beschrieben wurde dagegen bereits ein Fall von Zeckenfleckenfieber in Verbindung mit einem Hyalomma-Stich.

Weitere invasive Stechmücken- und einheimische Zeckenarten breiten sich in Deutschland aus. Grundsätzlich sind alle vektorkompetent, wenn auch nicht jede Spezies für jeden beliebigen Krankheitserreger. In Deutschland kursiert seit 2018 das West-Nil-Virus, dessen primäre Überträger einheimische Stechmücken der Gattung Culex sind. Wegen fehlender Wirtsspezifität sind bestimmte Varianten der häufigen und weit verbreiteten Hausmücke besonders geeignete Vektoren. 2020 wurde in Deutschland der erste Todesfall nach einer West-Nil-Virus-Infektion beschrieben.

Blutsaugende Arthropoden als Überträger von Krankheitserregern werden nach wie vor unterschätzt. Information, Aufklärung, adäquate Meldungsstrukturen und eine Erhöhung des Problembewusstseins in Behörden, dem ÖGD und der breiten Öffentlichkeit sind grundlegend für ein erfolgreiches Vektor- und Krankheitsmanagement und sollten zielorientierter verfolgt bzw. aufgebaut werden.

Interessenskonflikte -

Meldepflichtige Mücken- und Zeckenübertragene Infektionen beim Menschen in Deutschland

Autor Frank Christina

Institut Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Berlin, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1746409

Deutschland ist in zweierlei Hinsicht mit sich verändernden Verhältnissen in Bezug auf mücken- und zeckenübertragene Infektionen beim Menschen konfrontiert: Invasive Arten, die als Vektoren für diverse Erreger fungieren können, wandern zu, und zunächst unabhängig davon gelangen auch neue Krankheitserreger nach Deutschland, die von vorhandenen Vektoren unter bestimmten Bedingungen zumindest saisonal übertragen werden können. Beispiele sind die zunehmende Ausbreitung der asiatischen Tigermücke (*Aedes albopictus*) in Teilen Deutschlands seit einigen Jahren, die zunehmenden Funde von Hyalomma-Zecken, aber auch der mit zunehmenden Fernreisen vermehrte „Import“ von theoretisch nun in Deutschland übertragbaren Pathogenen wie dem Chikungunya-Virus, oder dem seit einigen Jahren in Teilen von Deutschland neu-endemischen West-Nil-Virus.

Dies stellt den ÖGD vor die Herausforderung, mit Informationen über den Nachweis relevanter Vektor-Spezies, und Infektionsmeldungen neuer, oder bislang in Deutschland nicht übertragener Infektionen umzugehen, Situationen zu beurteilen und unter Umständen Maßnahmen zur Verhinderung einer Weiterverbreitung ergreifen zu müssen.

Der Vortrag geht auf die relevantesten Pathogene, die Umstände ihrer (Weiter-)Übertragbarkeit, und Ansätze für Handlungsoptionen in diesem Kontext ein.

Interessenskonflikte: -

Erfahrungsbericht: Tigermücken Monitoring in Hessen 2020 und 2021

Autoren Larem Andreas, Stickler Elisa

Institut Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen, Zentrum für Gesundheitsschutz, Dillenburg, Germany

DOI 10.1055/s-0042-1746410

Das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG) hat durch den Integrierten Klimaschutzplan (IKSP) des Landes Hessen den Auftrag und die Finanzierung für die Durchführung gesundheitsbezogener Maßnahmen im Bundesland Hessen erhalten. Eine dieser Maßnahmen stellt die Etablierung eines Vektor Monitorings zur Ausbreitung der Asiatischen Tiger-

mücke (*Aedes albopictus*) in Hessen dar. Im Jahr 2020 hat die Geschäftsstelle Klimaanpassung am HLPUG in Dillenburg damit begonnen ein amtsinternes Pilotprojekt für ein zukünftiges hessenweites Tigermücken-Monitoring-Projekt zu starten. Es diente vor allem zum Gewinn von fachbezogenen Erkenntnissen bzw. zur Erweiterung der hausinternen Expertise, zum Einholen von Erfahrungen im praktischen Umgang mit unterschiedlichen Fallensystemen sowie Standorten und Lockstoffen. Des Weiteren sollte das Pilotprojekt einen Aufbau/Erweiterung von Netzwerken und möglichen Kooperationen bzw. dem regelmäßigen Austausch mit Fachexpert*innen zur Folge haben. Es wurden an zahlreichen Standorten in einem weiträumigen Gebiet in Südhessen verschiedene Fallensysteme aufgestellt und wöchentlich überwacht.

Die Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt für ein hessenweites Tigermücken-Monitoring konnten im Folgejahr 2021 dazu genutzt werden ein regelhaftes, verstetigtes Tigermücken-Monitoring in Hessen zu etablieren. Im Zuge des Monitorings konnten neue Populationen der Asiatischen Tigermücke in Hessen identifiziert werden. Die Geschäftsstelle Klimaanpassung befindet sich im regelmäßigen Austausch mit Fachexpert*innen (z.B. KABS e.V., Mückenatlas des FLI, HLNUG, FZK Gesundheitsforum, etc.). Zusätzlich zu den Orten mit nachgewiesenem Tigermückenfund, wurden im Jahr 2021 Fallen entlang von potentiellen Einschleppungsrouten aufgestellt und regelmäßig überwacht. Hessen verfügt seit dem 25. Juni 2021 über einen Erlass zum Thema „Vektorübertragene Infektionskrankheiten – Maßnahmen zur Prävention, Überwachung und Bekämpfung von (potenziellen) Vektorarten in Hessen“ mit der Anlage „Die Asiatische Tigermücke (*Aedes albopictus*) in Hessen – Gefährdungspotenzial und Maßnahmen zum Schutz der menschlichen Gesundheit“. Dieser Erlass regelt die Zuständigkeiten beim Umgang mit der Asiatischen Tigermücke in Hessen.

Außerdem sieht die Geschäftsstelle Klimaanpassung in Zukunft labortechnische Bestimmung sowohl von Mücken als auch von Krankheitserregern vor. Eine Referenzdatenbank zur genauen Speziesbestimmung mittels eines MALDI-TOF Gerätes befindet sich zurzeit im Aufbau.

Interessenskonflikte: -

Author Index

- A**
- Ackermann Annemarie 357
Adam Jonah 391
Adelmeyer Andreas 365
Adnani Shilpa 391
Adolphi Gunda 375
AG Arbeitsgruppe Studisurvey – NÖG 344
Albers Matthias 400
Albrecht Barbara 343
Aleksandrowicz Paula 397
Alff Franziska 346
Alpers Katharina 352
Alter Thomas 404
an der Heiden Maria 363, 364, 389, 390, 401
Anders Annmarie 363
Anders Benjamin 344
Arnold Laura 344, 346, 350, 403
Askar Mona 386
Augsten Xenia 392
Aydinözü Fatma 378
- B**
- Bantel Susanne 360
Bauer Jana 355
Baumhauer Katrin 382, 396
Baum Jonathan 389, 390
Bayer Christophe 401
Becker Norbert 392
Berens Christian 405
Bereswill Stefan 404
Berg Bettina 376
Berres Marlene 354, 397
Bimczok Simon 346, 350
Bispinck Ralf 400
Blank Daniela 348
Bock-Hensley Oswinde 394
Böddinghaus Boris 386, 387
Böhm Stefanie 355
Böhm Susann 373
Bojkova Denisa Bojkova 386
Boldt Matthias 363
Bomkamp Maria 374
Book Julian 390
Borchers Peggy 369
Borrmann Brigitte 361
Bozorgmehr Kayvan 352
Braksch Gudrun 362
Braun Pierre 385
Bredahl Renate 379
Bresler Regine 345
Brettner Johannes 347, 348, 384, 401
Brix Uta 377
Brockmann Stefan 353, 358, 363
Broichhaus Lukas 390
Brüggemeier Carsten 398
Brunns-Philipps Elke 377
Buess Michael 387
Burchardt Thomas 354
- C**
- Cabaleiro Maria Canosa 358
Campe Amely 405, 406
Campolat Cem 359
Chlebig Ramona 379
Ciesek Sandra 386
Cohn Heidi 403
Conrad André 370
Cremer Dirk 352
Czerwonka Holger 363
- D**
- Daseking Monika 361
Dębiak Małgorzata 370
Denkinger Claudia 394
- Desiderato-Dorn Stephanie 389
Diercke Michaela 386
Dilger Christin 380, 383
Dobler Gerhard 360, 406
Domnisch Joanna 358
Dornberg Christopher 354
Dragano Nico 346
Dreesman Johannes 358, 389, 393, 396, 404, 406
Dressel Kerstin 406
Duffek Anja 370
Dürger Joanna 393
Duwendag Stella 352
- E**
- Eckert Olaf 344
Egelkamp Richard 354, 396
Ehlfes Lutz 363
Eichberg Sabine 368, 385, 399
Eichner Linda 387, 389
Ellsäßer Gabriele 362
Ellwanger Regina 387
- F**
- Fabrice Alisa 349
Feddern Sven 349
Feige Cordula 373
Feil Fabian 396
Feller Silke 391
Fenkl Manuel 348, 384
Ferling Katharina 344
Fischer Silke 405
Frangoulidis Dimitrios 405
Frank Christina 406
Franke Petra 354
Friederich Anja 382
Fromme Herrmann 370
Frühsammer Lothar 363
Führer Amand-Gabriel 376
Funk Wolfgang 342
- G**
- Gagel Detlev E. 368
Ganter Martin 405
Gaußmann Anke 381
Geffers Christine 353
Gehlhar Andreas 349
Geiger Dario 357
Geisinger Viktoria 380, 383
Geissler Karin 363
Genuneit Jon 361
Gernhardt Christian 376
Gernhardt Juliane 374, 376
Ghebregiorghis Luam 390
Gigl Ramona 371
Golmohammadi Roshanak 358
Götsch Udo 359, 362, 386, 387, 388, 395, 398
Gottschalk René 386, 395, 398, 401
Gottwald Eva 392
Götz Simon 346, 350
Grams Herbert 373
Grikscheit Katharina 398
Grote Ulrike 364, 401
Gruba Nela 344
Grüne Barbara 349, 387, 390
Gunzer Florian 374
- H**
- Haag-Milz Susanne 378
Haag Sabine 363
Haase Johanna 345
Hailer Jana 389
Haller Jonas 359, 388, 398
Halm Ariane 364
Hamouda Osamah 364
- Hart Ulrike 378
Häske David 356, 358, 383, 385, 398
Haunhorst Eberhard 393
Hausmann Judith 384, 401
Haußmann Hendrik 367
Hecke Anneke 345, 364
Heidrich Sandra 377
Heigl Katharina 371
Heinen Daniel 363
Heinze Stefanie 371
Heitmann Sebastian 394
Henke-Gendo Cornelia 358
Henle Lea 357
Hering Ramona 382
Herr Caroline 371
Hesmert Daniela 383
Hespe-Jungesblut Katharina 377
Heudorf Ursel 355, 356, 397
Hildebrandt Jens 385
Hille Katja 393
Hillenbrand Maike 348
Hintzpetzer Birte 351
Hoehl Sebastian 386
Hoehn Christoph 402
Hoffmann Dorle 361
Höflich Cornelia 392
Hofmann Dirk 363
Hollmann Klaus 356, 397
Hölscher Gabriele 380
Hóra Christian 370
Hössel Fabienne 348
Hövener Claudia 352
Hudák Michal 352
Hügler Heike 357
Hug Simone 396
Hunfeld Klaus-Peter 356, 397
Hurraß Julia 345, 357, 358
- I**
- Idler Alexandra 398
Imholt Christian 393
Ippisch Siegfried 363
- J**
- Jacob Jens 393
Jahn Klaus 392
Jahn Nicola 377, 396
Jascenoka Julia 361
Jeglitzka Matthias 401
Joggerst Brigitte 352, 358, 396
Joisten Christine 345, 349, 351, 390
Joos Stefanie 356, 358, 383, 385, 398
Jordan Wolfgang 366
Jöst Artur 392
- K**
- Kahl Melanie 349
Kajikhina Katja 352
Kampen Helge 406
Kämpfe Alexander 370
Kasner Anke 360, 361
Kastl Bianca 357
Kazasidis Orestis 393
Kellermann Lisa 352
Kelzenberg Nadine 358
Kibebe Eva 346
Kleele Sebastian 406
Klee Lisa 349
Klein Janina Anika 383
Klemm Holm-Torsten 343
Klier Christiane 393, 406
Klimpel Sven 398
Kluba Jeanette 377
Knapp Stefan 363

- Knittler Michael 405
Koch Lennart 351
Kok Dominique 381
Kolbe Martina 349
Kolossa-Gehring Marike 370
König Jochem 361
Konrad Michael 367
Konrad Torsten 396
Koppe Uwe 390
Korbely Christine 371
Kössler Tobias 363, 385
Kossow Annelene 345, 349, 369, 387, 388, 390
Kouros Bijan 392
Krause Laura 375
Kraus Thomas 388
Kraus Ursula 378, 379
Krayl Nele 376
Kreffter Katharina 346, 350
Kreienbrock Lothar 393
Kreische Anne 385
Kretschmer Andreas 358
Kruz Birte 391
Küfer-Weiß Annika 369, 387
Kuhn Joseph 347, 348, 370, 384, 401
Kunze Katrin 393
Kutzora Susanne 371
- L**
Lachmann Raskit 390
Landesberger Valeria 371
Lang Alexandra Sarah 353, 355
Larem Andreas 407
Layer Emily 386
Lechler Laura 392
Lechleuthner Alex 358
Lehmann Stefan 368
Lehner-Reindl Verena 380
Lengsfeld Corinna 381
Lenz Wolfgang 402
Leubner Sebastian 372
Liebl Bernhard 392
Lisson Jörg 374
Litzba Nadine 390, 401
Looks Peggy 369
Lorz Marie-Christin 359
Lubbe Reinhard 342
Lücke Stephanie 379, 380
Lücking Gesa 401
Lüders Anja 401
Ludwig Maria-Sabine 392
Luger Sebastian 387
Lührmann Anja 405
- M**
Mack Jasmin 352
Mahler Cornelia 383
Makosi Dorothee Malonga 361
Mangold Jasmin 383
Markus Döhler 357
Markus Inessa 390
Markus Juliane 391
Marquis Adine 386
Marthaler Anna 404
Maser Angelika 376
Maßmann-Pabst Michaela 362
Mauser Claudia 398
Meincke Maylin 392
Meißner Carl 399
Melville-Drewes Andrea 346, 350, 378, 381
Mertens-Scholz Katja 405
Messik Marion 349
Meyer Emily Dorothee 386
Meyer-Spasche Alert 357
Milanovic Josip 344
Milbradt Jens 392
Moek Felix 389
Mohsenpour Amir 352
Müller Adolf-Martin 369
- Müller Lennart 372
Müller Luisa 389
Müller Maria 355
Murawski Aline 370
- N**
Naujoks Frank 401
Nennstiel Uta 370, 380, 392
Nießen Johannes 345, 349, 369, 387, 390, 396, 402
Nordhoff Katja 393
Notz Hardy 354
Nouri-Pasovsky Pauline A. 353
- O**
Obert Klaus 365
Oechsle Anja 358
Oehme Rainer 360, 363
Oldenburg Martin 344, 382
Orgassa Tessa 392
Osagie-Paech Iris Riwa 358
Ostermann Elisabeth 368, 399
Oster Nadja 356, 363, 385, 398
- P**
Papavlassopoulos Heike 372
Pasch Ulrich 381
Paul Daniel 391
Pauly Olaf 394
Pawlowski Kim 381
Peters Anna 376
Petrakakis Pantelis 377
Petzold Klaus 366
Piontkowski Emily 358
Pirner Christina 371
Plamp Lena 391
Plath Jasper 402
Pluskota Björn 392
Pohl Gordon 381
Praetorius Cornelia 368
Priwitzer Martin 354
Pruskil Susanne 352
Prütz Franziska 375
Püschel Nadine 390
- R**
Rabenberg Martina 351
Rädel Uta 372
Raith Lena 351
Redwitz Johannes 371
Reisig Veronika 347, 384
Reiss Katharina 379
Renné Daniel 348
Rensing Katharina 398
Reul Rolf 347
Rexroth Ute 352, 363, 364, 390, 401
Ridwelski Karsten 402
Rieger Monika A. 358, 383
Rieger-Ndakorerwa Gudrun 391
Riemer Diana 372
Rissland Jürgen 404, 406
Rohde Anna 389
Rohe Birte 378
Röhl Claudia 372
Rohstock Ingar 378
Roller Gottfried 342, 358
Römer Katja 357
Roppel Malin 351
Rosenkötter Nicole 403
Roth Helmut 365
Roth Sarah Andrea 396
Rucic Enrico 370
Runge Martin 405
Ryl Livia 351
- S**
Sabine Erven 400
Sakellaridou Elina 400
- Sarma Navina 352
Saß Anke-Christine 351
Sauer Antje 355
Savaskan Nicolai 359, 391
Schaade Lars 364
Schade Manuela 348, 382, 385
Schäfer Michael 346, 350
Schäfer Oliver 357
Schäfer Peter 356, 358, 363, 385, 398
Scharlach Martina 389, 393
Scheel Tabea 344
Schellenberger Peer-Kai 385
Schepper Anna 369
Schläger Folke 379
Schlecht Jennifer 361
Schlegel Christiane 389
Schmidt Kerstin 352
Schmitt Martina 399
Schmitz Saskia 393, 406
Schneider Timm 390
Schnepf Anne 393
Schnorr Rene 399
Schöll Meike 363, 364, 389
Schönmann Jochen 385
Schork Joscha 359, 386, 387, 388, 395
Schreiber Angelika 375, 376
Schreiber Fabian 371
Schreiber Jenny 391
Schulte Nina 388
Schuster Katja 354
Schutz Daniele 398
Schwab Sonja 368
Schwibinger Jutta 365
Seeling Stefanie 375
Seidel Juliane 363, 389
Seiler Alexander 387
Seitz Günther 402
Sidhu Navdeep S 361
Siegel Achim 383
Simon Klaus 361
Socher Martin 370
Söllner-Schaar Constanze 403
Sonnberg Susanne 353
Speiser Sonja 392
Sperle Ida 390
Spiekermann Katrin 382
Spieß Benjamin 381
Starke Dagmar 346, 350, 351
Steffen Gyde 390
Steinhart Ingrid 364
Steinke Salome 394
Stelberg Hannah 396
Sterdt Elena 349
Steu Katrin 353, 354, 355, 356, 371, 397
Stickler Elisa 407
Stiegler Anette 342
Stoltze Kathrin 360, 361
Stork Theresa 380
Strommenger Birgit 356, 397
Stücker Ulrike 391
Suchenwirth Roland 373
Szagun Bertram 352
- T**
Tappiser Marc 349
Teichert Ute 346, 350
Tempel Günter 346
Tenhagen Bernd-Alois 405
Tessmann Rolf 356, 397
Thelen Finn 358
Thiele Detlef 387
Thienelt Friederike 388
Thomas Stephanie 392
Tiarks-Jungk Petra 381
Tinnemann Peter 348, 354, 362, 381, 398
Totsche Sabine 392
Trost Matthias 392
Türkyilmaz Cem 374

U

Ulrich Rainer G. 404
Urschitz Michael S. 361
Usipbekova Karina 389

V

Valenteijn Antje 381
van Beveren Ina 394
van Mark Gesine 393
Vatheuer Sonja 379
Vogel Ulrich 344
Voigt Kerstin 355
Völkner-Stetefeld Petra 376
Vonderwolke Robert 390

W

Wager Julia 375
Wagner Karoline 376
Wagner Pia 358
Wagner Ulrich 353, 363
Wagner-Wiening Christiane 353, 363, 392
Walczok Antoni 353, 355, 362
Walser-Reichenbach Sandra 371

Walther Ralf 385
Weber Kerstin 391
Weber Mandy 349
Weber Stefanie 344
Weidlich Anna 391
Weihsrauch Dennis 357
Weilhammer Veronika 371
Weindel Martin 356, 397
Wellnitz Jörg 370
Welschehold Michael 367
Werner Doreen 406
Wessely Stefanie 349, 351
Westphal Tim 386
Weyers Simone 346, 350
Widders Gudrun 356
Widera Marek 386
Wienke Andreas 376
Wiesmüller Gerhard A 390
Wiesmüller Gerhard A. 345, 349, 358, 369, 388
Wieters Imke 395
Wildner Manfred 370
Wilske Johannes 357
Winkelmann Jasmin 358

Winter Fenja 406
Wittler Linda 351
Wobrock Suvana 401
Wohlrab Doris 348
Wolfers Kersten 342, 358
Wolff Anna 387
Wolf Timo 395
Wolken Sonja 358
Wollenberg Birgit 347, 349, 364
Wössner Sofie 383
Wünsch Andrea 360

Z

Zamfir Mihai 371
Zeckey Anne 380
Zeilmann Maike 374
Ziech Patrick 353
Zimmermann Thomas 352
Zinken Anika 353
Zollikofer Sylvia 347, 384
Zöllner Rebecca 362