



**Bericht des
Gesundheitsamtes des
Kreises Paderborn
2008 und 2009**



Der Kreis Paderborn informiert

INHALTSVERZEICHNIS		Seite
1.	Einleitung	2
2.	Amtsärztliche Gutachten und Zeugnisse	3
3.	Allgemeine Gesundheitsverwaltung einschließlich der Verwaltung und Beaufsichtigung der Berufe des Gesundheitswesens	5
4.	Hygiene und Infektionsschutz	9
4.1.	TBC-Überwachung	21
4.2.	Aids-Beratungsstelle	23
4.3.	Impfberatung, Reisemedizin und Gelbfieberimpfungsstelle	27
5.	Kinder- und Jugendärztlicher Dienst	28
5.1.	Schuleingangsuntersuchungen	28
5.2.	Untersuchungen der Kindergartenkinder	44
5.3.	Weitere Aufgabenbereiche des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes	52
6.	Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst	53
7.	Sozialpsychiatrischer Dienst	58
8.	Beratungsstelle für Familienplanung und Schwangerschaftskonflikte	63
9.	Kommunale Gesundheitskonferenz	70
10.	Versorgungsamtsärztlicher Dienst	76

1. Einleitung

„Gesundheit ist ein Geschenk, das man sich selber machen muss“, heißt es in einem schwedischen Sprichwort. Doch dieses Geschenk fliegt einem nicht einfach so zu. Immer mehr Menschen erkennen, dass man für die eigene Gesundheit etwas tun kann und sollte. Von einer Gesundheitsbehörde wird erwartet, dass sie die Menschen in diesem Bemühen unterstützt und sich als kompetenter und verlässlicher „Partner“ für den Bürger erweist. Die Prävention rückt immer mehr in den Mittelpunkt aller gesundheitspolitischen Anstrengungen. Sie hat sich längst zu einer eigenständigen Säule in unserem Gesundheitssystem entwickelt.

Wie breit gefächert die sich daraus ergebenden Aufgabenfelder sind, zeigt dieser Bericht über die Jahre 2008 und 2009 bereits im Überblick.

Allein der Grund, dass wir 2009 keinen Bericht über das Jahr 2008 erstellt haben, weist auf eine unserer wichtigsten Aufgaben hin, den Infektionsschutz. Ein neues Grippevirus wurde in Amerika entdeckt, was im April 2009 die erste von der WHO ausgerufene Influenzapandemie auslöste. Die „Schweinegrippe“ hatte die Bühne der Welt betreten. Von da an war auch bei uns bis Anfang 2010 nichts mehr so, wie es war.

Das Paderborner Gesundheitsamt musste sich „als Fels in der Brandung“ erweisen. Die Pandemiemaßnahmen, die nur begrenzt dem vorliegenden Pandemieplan entnommen werden konnten, mussten fortlaufend angepasst werden. Das dynamische Geschehen erforderte unseren Einsatz rund um die Uhr.

Aber da waren auch noch die vielen anderen Aufgaben. Den multiresistenten Krankheitserregern, wie z.B. dem sogenannten MRSA, wurde konsequent der Kampf angesagt und ein Netzwerk errichtet. Da war auch ein Masernausbruch in einer Schule, vermehrtes Auftreten von Noroviren in Altenheimen und Krankenhäusern, tausende Einschulungs- und Kindergartenkinder standen zur Untersuchung an. Es musste sich um psychisch kranke Menschen gekümmert werden. Die Liste ist lang.

Der Jahresbericht 2008/2009 liefert viele interessante Ein- und Ausblicke. Dabei beschränkten wir uns oft nicht nur auf einen Tätigkeitsreport, sondern zeigen auch Handlungsbedarf und das Bemühen auf, notwendige Verbesserungen und Veränderungen herbeizuführen.

Ich danke meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr herzlich für ihre wertvollen Beiträge und engagierte Mitarbeit am Gelingen dieser Arbeit.

Dr. Georg Alles
Leiter des Gesundheitsamtes

2. Amtsärztliche Gutachten und Zeugnisse

Dr. Georg Alles

Die Palette der amtsärztlichen Bescheinigungen, Zeugnisse und Gutachten ist sehr vielfältig und wird im Wesentlichen über den § 19 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) geregelt. Danach ist das Gesundheitsamt verpflichtet, amtliche Bescheinigungen und Zeugnisse auszustellen und Gutachten zu erstatten, soweit dies durch bundes- und landesrechtliche Regelungen vorgeschrieben ist. Darüber hinaus sind die Ärztinnen und Ärzte des Gesundheitsamtes Gerichtsärzte im Sinne des § 87 Abs. 2 der Strafprozessordnung.

Im Einzelnen handelt es sich dabei um folgende Gutachten:

- **Gutachten für Gerichte** zur Klärung der Verhandlungsfähigkeit, der Haftfähigkeit, der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit z.B. bei Unterhaltsverfahren, Krankheitsfeststellungen und Darstellung von deren Auswirkungen z.B. bei Zwangsräumungen, Abschiebeverfahren von ausreisepflichtigen ausländischen Staatsangehörigen (sogenannte Reisefähigkeit) usw...
- **Begutachtungen für die Sozialämter, die Straßenverkehrsbehörde, die Ordnungsbehörden (Ausländerbehörden, Jagdbehörde), das Finanzamt** zur Feststellung z.B. der Pflegebedürftigkeit von Nichtpflegeversicherten, bedarfsgerechte medizinische Versorgung, Versorgung mit Hilfsmitteln und Heilverfahren, Feststellung von kostenaufwändiger Ernährung und der dadurch bedingten Kostenerstattung, Feststellung von Eingliederungshilfen, Feststellung von „Umzugsfähigkeit“ in eine andere Wohnung, Klärung der Erforderlichkeit von Behandlungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, Feststellung der sogenannten „Reisefähigkeit“ bei ausreisepflichtigen Ausländern, Kraftfahrtauglichkeit, Jagdtauglichkeit usw.
- **Einstellungsuntersuchungen und Dienstfähigkeitsüberprüfungen von Beamten/innen** unter den verschiedensten zusätzlichen Fragestellungen (z. B. Reha-Maßnahmen, Unterrichtsstundenreduzierung bei Lehrerinnen und Lehrern, Wiedereingliederung nach Krankheit).
- **Untersuchungen nach dem Beihilferecht** auf Erforderlichkeit von Kuren und Reha-Maßnahmen, Begutachtungen der Behandlungskostenrechnungen von Ärzten über Behandlungen von Beamten/innen hinsichtlich ihrer Angemessenheit, und des Nachweises ihrer Wirksamkeit (z.B. bei Homöopathie, Alternativmedizin). Wirksamkeits- und Angemessenheitsprüfungen bei Abrechnungen von alternativmedizinischen Heilverfahren (Homöopathie, Akupunktur usw.).
- Untersuchungen von Studenten/innen auf **Prüfungsfähigkeit** im Erkrankungsfall und von Schülerinnen und Schülern bei längeren **Fehlzeiten**.
- Begutachten für die **ARGE** hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit und der Belastbarkeitseinschränkungen eines Arbeitssuchenden.

Insgesamt handelte es sich dabei im **Jahre 2008 um 1661 und 2009 um 1527 Untersuchungen bzw. Stellungnahmen** nach Aktenlage (2005: 1548, 2006: 1903, 2007: 1842).

Bei den vielfältigen Untersuchungsaufträgen kommt es auf die Besonderheiten der Fragestellungen, der Rechtsgrundlagen und der Sozialversicherungssysteme an, die im Einzelfall dahinterstehen. Bei allem haben wir den Anspruch, die Fragen, die über ein Gutachten an uns herangetragen werden, für alle Beteiligten so klar wie möglich zu beantworten. Ein Gutachten sollte immer eine brauchbare Entscheidungsgrundlage darstellen. Dabei sind wir zur strengen Neutralität und der Einhaltung des aktuellen medizinischen Kenntnisstandes sowohl gegenüber dem Auftraggeber als auch gegenüber dem Patienten verpflichtet. Deswegen sehen wir es auch als unabdingbar an, uns regelmäßig fortzubilden und in einem amtsärztlichen Qualitätszirkel auf OWL-Ebene regelmäßig mitzuarbeiten.

Die für die ARGE erstellte Zahl der Gutachten betrug 2008: 680 und 2009: 585. Damit fiel ihre Zahl im Vergleich zu 2007 (711 Gutachten) deutlich ab.

PERSONELLE BESETZUNG

Im amtsärztlichen Untersuchungsdienst sind eine Ärztin mit einer halben und eine mit einer $\frac{1}{4}$ Stelle, der stellvertretende Amtsleiter und der Amtsleiter neben ihren anderen Aufgaben mit ihren Arzthelferinnen (2 $\frac{1}{2}$ Stellen derzeit) tätig. Die Leiterin des sozialpsychiatrischen Dienstes erstellte dabei meist die Gutachten, bei denen schwerere psychische Erkrankungen im Mittelpunkt standen oder es sich ohnehin um Patienten/Klienten des sozialpsychiatrischen Dienstes handelte. Diese Gutachten werden in der Statistik des sozialpsychiatrischen Dienstes gesondert aufgeführt (siehe Punkt 7.).

3. Allgemeine Gesundheitsverwaltung einschließlich der Verwaltung und Beaufsichtigung der Berufe des Gesundheitswesens

Manfred Fuchs

APOTHEKENWESEN UND ARZNEIMITTELWESEN

Nach dem Apothekengesetz und der Apothekenbetriebsordnung sind die Kreise und kreisfreien Städte zuständig für die Erteilung von Betriebserlaubnissen an Apothekerinnen und Apotheker, die eine oder mehrere Apotheken betreiben wollen. Ebenfalls zuständig sind die Gesundheitsämter für die Erteilung von Erlaubnissen für den Betrieb eines Arzneimittel-Großhandels durch Apotheken und den Betrieb von Versandapotheken. Bestehende Apotheken unterliegen der Überwachung durch das Gesundheitsamt. Sie wird durchgeführt durch den Amtsapotheker. Hierbei haben sich bereits im Jahre 1982 die Gesundheitsämter des Regierungsbezirks Detmold darauf geeinigt, dass für OWL zwei Amtsapotheker eingesetzt werden, die beim Chemischen Untersuchungsamt der Stadt Bielefeld beschäftigt sind. Die beiden Amtsapotheker werden finanziert durch ein Umlageverfahren nach der Einwohnerzahl der Kreise des Regierungsbezirks sowie der Stadt Bielefeld. Ab dem 01.01.2008 ergeben sich insoweit Änderungen, als die Amtsapotheker jetzt nicht mehr dem Chemischen Untersuchungsamt sondern dem Gesundheitsamt der Stadt Bielefeld angegliedert sind. Aufgrund des Ausscheidens eines der beiden Amtsapotheker hat die Stadt Bielefeld eine Amtsapothekerin (mit einer halben Stelle) eingestellt. Zudem werden Besichtigungen der Apotheken jetzt auch durch sogenannte Sachverständige durchgeführt. Sachverständige sind Apotheker, die im Auftrag der Stadt Bielefeld bzw. des zuständigen Amtsapothekers bzw. Amtsapothekerin die Besichtigungen durchführen und auf Stundenbasis entlohnt werden.

Im **Kreis Paderborn** gab es Ende **2008** insgesamt **76 Apotheken** und Ende **2009** insgesamt **77 Apotheken**. Hinzu kommen noch **zwei Krankenhausapotheken**.

Im Jahr 2008 wurden von diesen Apotheken insgesamt **28** und im Jahr 2009 insgesamt **14** durch die Amtsapothekerin bzw. einen Sachverständigen besichtigt. In allen Fällen wurden die Inhaber der Apotheken schriftlich durch Ordnungsverfügung aufgefordert, festgestellte Mängel innerhalb einer bestimmten Frist abzustellen.

2008 wurde eine Apotheke und **2009** wurden zwei Apotheken neu eröffnet und die erforderlichen Betriebserlaubnisse erteilt.

Für 2 Apotheken **2008** bzw. 1 Apotheke **2009** wurden Großhandelserlaubnisse ausgestellt.

Das **Zollamt am Flughafen Paderborn** hat im **Jahr 2008** insgesamt **40 Vorgänge** und im **Jahr 2009** insgesamt **49 Vorgänge** übersandt, aus denen hervorging, dass Einreisende Arzneimittel aus dem Ausland unerlaubt einzuführen versuchten. Sofern die Betroffenen nicht freiwillig auf das Eigentum verzichteten, wurde durch das Gesundheitsamt Einziehungsverfügungen nach § 98 Arzneimittelgesetz (AMG) erlassen. Nach Prüfung wurde die Angelegenheit dann der Bußgeldstelle übergeben.

In den meisten Fällen wurden die Verfahren durch Verwarnungen und die Festsetzung von Verwarngeldern beendet.

BERUFE DES GESUNDHEITSWESENS

Nach dem Krankenpflegegesetz, dem Hebammengesetz, Logopädengesetz, Physiotherapeutengesetz, Gesetz über den Beruf des pharmazeutisch-technischen Assistenten und dem Rettungsassistentengesetz sowie den hierzu ergangenen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen sind die Kreise und kreisfreien Städte zuständig für die Organisation und Durchführung der Prüfungen der Auszubildenden und Erteilung der entsprechenden Berufserlaubnisse. Für die Prüfung der angehenden pharmazeutisch-technischen Assistentinnen und Assistenten ist Prüfungsvorsitzender die Amtsapothekerin. Bei den anderen Prüfungen teilen sich der Leiter des Gesundheitsamtes und dessen Stellvertreter die Prüfungsvorsitze.

Es wurde für die folgende Anzahl von Auszubildenden **Prüfungen** organisiert und durchgeführt:

1. Krankenpflegeschule am St. Vincenz-Krankenhaus Paderborn:
2008 – 20 Schüler, 2009 – 24 Schüler

2. Verbundkrankenpflegeschule am St. Johannisstift Paderborn:
2008 – 36 Schüler + 1 Wiederholer, 2009 – 23 Schüler + 5 Wiederholer

3. Krankenpflegeschule am Brüderkrankenhaus Paderborn:
2008 – 26 Schüler + 4 Wiederholer, 2009 – 26 Schüler + 3 Wiederholer

4. Krankenpflegeschule am St. Josefs-Krankenhaus Salzkotten:
2008 – 18 Schüler + 11 Wiederholer, 2009 – 14 Schüler + 4 Wiederholer

5. Schule f. Krankenpflegehilfe am St. Josefs-Krankenhaus Salzkotten:
2008 – 11 Schüler + 1 Wiederholer, 2009 – 16 Schüler + 1 Wiederholer

6. Kinderkrankenpflegeschule am St. Vincenz-Krankenhaus Paderborn:
2008 – 12 Schüler + 3 Wiederholer, 2009 – 12 Schüler + 3 Wiederholer

7. Hebammenschule am St. Vincenz-Krankenhaus Paderborn:
2008 – 26 Schüler, 2009 – 24 Schüler

8. Fachschule für Logopädie, Bad Lippspringe:
2008 – 9 Schüler, 2009 – 15 Schüler + 2 Wiederholer

9. Fachschule für Physiotherapie, Bad Lippspringe:
2008 – 17 Schüler + 1 Wiederholer, 2009 – 16 Schüler + 1 Wiederholer

10. PTA-Lehranstalt Paderborn:
2008 – 102 Schüler + 25 Wiederholer, 2009 – 119 Schüler + 13 Wiederholer

11. Schule für Rettungsassistenten, Paderborn:
2008 – 16 Schüler, 2009 – 11 Schüler + 2 Wiederholer

12. Schule für Rettungssanitäter, Paderborn:
2008: 9 Schüler, 2009: 23 Schüler

13. Schule für Rettungshelfer, Paderborn,
2008: 17 Schüler, 2009: 0 Schüler

BESTATTUNGSGESETZ

Nach dem Bestattungsgesetz wurden im Jahr 2008 insgesamt 23 Leichenschauen und im Jahr 2009 insgesamt 19 Leichenschauen durchgeführt. Dies war erforderlich, da Feuerbestattungen erfolgten bzw. Überführungen ins Ausland durchgeführt werden sollten.

Die Todesbescheinigungen aller im Kreis Paderborn **verstorbenen Menschen**, im Jahr 2008: 2663 und 2009: 2671, müssen 10 Jahre im Gesundheitsamt aufbewahrt werden.

Sie werden alle hinsichtlich ihrer Vollständigkeit und Plausibilität überprüft. Ein anonymisierter Durchschlag der Bescheinigungen wird zur Erstellung der gesetzlich vorgeschriebenen Todesursachenstatistik an das Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik in Düsseldorf weitergeleitet.

HEILBERUFSGESETZ und Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)

Nach diesen Vorschriften haben Angehörige der nichtakademischen Heilberufe dem zuständigen Gesundheitsamt die Aufnahme bzw. Beendigung ihrer selbständigen

Tätigkeit anzuzeigen. Die Aufnahme und Beendigung der Tätigkeiten der akademischen Heilberufe (Ärzte) erfolgt durch die Ärztekammer.

Es erfolgen folgende **An-, Ab- bzw. Ummeldungen**:

Beruf	Anmeldungen		Abmeldungen		Ummeldungen	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Ergotherapeuten	9	7	1		2	3
Heilpraktiker	18	17		4	6	7
Krankenpflegedienste	7	10		1		1
Logopäden	7	6				1
Med. Bademeister, Masseur		1				
Physiotherapeuten	14	18	3	4	5	7
Podologen	1	3	1		1	1

JUGENDARBEITSSCHUTZGESETZ

Nach dieser Bestimmung stellen die Städte und Gemeinden für Berufsanfänger entsprechende Bescheinigungen zur Vorlage bei den jeweiligen Hausärzten der Berufsanfänger aus. Die Kosten für die im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes durchgeführten Untersuchungen, werden dann von den Gesundheitsämtern an die untersuchenden Ärzte erstattet. Die Bezirksregierung erstattet wiederum den Gesundheitsämtern die jährlich entstandenen Kosten.

Im **Jahr 2008** wurden insgesamt **933 Erstuntersuchungen** und **7 Nachuntersuchungen** sowie **4 Ergänzungsuntersuchungen** abgerechnet.

Im **Jahr 2009** wurden insgesamt **772 Erstuntersuchungen** und **23 Nachuntersuchungen** sowie **5 Ergänzungsuntersuchungen** abgerechnet.

ÜBERWACHUNG FREIBERUFLICHER HEBAMMEN

Nach dem Hebammengesetz bzw. der Berufsordnung für Hebammen sind die Gesundheitsämter für die Überwachung der Berufspflichten zuständig. Die Überwachung bezieht sich insbesondere darauf, ob die freiberuflichen Hebammen ihren Fortbildungspflichten (60 Stunden innerhalb von drei Jahren) nachgekommen sind.

Somit wurden im Jahr 2008 für alle 75 im Kreis Paderborn gemeldeten freiberuflich tätigen Hebammen die Fortbildungsnachweise überprüft. 2009 waren 77 Hebammen freiberuflich gemeldet. Der laufende Fortbildungszeitraum endet 2011, sodass die Nachweise dann wieder überprüft werden.

PERSONELLE BESETZUNG

4 Vollzeitstellen und eine Stelle mit 35 Std. (einschließlich Anmeldung/ Archiv) in der Verwaltung.

Für die Apothekenaufsicht stehen auf OWL-Ebene (einschließlich Bielefeld) 1,5 Amtsapothekerstellen zur Verfügung.

4. Hygiene und Infektionsschutz

Dr. Ernst-Birger Bolle, Dr. Georg Alles

Zu den Aufgaben der Arbeitsgruppe Hygiene und Infektionsschutz zählt als ein Schwerpunkt die Koordination und Dokumentation aller notwendigen Maßnahmen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten auf der Grundlage des **Infektionsschutzgesetzes (IfSG)**.

Zweiter Schwerpunkt ist die **Umweltmedizin**. Dazu müssen Stellungnahmen zur Gesundheitsverträglichkeit bei zahlreichen Bauvorhaben, Beratungen der Behörden und einzelner Bürger bei umweltmedizinischen Belastungen und Fragestellungen durchgeführt werden. Weiterhin werden Überwachungsaufgaben nach der Gefahrenstoffverordnung und dem Chemikaliengesetz wahrgenommen.

Bei den **Infektionsschutzmaßnahmen** reicht das Spektrum von der Beratung bei Einzelerkrankungen, z.B. an Meningokokken-Meningitis oder infektiösen Durchfallerkrankungen, bis hin zur Mitarbeit bei der Erstellung und Umsetzung von Seuchenalarmplänen. Besondere Schwerpunkte in den letzten Jahren waren und sind derzeit Planungen zur adäquaten Bekämpfung einer Influenza-Pandemie, Einschleppungen von SARS, Vogelgrippe oder ähnliche Erkrankungen, bis hin zu hochgefährlichen, hoch ansteckenden Infektionskrankheiten aus dem internationalen Reiseverkehr wie z.B. Lassafieber. Auch Vorsorgemaßnahmen gegen Bio-Terrorismus gehören mit dazu.

Es sind Beratungen, Teilnahmen und Mitgestaltungen von Fortbildungsveranstaltungen, Arbeitskreisen und Koordinationsmaßnahmen mit dem Ziel hinzugekommen, die Ausbreitung von antibiotikaresistenten Bakterienstämmen - insbesondere MRSA - einzudämmen.

In diesem Sinn haben die Gesundheitsämter der sechs Kreise in Ostwestfalen-Lippe und die Stadt Bielefeld eine Kooperationsvereinbarung über ein **regionales Netzwerk gegen multiresistente Erreger** erarbeitet, die am 01.05.2010 in Kraft trat. Weiteres später (siehe dazu Seite 19).

Das Gesundheitsamt nahm und nimmt zusammen mit den verschiedensten Partnern wesentliche Aufgaben bei der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung wahr, teilweise in Verbindung mit den Kommunal-, Landes- und Bundesbehörden.

Mit dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), welches das alte Bundesseuchengesetz (BSeuchG) 2001 abgelöst hat, wurde u. a. ein neues, modernes EDV-Meldesystem für die meldepflichtigen Erkrankungen eingeführt. Damit werden nun die dem Gesundheitsamt gemeldeten Erkrankungen erfasst und entsprechende Maßnahmen getroffen.

In jedem einzelnen Fall wird geprüft, wie die jeweilige Ansteckung erfolgte, ob noch weitere Menschen angesteckt worden sind oder werden können und wie eine Ausbreitung zu verhindern ist. Nicht selten ist das mit umfangreichen Ermittlungen und Umgebungsuntersuchungen verbunden.

Der Grundsatz lautet immer: „Quelle finden und schließen!“

Den gemeldeten Erkrankungsfällen steht in der Regel, von Krankheitsart zu Krankheitsart unterschiedlich, eine wesentlich höhere Zahl an nicht erkannten bzw. nicht gemeldeten Fällen gegenüber.

Bei den bakteriell bedingten Durchfallerkrankungen z.B. ist mit einer mindestens zehnmal höheren Dunkelziffer zu rechnen, denn nicht jeder geht mit Durchfall zum Arzt und nicht jede Arztkonsultation führt dann auch zu einer Stuhluntersuchung. Das muss auch nicht immer sein, es sei denn, es handelt sich dabei z.B. um eine „Lebensmittelperson“ nach den §§ 42 und 43 IfSG, bei der es im Falle einer Keimausscheidung (Salmonellen, Campylobacter usw.) zu einem Tätigkeitsverbot kommt. Bei den Ermittlungen und Umgebungsuntersuchungen achten wir vor allem auf Gruppenerkrankungen.

Die meldepflichtigen Erkrankungen werden seit der Fußballweltmeisterschaft 2006 täglich über ein nach dem IfSG genau vorgeschriebenen Meldeverfahren auf dem EDV-Weg über das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA) und die Landesregierung zentral an das Robert-Koch-Institut (RKI) in Berlin gemeldet. Dort werden die bundesweit eingehenden Meldungen analysiert, bewertet und u.a. Präventionsstrategien daraus entwickelt, die dann wieder Einfluss auf unser Handeln vor Ort haben.

Bei den **Bekämpfungsmaßnahmen** sind rechtzeitige und oft auch aufwändige Maßnahmen notwendig, insbesondere beim Auftreten von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindergärten, Schulen, Altenheimen oder Krankenhäusern. Hierbei sind vor allem Ausbrüche an Durchfallerkrankungen wie **Norovirus-Infektionen in Altenheimen und Krankenhäusern**, von **Rotavirus-Infektionen in Kindereinrichtungen**, immer wieder auftretende einzelne Erkrankungen an **Meningokokken-Meningitis**, **Masernerkrankungen**, und das Auftreten von **Läusen und Krätze** in Kindergärten, Schulen, Altenheimen und Obdachlosenunterkünften wichtig. Zu diesem Bereich gehören auch Maßnahmen der **Tuberkulose-** und **Aids-Bekämpfung**. Der Arbeitsaufwand ist, je nach Fallkonstellation, sehr unterschiedlich. Die anfallenden Arbeiten können zum Teil telefonisch erledigt werden, erfordern aber oft zusätzlich Maßnahmen vor Ort in den Einrichtungen und machen manchmal eine Zusammenarbeit mit den Medien erforderlich, die über das Amt für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Kreisverwaltung läuft.

In 2007 und 2008 waren auch im Kreis Paderborn personell sehr aufwändige Maßnahmen durch die **Landesimpfkampagne** des Gesundheits- und Schulministeriums NRW zur Vorbeugung und Eindämmung von Masernausbrüchen in den Schulen der Sekundarstufen I und II erforderlich. Allerdings haben wir das Konzept des Landes, wie andere Kreise auch, in abgewandelter Form durchgeführt. Wir haben in Absprache mit den niedergelassenen Ärzten im Kreis Paderborn Überprüfungen des **gesamten** Impfschutzes - nicht nur den gegen Masern-Mumps-Röteln - und das Schließen von Impflücken bei Schülern dadurch eingeleitet, dass wir unter Einbeziehung der Lehrer/innen an alle Schüler und Eltern der Sekundarschulen ein Informationsschreiben mit Rückantwortteil geschickt haben.

Alle Schüler wurden aufgefordert, sich mit ihren Impfpässen beim Hausarzt oder Kinderarzt vorzustellen und dem Gesundheitsamt die Ergebnisse der Überprüfung zuzuleiten, damit danach gfs. weitere Maßnahmen zur Impfschutzverbesserung gezielter eingeleitet werden konnten.

Diese Impfkampagne, aber auch die durch die Presse intensiv begleiteten Masernausbrüche 2006 und 2008 in Schulen des Kreises, verbunden mit gezielter Aufklärungsarbeit, haben dazu beigetragen, dass wir z.B. bei den Einschulungskindern 2009 eine komplette **Durchimpfungsrate gegen Masern-Mumps-Röteln** von über 96% feststellen konnten. Mit dem Kreis Herford nehmen wir damit in NRW einen Spitzenplatz ein.

Eine Sonderstellung nimmt die **Erstbelehrung** von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein, die eine Tätigkeit in der Verarbeitung von Lebensmitteln aufnehmen wollen, über die Infektionskrankheiten übertragen werden können („**Lebensmittelpersonen**“). Sie werden u. a. in Gruppenbelehrungen über die notwendigen Hygienemaßnahmen informiert und erhalten am Ende eine Bescheinigung für den Arbeitgeber darüber. 2008 wurden Belehrungen für **3131** und 2009 für **3309 Personen** durchgeführt.

Auf der Grundlage des **Infektionsschutzgesetzes** und nach **§ 17 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW** überwacht das Gesundheitsamt die Einhaltung der Hygienevorschriften, insbesondere bei:

1. Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, Einrichtungen nach §1 Abs. 1 bis 5 des Heimgesetzes, vergleichbaren Behandlungs-, Betreuungs- oder Versorgungseinrichtungen,
2. Einrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder oder Jugendliche betreut werden, insbesondere Kinderkrippen, Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderhorten, Schulen oder sonstigen Ausbildungseinrichtungen, Heimen, Ferienlagern und ähnlichen Einrichtungen,
3. Obdachlosenunterkünften, Gemeinschaftsunterkünften für Asylbewerber, Spätaussiedler und Flüchtlinge sowie sonstigen Massenunterkünften,
4. Justizvollzugsanstalten,
5. Einrichtungen des Leichen- und Bestattungswesens,
6. Anlagen zur Versorgung mit Trinkwasser und Brauchwasser,
7. Anlagen zur Entsorgung von Abwasser und Abfällen,
8. Badegewässern.

Wenn solche Einrichtungen neu eröffnet, wesentlich umgebaut oder geschlossen werden, ist jeweils das Gesundheitsamt zu beteiligen. Für die Überwachung der Hygiene in diesen Einrichtungen sind verschiedene detaillierte Erlasse und Rechtsvorschriften zu berücksichtigen. Diese sind von den Gesundheitsämtern im vorgeschriebenen Umfang mit dem derzeitigen Personalbestand nicht vollständig umzusetzen.

Die Umsetzung erfolgt in Paderborn nach einem mit dem Dezernenten und dem Landrat abgestimmten **Prioritätenkatalog**.

Das Gesundheitsamt beteiligt sich im Hygienebereich für diesen Bereich an 3 Qualitätszirkeln. Der Gesundheitsingenieur nimmt am Qualitätszirkel der Gesundheitsingenieure des Regierungsbezirkes Detmold, Amtsarzt und Stellvertreter nehmen am Qualitätszirkel der Amtsärzte bei der Bezirksregierung Detmold und der stellvertretende Amtsarzt am Qualitätszirkel Umweltmedizin der Ärztekammer Westfalen-Lippe für den Bereich Paderborn und Höxter teil.

Bei den **Überwachungsaufgaben** ergeben sich zahlreiche Schnittstellen mit anderen Behörden und Einrichtungen. Wir bemühen uns, die Aufgaben soweit wie möglich zu koordinieren und Doppelarbeiten zu vermeiden. Bei den Kontrollen vor Ort können nur die vorhandenen Strukturen überprüft werden, wie z.B. die Hygienepläne, die Arbeitsergebnisse der Hygienekommissionssitzungen, die baulichen und personellen Strukturen. Es wird Wert darauf gelegt, dass in den Einrichtungen interne Strukturen und Pläne zur Sicherstellung der Hygiene vorhanden sind, die von uns und anderen Behörden extern kontrolliert werden. In den Einrichtungen ergeben sich immer wieder Grenzen durch beschränkte finanzielle und personelle Ressourcen, so auch im Gesundheitsamt.

Neben **Krankenhäusern** und **Altenheimen** ist die **Überwachung aller Trinkwasseranlagen und aller öffentlichen Badeeinrichtungen** im Kreis Paderborn ein wesentlicher Schwerpunkt der Arbeit. Im Kreis Paderborn gibt es **12 zentrale Wasserversorger** unterschiedlicher Größe und insbesondere im ländlichen Raum **ca. 1200 Einzelbrunnen**, aus denen einzelne Haushalte mit Trinkwasser versorgt werden.

Seit In-Kraft-Treten des Infektionsschutzgesetzes 2001 und der **neuen Trinkwasserverordnung 2001** im Jahr 2003 sind die Gesundheitsämter zusätzlich für die Überwachung der **Hausinstallationen** in den Gebäuden zuständig. Dies ist eine neue Aufgabe mit hohem Aufwand. Sie kann ebenfalls nur nach einem Prioritätenkatalog, mit dem Schwerpunkt Hausinstallationen, aus denen Wasser an die Öffentlichkeit abgegeben wird (z.B. Krankenhäuser, Altenheime, Schulen, Kindergärten, Sportanlagen, Beherbergungs- und Gastronomiebetriebe) erfüllt werden.

Im Bereich der Badegewässer und der Bäder waren auch in den letzten beiden Jahren die Überwachung der Badestelle am Lippesee und die Beurteilung der Umbaumaßnahmen am Rolandsbad in Paderborn besonders aufwändig. Die Anzahl der zu überwachenden Einrichtungen ergibt sich aus der folgenden **Tabelle**:

Einrichtungen	Anzahl
Zentrale Trinkwasserversorgungsanlagen	12
Einzelbrunnen	1.198
Hausinstallationen, aus denen Wasser für die Öffentlichkeit abgegeben wird	1.200
Schwimmbäder	41
Krankenhäuser einschl. Reha-Kliniken	17
Altenheime	45
Dialyseeinrichtungen	3
Operative Praxen	24
Fußpflege	107
Piercing / Tattoo	15
JVA	2
Campingplätze	7

Eine weitere Gesetzesgrundlage für die Überwachungstätigkeiten und Beratungstätigkeiten dieser Arbeitsgruppe ist die **Hygieneverordnung NRW vom 09.01.2003**. Nach dieser Verordnung überwachen die unteren Gesundheitsbehörden alle, die berufs- und gewerbsmäßig Tätigkeiten außerhalb der Heilkunde ausüben, bei denen **Krankheitserreger im Sinne von § 2 Infektionsschutzgesetz**, insbesondere Erreger von **Aids, Virus Hepatitis B und C** und deren toxische Produkte auf den Menschen übertragen werden können. Hierzu gehören insbesondere Tätigkeiten im Friseurhandwerk, in der Kosmetik, der Fußpflege, beim Tätowieren, beim Piercing und beim Ohrlochstechen. Aber auch andere Tätigkeiten, bei denen Verletzungen mit Geräten, Werkzeugen oder Gegenständen vorgenommen werden, gehören dazu.

Nach dem vereinbarten Prioritätenkatalog werden alle diese Betriebe bei Neueinrichtungen, Veränderungen und anlassbezogen - z.B. bei Beschwerden von Kunden - besichtigt. Das Gesundheitsamt hat Merkblätter zu **Tattoos und Piercing** erstellt. Im Kreis Paderborn sind derzeit **15 Betriebe** zu überwachen.

Dem Hygienebereich des Gesundheitsamtes obliegt auch die Überwachung nach der **Gefahrstoffverordnung vom 23.12.2004**. Bei der Überwachung werden ca. 500 Betriebe hinsichtlich der sachkundigen Lagerung und Auszeichnung beim Verkauf von Gefahrstoffen - z.B. Pflanzenschutzmitteln - und einer ausreichenden personellen Ausstattung mit sachkundigen Beratern überwacht. Auch in diesem Bereich wird nach einem Prioritätenkatalog vorgegangen.

In Ergänzung zu der Überwachung der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch Amtsapotheker und Gesundheitsamt erfolgt durch eine Mitarbeiterin der Arbeitsgruppe Hygiene / Infektionsschutz die **Überwachung der Lagerung und Auszeichnung von frei verkäuflichen Arzneimitteln und Überprüfung der Sachkunde des Verkaufspersonals** z.B. in Drogerie-Märkten. Im Kreis Paderborn sind etwa 300 Betriebe zu überwachen.

Nach **§ 8 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW und dem Baugesetzbuch** werden die vom Kreis und von den kreisfreien Städten abzugebenden Stellungnahmen zu Planungs- und Genehmigungsverfahren unter Beteiligung des Gesundheitsamtes erstellt, wenn gesundheitliche Belange der Bevölkerung berührt werden. Es sind dann Feststellungen zur gesundheitlichen Verträglichkeit des Vorhabens zu treffen.

Hierbei sind von den Mitarbeitern Stellungnahmen zu Planungen und Baumaßnahmen in den verschiedensten Einrichtungen zu fertigen. Das betrifft z. B. den Umbau einer Arztpraxis, den Bau oder Umbau eines Krankenhauses oder das Errichten einer Sportanlage wie das neue Freibad in Paderborn.

Nach **§ 10 des Gesetzes für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW** fördert die untere Gesundheitsbehörde (Gesundheitsamt) den Schutz der Bevölkerung vor gesundheitsgefährdenden und gesundheitsschädigenden Einflüssen aus der Umwelt. Sie klärt insbesondere die Bevölkerung hierüber und über sonstige **umweltmedizinische Fragen** auf. Sie bewertet die Auswirkung von Umwelteinflüssen auf die Bevölkerung und regt Maßnahmen zur Abwehr von gesundheitlichen Schäden an.

Auch diese Aufgaben werden von der Arbeitsgruppe Hygiene und Infektionsschutz in Zusammenarbeit mit dem stellvertretenden und leitenden Amtsarzt wahrgenommen. In diesem Bereich ist ein abgestimmtes Vorgehen mit anderen Behörden wie z.B. den Staatlichen Ämtern für Arbeits- und Umweltschutz, den unteren und mittleren Wasserbehörden, den arbeitsmedizinischen Diensten und den Baubehörden erforderlich. Die Beratungstätigkeiten reichten auch 2008 und 2009 von Informationen zu richtigen Verhaltensweisen bis hin zum Umgang mit **Schadstoffproblemen** und deren Beseitigung, vor allem in **öffentlichen Gebäuden wie Schulen und Kindergärten**. Besonders umfangreich gestalteten sich in den letzten Jahren die Beratungen von Trägern öffentlicher Gebäude und einzelner Bürger z.B. bei **Schimmelpilz-Belastungen** in Wohnräumen.

Besondere Ereignisse in den Jahren 2008 und 2009

Masernausbruch 2008

Mitte April 2008 erkrankte eine 10-jährige Schülerin nach ihrer Rückreise aus Indien an den Masern. Aufgrund verschiedener Komplikationen musste sie in einem Paderborner Krankenhaus stationär behandelt werden. Dass in der Folgezeit Familienmitglieder erkrankten, die nicht geimpft waren, die Erkrankung auch vorher

nicht durchlaufen hatten, war zu erwarten. Wie sich später herausstellte, kam es neben diesem im engeren Sinne auf Familie und Schule begrenzten Herd zu 2 weiteren Ansteckungsherden, die von einem 20-jährigen Mann und einer 32-jährigen Frau ausgingen, wobei aber nicht alle Ansteckungswege sicher nachgewiesen werden konnten. Insgesamt erkrankten, labormäßig nachgewiesen, 10 Personen. Vermutlich kam eine 11. hinzu, über die wir allerdings keinen Labornachweis erhalten konnten.

Es wurden sofort eingehende Ermittlungs- und umfangreiche Schutzmaßnahmen im jeweiligen Umfeld der Erkrankten getroffen, wodurch eine größere Ausbreitung der Erkrankung verhindert werden konnte. Insbesondere wurde allen Kindern der Schule, in die die 17-jährige ging, ein Schulverbot erteilt, wenn sie keinen Impfschutz oder einen ausreichenden Antikörpertiter gegen Masern nachweisen konnten. Von 549 Schülern der Schule waren 13% nicht geimpft. Bei 25% fehlten bei der Kontrolle durch die Lehrer die Angaben (Impfbücher). 62% konnten einen Impf- bzw. Antikörperschutz nachweisen und durften dann sofort die Schule weiter besuchen. Bei etwa 60 Kindern stimmten die Eltern einer Impfung nicht zu.

In Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut (RKI) konnte nachgewiesen werden, dass alle an dem gleichen Masernvirusstamm erkrankt waren. Er hatte den Genotyp D8. Damit konnte epidemiologisch bewiesen werden, dass dieser Masernbruch von der 17-jährigen ungeimpften Reiserückkehrerin aus Indien verursacht wurde, die sich dort infiziert hatte.

Masernerkrankungen sind nicht ohne Grund bereits bei Verdacht nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtig. Schwere Krankheitsverläufe sind häufig. Gefürchtet sind Komplikationen wie z.B. Mittelohrentzündung, Lungenentzündung und vor allem die Masernenzephalitis (Gehirnentzündung). Sie kann nach wenigen Tagen bis zu 6 Monaten, aber auch nach einer langen, völlig beschwerdefreien Phase etwa 5 bis 8 Jahre später plötzlich auftreten. Diese besondere Form der Enzephalitis, die sogenannte subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE) ist nicht heilbar und führt zum heutigen Kenntnisstand immer zum Tod. Vor allem Säuglinge und Kleinkinder sind durch die schweren Krankheitsverläufe gefährdet, zumal die Impfung im Normalfall frühestens erst ab dem 11. Lebensmonat erfolgen kann.

Deshalb hat sich auch Deutschland dem WHO-Ziel verpflichtet, die Masern weltweit zu eliminieren. Im Vergleich zu vielen anderen europäischen Staaten, gibt es in Deutschland noch zu viele Masernfälle. Vor allem die zu großen Impflücken bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen stellen dabei das Hauptproblem dar. Menschen über 40 bis 50 Jahre haben meist auch ungeimpft eine Immunität, da sie die Erkrankung schon einmal durchlaufen haben.

Es gibt also viele Gründe, sich vor Masern zu schützen und sich impfen zu lassen. Man schützt damit nicht nur sich, sondern auch die, die ungeschützt sind, die sich nicht oder noch nicht impfen lassen können.

Um so erfreulicher ist es, dass wir im Kreis Paderborn im Rahmen der Einschulungsuntersuchung 2008 die für Kinder angestrebte vollständige

Durchimpfungsrate gegen Masern von 95% erreicht und 2009 mit 96% sogar überschritten haben. Mit dem Kreis Herford zusammen nehmen wir damit den Spitzenplatz in NRW ein.

Neue Grippe (Schweinegrippe) 2009

Am letzten Aprilwochenende 2009 wurde die Welt durch Meldungen über die Verbreitung eines neuen Grippevirus in Mexiko und in den USA aufgeschreckt. Dieses Virus wurde zunächst als Schweine- bzw. Mexikogrippe, später dann als Neue Influenza A/H1N1 bezeichnet. Die ersten deutschen Erkrankungsfälle wurden am 28.04.2009 bei Patienten in Bayern und Hamburg festgestellt. In Nordrhein-Westfalen wurden erstmals am 20.05.2009 Erkrankte positiv auf das neue Influenzavirus A/H1N1 getestet. Mit Stand 10. Dezember 2009 wurden der **Landesstelle für meldepflichtige Erkrankungen (LIGA NW)** knapp 37.000 Influenza A/H1N1-Infektionen von den Gesundheitsämtern übermittelt. Für ganz Deutschland registrierte das RKI bis 30.03.2010 insgesamt 226.075 Fälle. Insgesamt wurden bis zu diesem Zeitpunkt 252 Todesfälle im Zusammenhang mit der pandemischen Influenza gemeldet.

Im Kreis Paderborn wurde am 30.04.09 der erste positive Fall gemeldet. Bis zum 30.04.2010 wurden im Kreis Paderborn 706 Fälle gemeldet, davon 1 Todesfall. Die tatsächliche Zahl der von Mai 2009 bis März 2010 infizierten und erkrankten Menschen dürfte jedoch erheblich höher liegen. Vor allem dominierten anfangs aus dem Ausland importierte Infektionen, insbesondere aus den Touristenhochburgen Mallorca, Lloret de Mar und England. In Paderborn waren Infektionen bei den Soldaten der britischen Streitkräfte und ihren Angehörigen zu Beginn der Pandemie besonders mit zu berücksichtigen. Dabei war viel Abstimmungs- und Organisationsarbeit erforderlich. Das britische Management entsprach nicht immer dem deutschen, zumal sich die Neue Grippe in England bereits sehr viel stärker ausgebreitet hatte, was die Einschleppung nach Deutschland begünstigte.

Bis zum Ende der Sommerferien im August 2009 versuchten die Gesundheitsbehörden durch akribische Erfassung von Erkrankten und ihren Kontaktpersonen und mit abgestuften Isoliermaßnahmen die Ausbreitung der Erkrankung einzudämmen oder wenigstens zu verlangsamen. Zusätzlich wurden Hygienemaßnahmen zum Schutz vor der Ausbreitung der Erkrankung intensiv propagiert.

Im Herbst 2009 breitete sich die Erkrankung dann weltweit so massiv aus, dass dieses Management mit massivem Personaleinsatz der Gesundheitsbehörden, der medizinischen Einrichtungen und aller Gemeinschaftseinrichtungen nicht mehr durchgehalten werden konnte. Isolierungsmaßnahmen mussten dann nach dem Motto beschränkt werden: „Wer erkrankt ist, bleibt zu Hause. Alle anderen können arbeiten gehen, die Schule oder den Kindergarten besuchen etc.“. Dieser Strategiewechsel wurde dadurch erleichtert, dass die Erkrankung in den meisten Fällen weniger schwer als bei der üblichen saisonalen Grippe verlief, weit weniger schwer als ursprünglich befürchtet. Die meisten Erkrankten konnten zu Hause isoliert

und behandelt werden. Nur in Ausnahmefällen war bei Komplikationen die Behandlung in einem Krankenhaus erforderlich. Dennoch strömten viele Menschen in Arztpraxen und Krankenhäuser. Dem musste mit viel Kommunikations- und Informationsaufwand unsererseits entgegengewirkt werden.

Anders als die normale saisonale Grippe, die hauptsächlich ältere Menschen und ganz junge Kinder befällt, erkrankten an der neuen Grippe überwiegend Schulkinder und jüngere Erwachsene. Todesfälle traten besonders in der Altersgruppe der 35 bis 59-Jährigen auf.

Ab Oktober 2009 stand der Impfstoff Pandemrix zur Verfügung. Nach den Influenza-Pandemieplänen und den Empfehlungen der ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (RKI) wurde dieser Impfstoff über die Gesundheitsämter nach einem Prioritätenkatalog zunächst vorrangig Medizinpersonal, chronisch Kranken und Schwangeren zur Verfügung gestellt. Die Bereitschaft, sich impfen zu lassen, war in der Bevölkerung und auch beim Medizinpersonal aufgrund des leichten Verlaufes der Erkrankungen, den Diskussionen über die Notwendigkeit der Impfung und der Sicherheit des Impfstoffes sehr gering. Diese Tendenz wurde verschärft durch die Anschaffung eines anderen Impfstoffes für die Bundesbehörden und die Bundeswehr und dadurch, dass ein nicht mit Adjuvantien verstärkter Impfstoff für Schwangere erst im Dezember 2009 zur Verfügung gestellt werden konnte.

Erwachsene, die sich im Kreis Paderborn impfen lassen wollten, konnten sich zuletzt durch insgesamt 90 niedergelassene Ärzte impfen lassen. Dabei gab es erhebliche Probleme dadurch, dass der Impfstoff nur in 10-er Dosen zur Verfügung stand. Es mussten aus einer Ampulle 10 Dosen für 10 Erwachsene entnommen und sogleich verimpft werden. Da Kinder die halbe Impfdosis von Erwachsenen erhielten, mussten vor allem die Kinderärzte im Grunde 20 Kinder zu einem Impftermin einbestellen. Dies führte teilweise zu enormen Organisationsproblemen und trug gut nachvollziehbar zu Unverständnis und Unmut bei den Ärzten und Patienten bei. Erschwert wurde die Situation auch noch dadurch, dass der Impfstoff anfangs, entsprechend der Produktionsgeschwindigkeit bei den Pharmaunternehmen, über Monate nur in begrenzten Wochenrationen und über ein aufwändiges Bestellverfahren abgegeben werden konnte. Auch im Gesundheitsamt wurde geimpft, als es vor allem in den kinderärztlichen Praxen, nicht zuletzt aufgrund der schwierigen Impforgansisationslage, zu nicht mehr vertretbaren Zeitverzögerungen für die Kinder kam.

Nachuntersuchungen von Geimpften zeigten, dass der Impfstoff so wirksam war, dass man mit einer Impfdosis auskam und nicht, wie ursprünglich erwartet, zweimal impfen musste. Im Kreis Paderborn wurden durch die impfenden Ärzte insgesamt **24450 Impfstoffdosen** angefordert.

Nicht verbrauchte Impfstoffe durften bisher (Stand 02.06.10) noch nicht zurückgegeben werden. Es kann daher noch nicht genau angegeben werden, wie viel Impfstoffdosen tatsächlich verimpft wurden. Alle Bundesländer in Deutschland hatten ursprünglich 50 Millionen Dosen bestellt. Durch Nachverhandlungen konnte im Januar 2010 erreicht werden, dass nur 34 Millionen Dosen gekauft werden mussten. Seit Frühjahr 2010 wird bereits der Impfstoff gegen die saisonale Grippe 2010/2011 produziert. In diesem ist eine von den drei Impfstoffkomponenten gegen die Neue

Grippe A/H1N1 gerichtet. Seit Anfang 2010 erfolgt bezüglich der Pandemie eine weltweite Evaluierung der gesundheitspolitischen Entscheidungen und der getroffenen Maßnahmen.

Bei der saisonalen Grippe kennt man die zirkulierenden Viren gut, sie verändern sich stetig in nur geringem Maße, so dass der Impfstoff jährlich „nur“ angepasst werden muss. Daher existiert in der Bevölkerung eine gewisse Immunität. A/H1N1 ist dagegen ein neues Influenzavirus, das sich außerhalb der üblichen Grippesaison weltweit verbreitet hat und dessen weitere Entwicklung nicht absehbar war. Es existierte daher keine oder lediglich eine beschränkt Immunität in der Bevölkerung. Schwere Verläufe und Todesfälle traten vor allem bei jüngeren Menschen und auch bei Schwangeren auf.

Dies war die Ausgangslage, auf der relevante gesundheitspolitische Entscheidungen getroffen werden mussten, um die Bevölkerung auf ein potentiell gefährliches Virus vorzubereiten. Es war in dieser Situation aus virologischer Sicht geboten, Vorräte an Impfstoffen und viralen Medikamenten anlegen zu lassen. Die Industrie hat die Leistungsfähigkeit bewiesen, in kürzester Zeit, auf der Basis von Musterimpfstoffen, effiziente Impfstoffe in erheblicher Menge bei weltweiter Nachfrage zur Verfügung zu stellen. Das letztlich eine einzige statt zwei Impfdosen pro Person gegen A/H1N1 ausreichte, war zum Zeitpunkt der Sonderbestellung durch die Regierung noch nicht abzusehen. Hätte Deutschland keine Pandemie Vorbereitung getroffen und wären die Erkrankungen schwerer verlaufen, stünde nun der Vorwurf von Fahrlässigkeit im Raum. Dabei ist natürlich zu überprüfen, ob die Verträge zwischen Herstellern und Bundesländern angemessen waren.

Die zahlreichen Informations- und Kommunikationsspannen während der Pandemie müssen aufgearbeitet werden. Die weltweiten Pandemiepläne müssen künftig wesentlich flexibler auf Änderungen der Krankheitsschwere und die Ausbreitungsgeschwindigkeit einer Infektion reagieren können. Bei einer schweren Pandemie wäre eine derart geringe Durchimpfungsrate beim Medizinpersonal, wie im Fall der Neuen Grippe, nicht hinnehmbar, da sonst das Gesundheitswesen unnötig früh kollabieren würde. Das sind Erfahrungen, die jetzt weltweit aufgearbeitet werden müssen.

Die Bewältigung der neuen Grippe stellte für das Gesundheitsamt eine enorme Herausforderung und Belastung dar. Es mussten in einem großen Maße völlig neue Wege für Lösungen gefunden, begangen und immer wieder an die sich prozeßhaft verändernden Situationen angepasst werden. Der **Kommunikation** mit den beteiligten Fachleuten, Behörden, der Öffentlichkeit, der Presse und den Erkrankten bzw. Ansteckungsverdächtigen kam dabei eine **Schlüsselrolle** zu.

Erschwerend kam hinzu, dass neben der Pandemiearbeit der normale Dienstbetrieb weiterlaufen musste. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Wesentlichen mit der Pandemie befasst waren, kamen über die Monate hin an die Grenzen ihrer Belastbarkeit, zumal eine ständige Rufbereitschaft galt und der diensthabende Arzt auch nachts oft stundenlang zum Einsatz kam. Es entstanden so von April bis Dezember 2009 hunderte von Überstunden, die in dieser Phase nicht ausgeglichen werden konnten.

Dennoch konnten wir im Wesentlichen unsere Dienstaufgaben unter diesen ungewöhnlichen Bedingungen bewältigen. Sicher werden die Erfahrungen, die wir während dieser relativ glimpflich verlaufenden Pandemie gewonnen haben, sehr gut für eine schwere Pandemie nutzen, mit der wir weiterhin rechnen müssen.

Multiresistente Krankheitserreger

Mit Beginn 01.05.2010 haben die sechs Kreise in Ostwestfalen-Lippe (Paderborn, Höxter, Lippe, Gütersloh, Minden-Lübbecke und Herford) und die Stadt Bielefeld mit Frau Prof. Dr. Hornberg von der Universität Bielefeld **eine Kooperationsvereinbarung über ein regionales Netzwerk gegen multiresistente Erreger wie MRSA** abgeschlossen.

MRSA steht für Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus. Diese und einige andere Bakterien entwickeln zunehmend Mehrfachresistenzen gegenüber verschiedenen Antibiotika, weshalb sie auch als multiresistent bezeichnet werden. MRSA ist weltweit verbreitet und für den gesunden Mensch im Grunde ungefährlich. Problematisch ist das Vorkommen jedoch bei immungeschwächten und multimorbiden Patienten. Hauptreservoir für MRSA ist der Mensch, bei dem er als Hautkeim vorkommt. Besonders häufig sind Patienten im Krankenhaus und Bewohner in Alten- und Pflegeheimen betroffen. Der Erreger siedelt sich vorrangig im Nasen-Rachen-Raum an, kommt aber auch in anderen Haut- und Schleimhautbereichen vor. Betroffen sind vor allem Hautfalten, z. B. in der Leiste, unter den Brüsten, in den Achselhöhlen, auf der Kopfhaut, an der Stirnhaargrenze sowie im Dammbereich.

Die Besiedlung mit dem Keim ist für gesunde Menschen ungefährlich. Erst wenn der Keim in die Haut eindringt, es beispielsweise zu einer Besiedlung von Wunden oder offenen Hautstellen kommt, kann es zu schweren Verläufen und Komplikationen wie einer Lungenentzündung, Harnwegsinfektionen oder einer Blutvergiftung kommen. Diese sind dann vielfach mit Antibiotika nur schwer oder gar nicht zu therapieren. Aufgrund ihrer wachsenden Verbreitung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, stellen multiresistente Erreger (**MRE**) mittlerweile ein ernsthaftes krankenhaushygisches Problem weltweit dar.

Antibiotikaresistente Erreger gewinnen aber auch in der ambulanten Behandlung von Patienten zunehmend an Bedeutung. Zu den Ursachen der weltweiten Verbreitung gehören die unsachgemäße Verschreibung von Antibiotika, die ungenügende Beachtung einfacher Desinfektionsempfehlungen und der Einsatz von Antibiotika in der Tiermast. Das regionale Netzwerk „**mrssa-owl.net**“ wurde aufgrund von positiven Erfahrungen in dem **Euregio-Modellnetzwerk Münster/Twente** gebildet, um gemeinsame Strategien zur Vorbeugung zu entwickeln und umzusetzen.

Es werden Informationen für alle Mitarbeiter im Gesundheitswesen und für die Öffentlichkeit angeboten. Schwerpunkte sind dabei Informationen auf der o. g. Internetseite und jährliche Fortbildungen für Mitarbeiter des Gesundheitswesens. Die Webseite (**www.mrssa-owl.net**) informiert über die Aktivitäten des Netzwerks und gibt Fachkräften im Gesundheitswesen Handlungsempfehlungen zur Vermeidung einer Übertragung und für Maßnahmen im Falle einer Infektion. Darüber hinaus finden auch Bürger und Patienten Informationen zu multiresistenten Erregern. Sie erfahren, wie sie sich vor einer Ansteckung schützen können und was zu tun ist, wenn ein Angehöriger erkrankt ist.

Brechdurchfall durch Noroviren

In den letzten 3 Jahren haben bundesweit gehäufte Ausbrüche an Norovirus-Erkrankungen (akute Brechdurchfälle) in Pflegeheimen und Krankenhäusern intensive Bekämpfungsmaßnahmen erfordert. Dabei müssen besonders aufwändige und teure Hygiene- und Isolierungsmaßnahmen umgesetzt werden. Dies führt zu erheblichen zusätzlichen Belastungen für die Betroffenen in den Einrichtungen, die dort tätigen Mitarbeiter/-innen, die Angehörigen und den Mitarbeiter/-innen unserer Hygieneabteilung.

Experten gehen davon aus, dass für die steigende Zahl der Erkrankungsfälle eine besonders ansteckende Norovirus-Variante verantwortlich ist, die in den letzten 3 Jahren im Vordergrund steht. Spezielle antivirale Medikamente oder Impfungen gegen Noroviren stehen derzeit nicht zur Verfügung.

2008 wurden uns 742 und 2009 439 Noroviruserkrankungen gemeldet, wobei die Dunkelziffer mehr als zehnfach höher liegen dürfte.

Spezielle Fortbildungsveranstaltungen

In Kooperation mit dem Berufsverband der Hygieneinspektoren des Landes NRW e.V. fand am 23.10.2008 und am 10./11.11.2009 im Westfalenhof für die Mitarbeiter in Einrichtungen des Gesundheitswesens, insbesondere in Einrichtungen der Altenpflege, eine ein- bzw. zweitägige Fachtagung mit Vorträgen zur Vorbeugung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten statt, an der jeweils etwa 120 Personen teilnahmen. Diese Veranstaltungen waren und sind für die Weiterentwicklung der Hygiene in der Region von erheblicher Bedeutung. .

Personelle Besetzung

Personell war die Arbeitsgruppe 2009 mit einem Gesundheitsingenieur, vier Hygienekontrolleuren/innen und einer Arzthelferin besetzt. Die fünfte Hygienekontrolleursstelle konnte wegen Krankheitsausfällen und kurzfristiger Rückorientierung eines neuen Mitarbeiters zurück an seinen Heimatort, nur wenige Wochen zu Anfang des Jahres besetzt werden. Für 2010 konnte ein neuer Mitarbeiter gewonnen werden. Die Leitungsaufgaben und ärztlichen Aufgaben in diesem Bereich werden vom stellvertretenden und vom leitenden Amtsarzt neben ihren anderen Aufgaben wahrgenommen.

4.1. TBC-Überwachung

Clemens Franke, Ursula Salmen

Die Tuberkulose stellt eine infektiöse chronische Erkrankung dar, die sowohl die Lunge als auch andere Organe befällt.

In Deutschland sind seit dem Ende des zweiten Weltkrieges Tuberkuloseerkrankungen stetig gesunken. Dieser Rückgang der Erkrankungszahlen fällt regional und bezogen auf Bevölkerungsgruppen, insbesondere Migrationshintergrund, unterschiedlich aus. Nach Angaben des Robert Koch Instituts lag die Anzahl der Tuberkuloseerkrankungen im Jahr 2008 bei 4.543. In NRW erkrankten 2008 1.146 Personen an Tuberkulose. (Statistik über das Jahr 2009 liegt noch nicht vor)

In Deutschland sind Erkrankungen an behandlungsbedürftiger Tuberkulose nach § 9 ÖGDG und §§ 6, 7 und 16 Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtig. Auf der Grundlage des § 19 IfSG bietet das Gesundheitsamt Beratungen und Untersuchungen an oder stellt diese in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen sicher.

Das Gesundheitsamt nimmt deshalb Kontakt zu der erkrankten Person, deren Angehörigen bzw. Ärzten, weiteren Kontaktpersonen und, falls erforderlich, zum Arbeitsplatz, Altenheim oder Krankenhaus auf (Umgebungsuntersuchung). Die erkrankte Person muss im Interesse der Allgemeinheit bestimmte Untersuchungen dulden, eine konsequente Behandlung durchführen und Auskunft über die persönlichen und beruflichen Kontakte erteilen, damit die notwendige Umgebungsuntersuchung eingeleitet werden kann.

Die Patienten und ratsuchenden Angehörigen werden im Zusammenhang mit dem Krankheitsgeschehen in persönlichen Gesprächen beraten und über die Art der Erkrankung und die damit verbundenen erforderlichen Maßnahmen informiert.

Seit 2009 steht dem Gesundheitsamt für die Durchführung der Umgebungsuntersuchung, neben dem Tuberkulinhauttest und der Röntgenkontrolle der Lunge, ein weiterer Test zur Verfügung. Es handelt sich um einen spezifischen Lymphozytentransformationstest (T-Spot TB-Test), der im Gegensatz zum Tuberkulinhauttest auch bei BCG-geimpften Personen angewendet werden kann.

2009 wurden dem Gesundheitsamt **21 Neuerkrankungen** an Tuberkulose durch Ärzte, Kliniken, Labore gemeldet (2008: 28, 2007: 32). 20 Personen waren an Lungentuberkulose und 1 Person an extrapulmonaler Tuberkulose (Lymphknotentuberkulose) erkrankt. Ein Kind erkrankte nach engem Kontakt zur an kulturell offener Lungentuberkulose erkrankten Schwester.

In 10 Fällen (2008: 8) wurden erforderliche Umgebungsuntersuchungen im privaten und beruflichen Umfeld der Patienten durchgeführt.

Im Rahmen der Durchführung der Umgebungsuntersuchung wurden 2009 129 Röntgenaufnahmen der Lunge im St. Vincenz-Krankenhaus Paderborn für das Gesundheitsamt angefertigt und vom Lungenfacharzt am Gesundheitsamt beurteilt

(2008: 151). Es wurden 2009 auch 154 Tuberkulinhauttests im Labor des Gesundheitsamtes angelegt und abgelesen (2008: 188). Außerdem erfolgten 2009 4 Blutentnahmen für den T-Spot TB-Test.

2009 befanden sich 70 Patienten – nach abgeschlossener medikamentöser Behandlung – in Überwachung des Gesundheitsamtes (2008: 69). Nach § 29 IfSG muss sich der Kranke einer Beobachtung unterwerfen. D. h., der gesamte Therapieverlauf, der in der Regel bis zu einem halben Jahr dauert, wird überwacht. Über weitere Jahre werden diese Personen, je nach Befund, weiter überwacht. Es wird dabei geschaut, ob die TBC wieder aktiv geworden ist und erneut behandelt werden müsste. Selbst nach optimaler Behandlung kann sie wieder aktiv werden, insbesondere wenn die Abwehrkräfte des Körpers stark reduziert sind. Im Jahr 2009 nahmen 20 Patienten diese Überwachungsmöglichkeit der Röntgenkontrolle der Lunge im St. Vincenz-Krankenhaus Paderborn mit anschließender Beurteilung der Aufnahmen durch den Lungenfacharzt im Gesundheitsamt wahr (2008: 30).

50 Patienten stellten sich zur Nachsorge in der Ambulanz einer Klinik oder bei ihrem behandelnden Facharzt vor (2008: 29). Behandlungsberichte dieser Patienten wurden angefordert und entsprechend bei der weiteren Verlaufsbeobachtung berücksichtigt.

Personelle Besetzung

- 1 Lungenfacharzt auf Honorarbasis, der wöchentlich zur Tuberkulose-Sprechstunde ins Gesundheitsamt kommt
- 1 Verwaltungsangestellte mit 19.30 Stunden

4.2 AIDS-Beratungsstelle und Testberatung

Bernd Bielefeld

Die AIDS-Arbeit im Kreis Paderborn wird im Wesentlichen durch zwei Beratungsstellen geleistet.

Dies ist die AIDS-Hilfe-Paderborn e. V. und die Beratungsstelle in Fragen zu AIDS und Testberatung im Gesundheitsamt des Kreises Paderborn. Rechtsgrundlage ist § 15 ÖGDG NRW: „Die untere Gesundheitsbehörde wirkt mit an der AIDS-Aufklärung der Bevölkerung, insbesondere gefährdeter Bevölkerungsgruppen, und an der Beratung infizierter und erkrankter Personen sowie deren Angehörigen. Ratsuchenden werden anonyme HIV-Untersuchungen angeboten.“

Die Beratungsstelle in Fragen zu AIDS und Testberatung wurde etwa zeitgleich mit der Gründung der AIDS-Hilfe Paderborn e. V. eingerichtet. Im Zuge eines Leistungsvertrages mit der AIDS-Hilfe Paderborn und der Arbeitsaufteilung konzentrierte und spezialisierte sich das Angebot der Beratungsstelle im Gesundheitsamt, bei zeitlicher Einschränkung auf ca. 14,5 Stunden wöchentlich, auf die Beratung von Personen mit Fragen zu AIDS allgemein, besonders aber auch zum Test selbst und seinen Durchführungskriterien.

Die Blutentnahme für den Test erfolgt im Gesundheitsamt. Die Blutuntersuchung wird in einem auswärtigen Labor durchgeführt.

Die eigentlichen Kosten der Testauswertung werden durch das Land Nordrhein-Westfalen getragen. **Der Test ist für alle kostenfrei.**

Einzelne Sachverhalte und Fakten auf einem Blick:

Hier werden die Zahlen von 2008 und 2009 immer hintereinander aufgeführt und durch „**bzw.**“ getrennt. Mit 2008 wird begonnen.

- Die Beratung erfolgt im Wesentlichen persönlich aber auch telefonisch.
- Die Beratung erfolgt grundsätzlich anonym.
- In **296 bzw. 351** Fällen fand eine **persönliche Beratung** statt.
- Das Geschlechtsverhältnis ist ca. 1,2m:1w bzw. 1m:1w.
- Bei 103 bzw. 146 Frauen und 126 bzw. 136 Männern wurde im Anschluss an die Beratung ein HIV-Test durchgeführt (insgesamt **229 bzw. 282 Teste**).
- Im Jahr 2008 wurde kein positives Testergebnis mitgeteilt.
- **Im Jahr 2009 wurde zwei Männern eine HIV-Infektion** erstmals mitgeteilt.

- Ca. 19 bzw. 21 % der Klientel setzt sich aus Männern, die ausschließlich oder gelegentlich mit Männern Sex haben, zusammen. Leicht ansteigend ist der Anteil recht junger Männer.
- Ca. 5% bzw. 6 % der Frauen geben an, dass sie ausschließlich oder gelegentlich auch mit Frauen Sex haben.
- Nur in einigen Beratungsgesprächen ca. 2% bzw. 2% ist zu vermuten, dass der Anlass zum Test in intravenöser Drogenabhängigkeit liegt.
- Im Berichtszeitraum 2009 fiel auf, dass vermehrt Menschen mit einer seelischen Beeinträchtigung die Beratungsstelle aufsuchten, um sich nach vermuteten Risiken ausführlicher beraten und auch testen zu lassen.

Die Beratung hat zusammengefasst im Wesentlichen folgende Inhalte:

1. Bei vermuteter Unsicherheit nach eigener Untreue oder nach Untreue des Partners (Seitensprung):

- Wie kann durch den Test Sicherheit erlangt werden?
- Sage ich es – oder wie sage ich es dem Partner/Partnerin?
- Chance zum Blick auf evtl. gestörte Aspekte der Beziehung.
- Was habe ich durch den Seitensprung erfahren?
- Wie kann ich diese Erfahrung zur konstruktiven Änderung der Beziehung nutzen?
- Safer Sex

Die Anzahl derer, die eine HIV- Beratung nach „Seitensprung“ als Ausdruck einer belasteten Beziehung wünschen, hat im Berichtszeitraum 2008/2009 zugenommen.

2. Bei Testwunsch nach beendeter Partnerschaft oder vor neuer Partnerschaft:.

- Infos zum Test (Wartefrist „Was kann der Test aussagen?“)
- Infektionsschutz.
- Wie bringe ich dem Partner den Testwunsch nahe?

3. Bei Unsicherheiten in der sexuellen Ausrichtung:

- Bin ich schlecht, weil ich homosexuelle Anteile lebe?
- Sage ich oder wie sage ich es dem Partner/Partnerin?

- Frage nach speziellen Beratungsstellen für bisexuelle Männer (z. B. RUBIKON in Köln).
 - Infektionsschutz.
 - Vermittlung weiterer Beratung z. B. Psychologe, Sexualpädagoge etc.
4. Bei Unsicherheit, wenn bekannt wurde, dass der aktuelle oder ehemalige Partner HIV-positiv ist:
- Safer Sex.
 - Testangebot.
 - Evtl. schnelle Abklärung, weil bereits ein relevanter HIV-Test gemacht wurde.
 - (z. B. Frauenarzt etc.)
5. Bei Sextouristen nach bzw. vor dem Urlaub:
- Safer Sex.
 - Test
6. Anbindung an medizinische Behandlungszentren und HIV- erfahrene Ärzte

Die telefonische Beratung bezieht sich überwiegend auf Fragen zum HIV-Test und dessen Durchführung. In den obigen Punkten 1 – 5 sind nur die wesentlichen Beratungsthemen und Aspekte aufgeführt. Sie sollen einen Einblick in die Vielfalt der Problemfelder von Klienten geben, die die Beratungsstelle aufsuchen bzw. in Anspruch nehmen.

Aus diesem Grunde ist es gerade auch für homosexuelle Männer wichtig, außerhalb der AIDS-Hilfe Paderborn eine alternative Beratungsstelle zu haben. Dies nicht zuletzt deswegen, weil die AIDS-Hilfe, gemäß ihres Selbstverständnisses, auch Sozialraum für homosexuelle Männer ist. Einigen fällt es aber schwer, sich in seinem sozialen Umfeld als „Problemträger“ preiszugeben.

HIV-Schnelltest

Seit Anfang 2009 wird in besonderen Situationen auch ein Schnelltest zum Selbstkostenpreis von 6,00€ angeboten, der zusätzlich zum Routinetest durchgeführt wird. Auch dieser Test ist ein Antikörper-Suchtest und erfordert eine Wartezeit von 12 Wochen nach dem letzten riskanten Kontakt. Er führt aber innerhalb von ca. 20 Min. zu einem Ergebnis. Bei einem guten Ergebnis (Testergebnis negativ) ist für den Klienten die Sache damit ausgestanden. Im

Rahmen von Qualitätssicherung und für den Fall, dass der Schnelltest nicht gut (Testergebnis positiv) ausfällt, wird immer noch zusätzlich das Routine-Testprocedere durchgeführt.

Hier genau liegt auch die besondere Problematik des Schnelltestes, der, wie auch die üblichen HIV-Tests, sehr sensitiv, nicht aber gleichermaßen spezifisch ist. Der Routinetest wird in dem untersuchenden Labor bei positivem Ausfall unter Zuhilfenahme zusätzlicher Tests bestätigt oder verworfen. Erst dann bekommt die Beratungsstelle das Ergebnis zugeschickt und teilt es der Klientin oder dem Klienten mit.

Bei positivem Ausfall des Schnelltestes, wird das Ergebnis unter dem Vorbehalt der Notwendigkeit weiterer Tests mitgeteilt. In einer solchen Situation ist die Wartezeit bis zur Eröffnung eines endgültigen Ergebnisses besonders belastend. Aus diesem Grund wird der Schnelltest in der Regel nur Menschen empfohlen, die zwar keine besondere Risikoanamnese aufweisen, denen aber auf Grund ihrer persönlichen Voraussetzungen eine Wartezeit von mehreren Tagen kaum oder gar nicht zugemutet werden kann.

Dieser Test wird in der Regel dankbar angenommen. Die Klientinnen und Klienten haben stets mit sehr großer Erleichterung auf das sehr zeitnah mitgeteilte Ergebnis reagiert. Etwa 70% dieser Menschen kommen aber auch noch einmal um das schriftliche Ergebnis des Routinetestes einzusehen. Bis jetzt wurde kein positiver Ergebnis durch einen Schnelltest ermittelt.

Zwischenzeitlich werden auf Landesebene, gefördert durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, Erfahrungen mit dem Angebot eines Schnelltestes in den diesbezüglich aktiven Gesundheitsämtern gesammelt.

Personelle Besetzung:

1 Dipl.-Sozialpädagoge mit 14,5 Stunden/Woche.

4.3 Impfberatung, Reisemedizin und Gelbfieberimpfstelle

Dr. Ernst-Birger Bolle

Zweimal pro Woche, montags und donnerstags von 15.00 – 16.00 Uhr, erfolgt eine telefonische Impfberatung zu allen Impfungen der Bürgerinnen und Bürger einschließlich der Fragen zum Impfschutz bei Auslandsreisen. Das Gesundheitsamt des Kreises Paderborn ist eine zugelassene Gelbfieberimpfstelle und führt jährlich ca. 180 – 200 Gelbfieberimpfungen und 500 - 600 Impfberatungen durch. Während der Hochzeit der Influenza-Pandemie musste dieser Service auf niedergelassene Ärzte verlagert werden. Es gibt im Kreis Paderborn zwei niedergelassene Ärzte, die die Zulassung als Gelbfieberimpfstelle haben. Seit Feb. 2010 werden die Beratungen und Impfungen im Gesundheitsamt wieder durchgeführt. In Einzelfällen erfolgt persönliche Beratung im Gesundheitsamt nach Terminabsprache.

5. KINDER- UND JUGENDÄRZTLICHER DIENST

Dr. Anette Hollmann

Kinder sind Zukunft: In ihre Entwicklung muss deshalb frühzeitig und ausreichend investiert werden. „Maßgabe dabei sollte trotz problematischer finanzieller Ressourcen nicht nur das Machbare sein, sondern das Optimale“, heißt es im Zukunftsprogramm Jugend und Familie des Kreises Paderborn.

„Prävention von Kindesbeinen an – Weichen stellen in eine gesunde Zukunft“ ist deshalb auch das Leitziel des Gesundheitsamtes mit seinem kinder- und jugendärztlichen Dienst. Wir sind bestrebt, Gesundheitsstörungen zu einem möglichst frühen und optimalen Zeitpunkt zu erkennen und rechtzeitig gegenzusteuern, damit unsere Kinder das bekommen, was sie verdienen: Den bestmöglichen Start in eine gesunde Zukunft.

5.1 Einschulungsuntersuchung 2008 und 2009

Wie in den vorangegangenen Jahren führte der kinder- und jugendärztliche Dienst die gesetzlich vorgeschriebene Einschulungsuntersuchung (ESU) gemäß § 12 II 3 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) in Verbindung mit § 54 Schulgesetz NRW (SchulG) aller Kinder durch.

Neben einer optimalen individualmedizinischen Versorgung der Kinder - d.h. der Feststellung der Schulfähigkeit aus medizinischer Sicht unter Berücksichtigung der Bereiche der körperlichen Funktionen, einschließlich der gesamten Entwicklung, der psychischen und seelischen Gesundheit sowie der psychosozialen Lebensumstände - ist auch die Erfassung des allgemeinen Gesundheits- und Entwicklungsstandes aller Schulanfänger zu epidemiologischen Zwecken Ziel der Schuleingangsuntersuchung. So erhebt das Gesundheitsamt Gesundheitsdaten des gesamten Einschulungsjahrganges.

Der Untersuchungsgang ist NRW-weit nach dem Bielefelder-Modell inklusive S-ENS (Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen) standardisiert und findet für alle Kinder im Gesundheitsamt statt. Die Untersuchungszeit beträgt etwa 40 Minuten. Alle Untersuchungen werden jeweils von Teams, bestehend aus einer Arzthelferin und einer Ärztin, schulweise durchgeführt. Für den Einschulungsjahrgang 2009 standen während dieser Untersuchungsphase zwar 5 Teams zur Verfügung, von denen aber ab Februar 2009 2 Teams aufgrund von Krankheit und Erziehungsurlaub nur begrenzt eingesetzt werden konnten (2008: 4 ¾ Teams).

Die Auswertung der Schuleingangsuntersuchung erfolgt schuljahrsbezogen. Es werden hier die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 2009/2010 (im Vergleich mit den beiden Vorjahren) vorgestellt. Die Untersuchungen dazu begannen im November 2008 und endeten im April 2009 (2008: November 2007 bis Juni 2008).

Zur gesetzlich vorgeschriebenen Schuleingangsuntersuchung erhalten die Erziehungsberechtigten eine schriftliche Einladung und werden gebeten, zu diesem Termin das „gelbe Vorsorgeheft“ vorzulegen, sowie den Impfausweis und den

beigelegten Anamnesefragebogen ausgefüllt mitzubringen. Die erfasste Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen zeigt eine hohe Inanspruchnahme in den ersten Lebensjahren und einen deutlichen Rückgang bei der U 9 (60. bis 64. Lebensmonat). Die ebenfalls vorgelegten Impfausweise werden auf Vollständigkeit überprüft, fehlende Impfungen werden besprochen und schriftliche Impfempfehlungen den Eltern mitgegeben.

Schwerpunkte der Untersuchung sind:

- Erhebung der gesundheitlichen Vorgeschichte.
- Überprüfung des Impfstatus anhand des Impfausweises.
- Untersuchung des Seh- und Hörvermögens.
- Ermittlung des allgemeinen Entwicklungsstandes nach anerkannt kindgemäßen Testverfahren mit der Überprüfung der Sprachentwicklung, der motorischen Entwicklung, der Wahrnehmungsfähigkeiten.
- Körperliche Untersuchung.
- Beurteilung des Verhaltens.

Das Gesamtergebnis der schulärztlichen Untersuchung und mögliche Auswirkungen auf die Beschulung des Kindes werden mit den Erziehungsberechtigten besprochen und an die zuständige Grundschule weitergegeben. Ebenso werden Fördermöglichkeiten besprochen.

Die Schuleingangsuntersuchung **2009** wurde von November 2008 bis April 2009 durchgeführt: Es wurden dabei **3202** Kinder untersucht. Die Zustimmung zur Dateneingabe wurde bei **3128** Kindern gegeben, die bei den folgenden Auswertungen als 100 % zu Grunde gelegt wurden.

Die Schuleingangsuntersuchung **2008** wurde von November 2007 bis Juni 2008 durchgeführt. Es wurden dabei **3052** Kinder untersucht. Die Zustimmung zur Dateneingabe wurde bei **2996** Kindern gegeben, die bei den folgenden Auswertungen als 100 % zu Grunde gelegt wurden.

Auf den folgenden Seiten stellen wir Ihnen die Ergebnisse dieser Untersuchungen in Form von übersichtlichen Graphiken dar:

**Abbildung 1: Gesamtzahl der Kinder nach Geschlecht
Vergleich der Jahrgänge 2007 / 2008 / 2009**

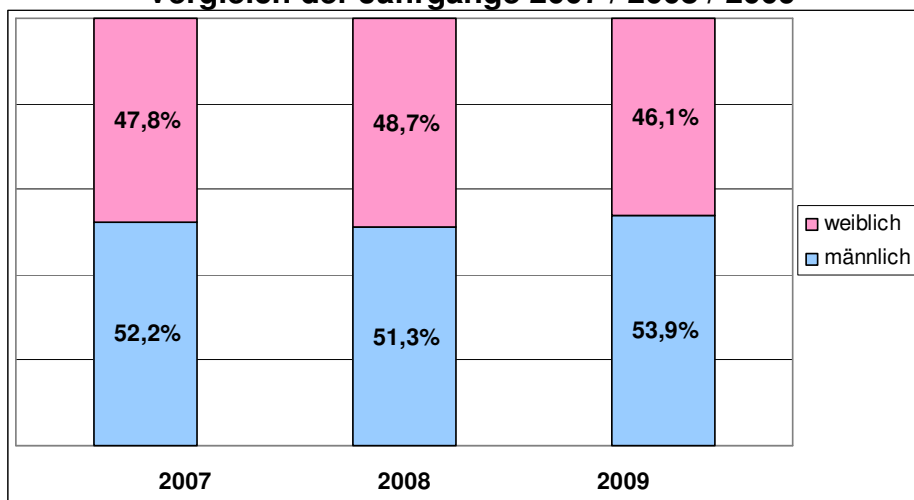


Abbildung 2: Anteil der Kinder mit und ohne Migrationshintergrund, der definitionsgemäß durch das Geburtsland der Mutter bestimmt wird. Vergleich der Jahrgänge 2007, 2008 und 2009

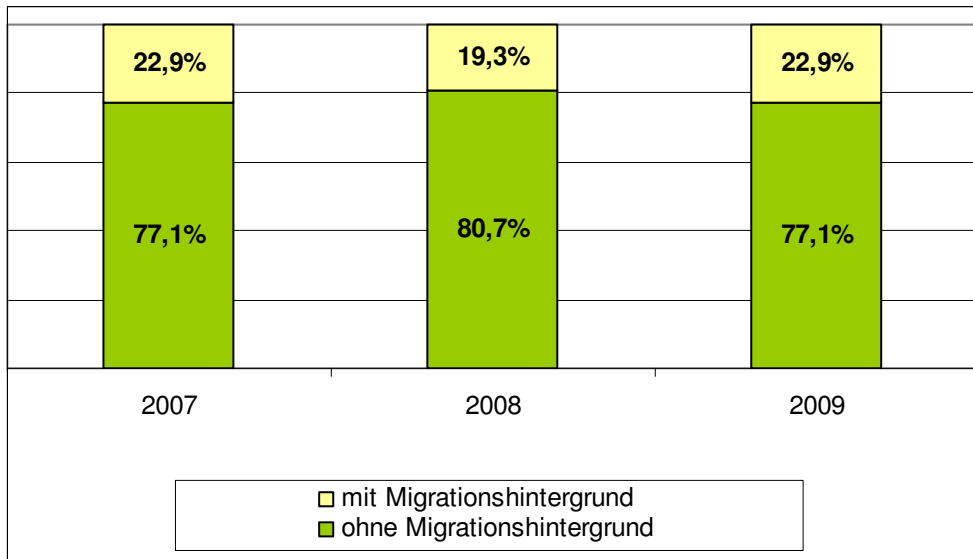


Abbildung 3: In und nicht in Deutschland geborene Kinder. Vergleich der Jahrgänge 2007, 2008 und 2009

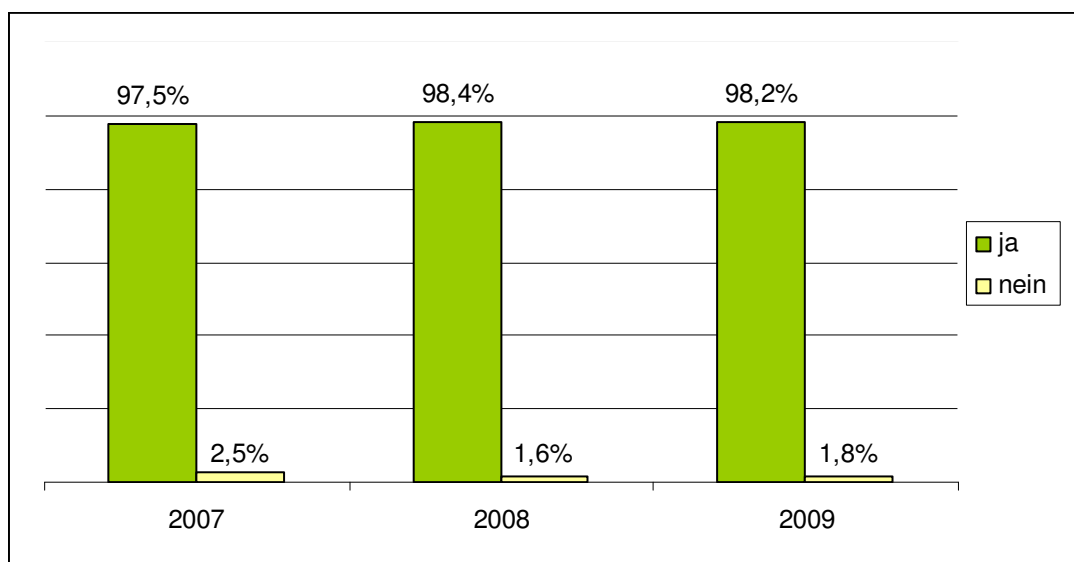
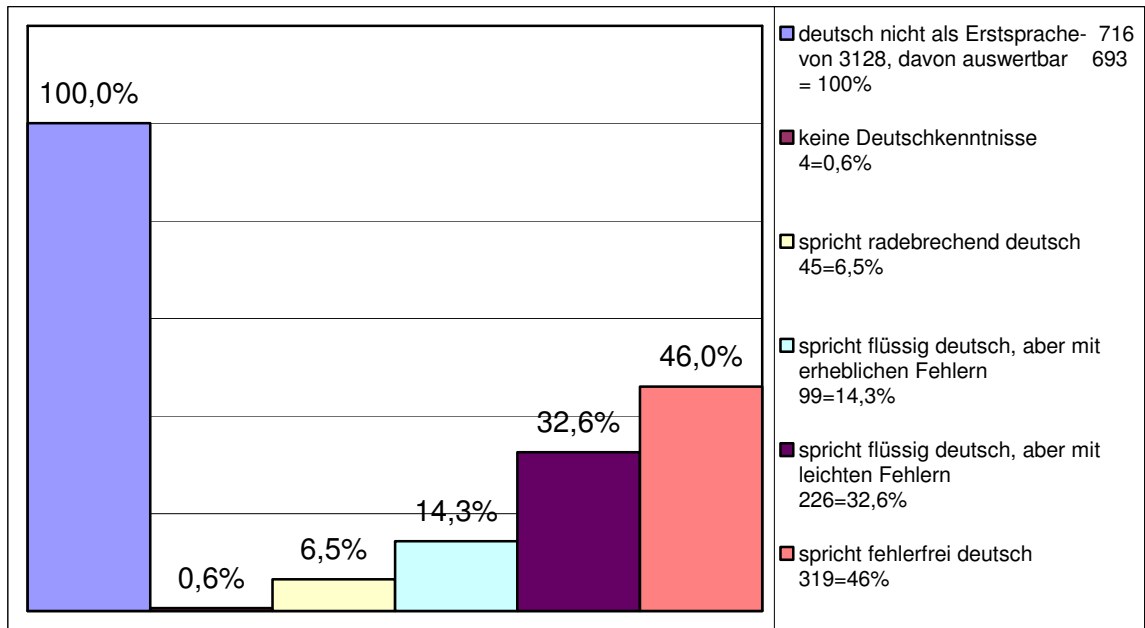


Abbildung 4: Deutschkenntnisse der Kinder, mit denen zu Hause in den ersten 4 Lebensjahren nicht überwiegend deutsch gesprochen wurde im Jahr 2009.



Von den 2009 insgesamt 3128 Kindern waren nur 56 Kinder nicht in Deutschland geboren worden. Jedoch sprachen 716 Kinder deutsch nicht als Erstsprache. Von diesen 716 Fällen konnten nur 693 Untersuchungen ausgewertet werden, weil Kinder die Mitarbeit verweigerten oder eine Verständigung in deutschere Sprache mit ihnen nicht möglich war.

46 % - d.h. 319 von 693 Kindern- spricht fehlerfrei deutsch. Hier zeigt sich ein deutlicher Anstieg gegenüber den Vorjahren, der durch die 2007 erstmals stattfindende Sprachförderung begründet sein könnte. Da die Sprache der Schlüssel zu allen Lebensbereichen ist, müssen noch weitere Anstrengungen zur **Sprachförderung und Integration** unternommen werden.

Abbildung 4a: Zum Vergleich die Jahre 2007, 2008 und 2009

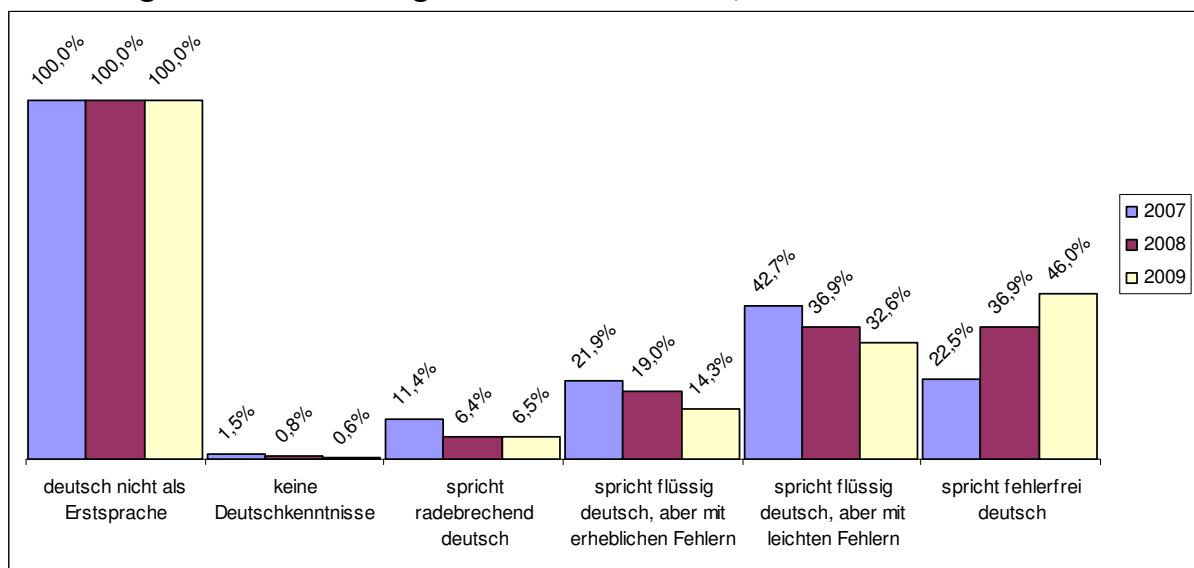
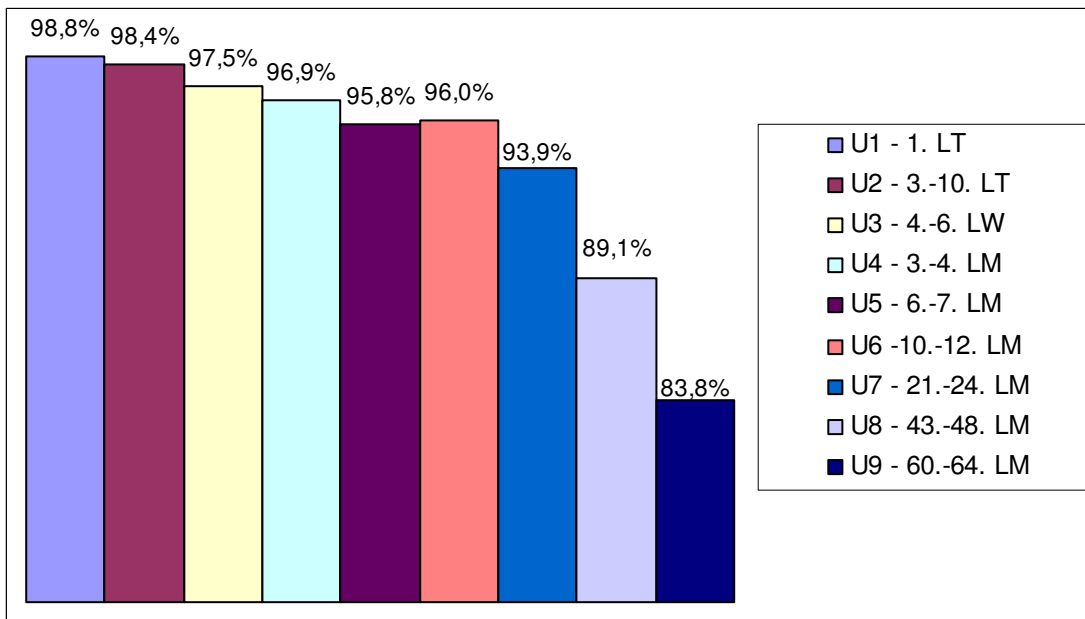


Abbildung 5: Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2009



Die Teilnahmeghäufigkeit von der U1 bis zur U9 ist deutlich rückläufig. Auffallend ist auch der "Bruch" zwischen der U 7 und U 8. Bis zur U 7 werden die Untersuchungen recht gut wahrgenommen, danach sinkt die Bereitschaft deutlich. Hier muss sicherlich verstärkt geworben bzw. die Eltern über die Bedeutung der Untersuchung aufgeklärt werden.

Abbildung 5 a: Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen. Zum Vergleich 2007, 2008 und 2009

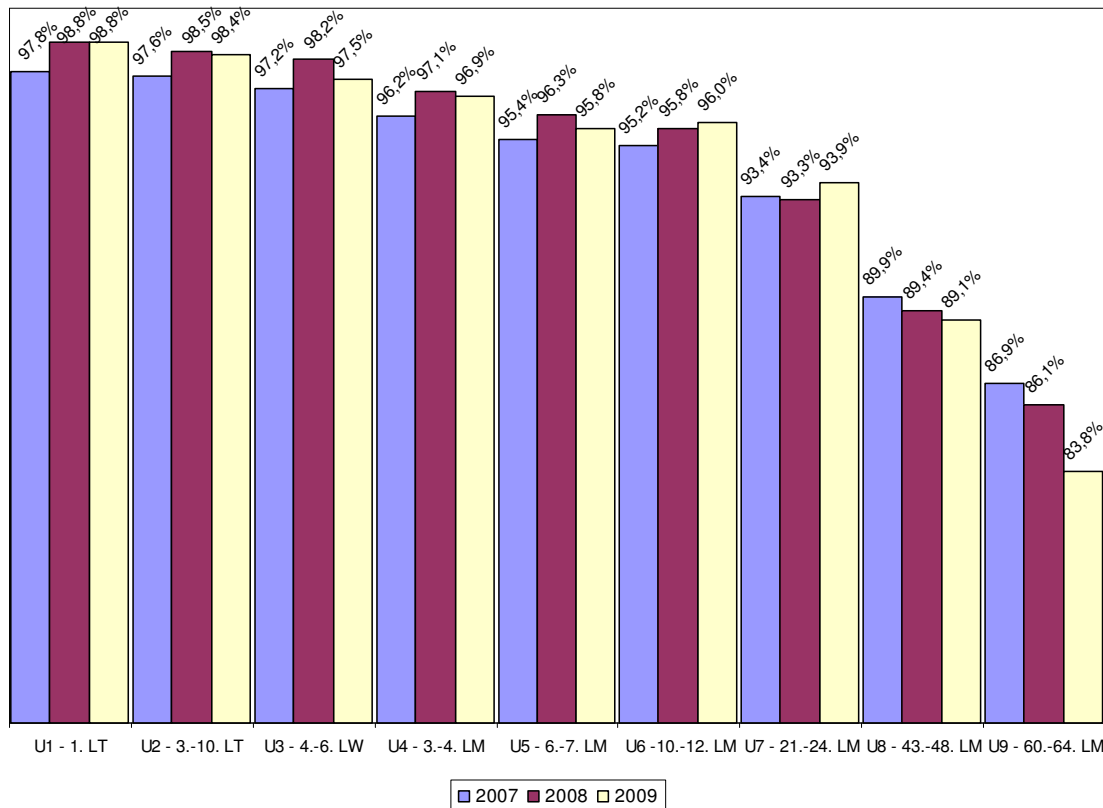


Abbildung 5 b: Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen von Kindern ohne Migrationshintergrund im Jahr 2009.

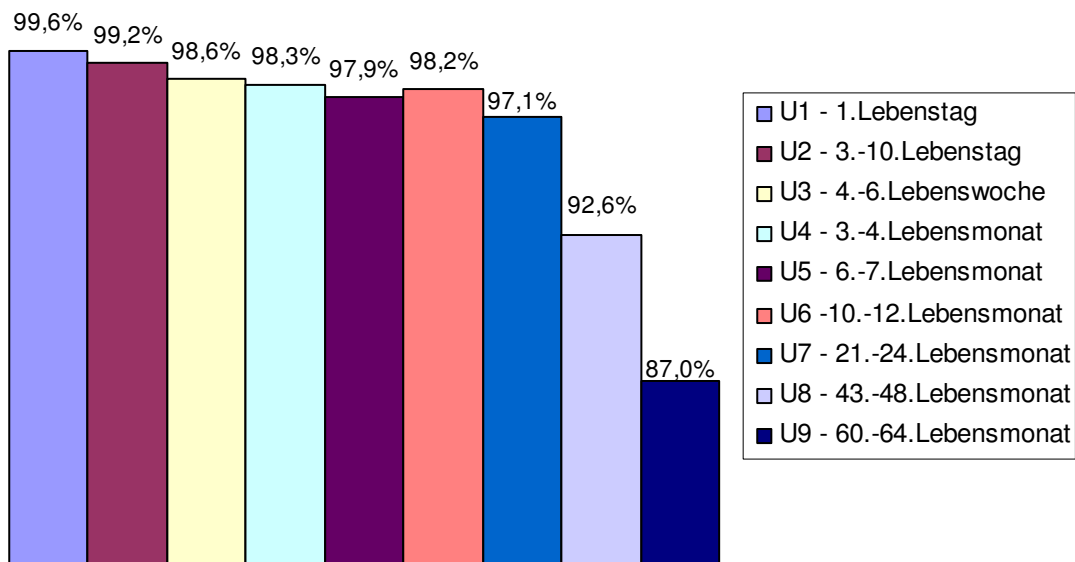


Abbildung 5 c: Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen von Kindern ohne Migrationshintergrund. Zum Vergleich 2007, 2008 und 2009

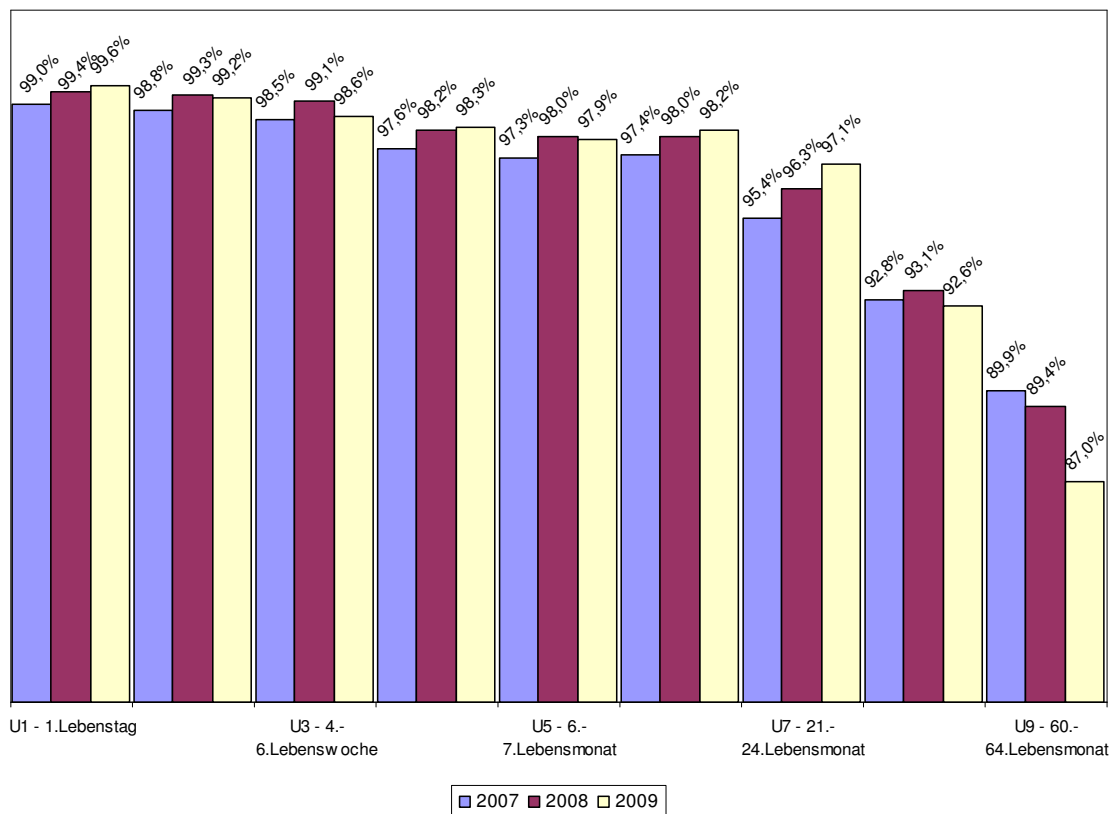
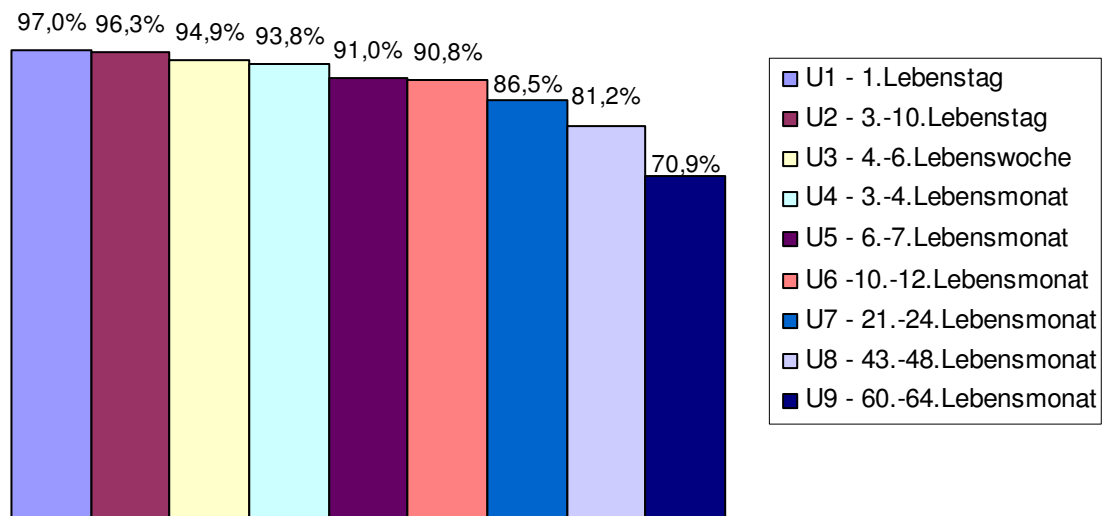


Abbildung 5 d: Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen von Kindern mit Migrationshintergrund im Jahr 2009



Hier zeigt sich im Vergleich zu den Kindern ohne Migrationshintergrund eine insgesamt geringere Teilnahme an allen Vorsorgeuntersuchungen, besonders im höheren Lebensalter an der U8 und der U9.

Abbildung 5 e: Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen von Kindern mit Migrationshintergrund. Zum Vergleich 2007, 2008 und 2009

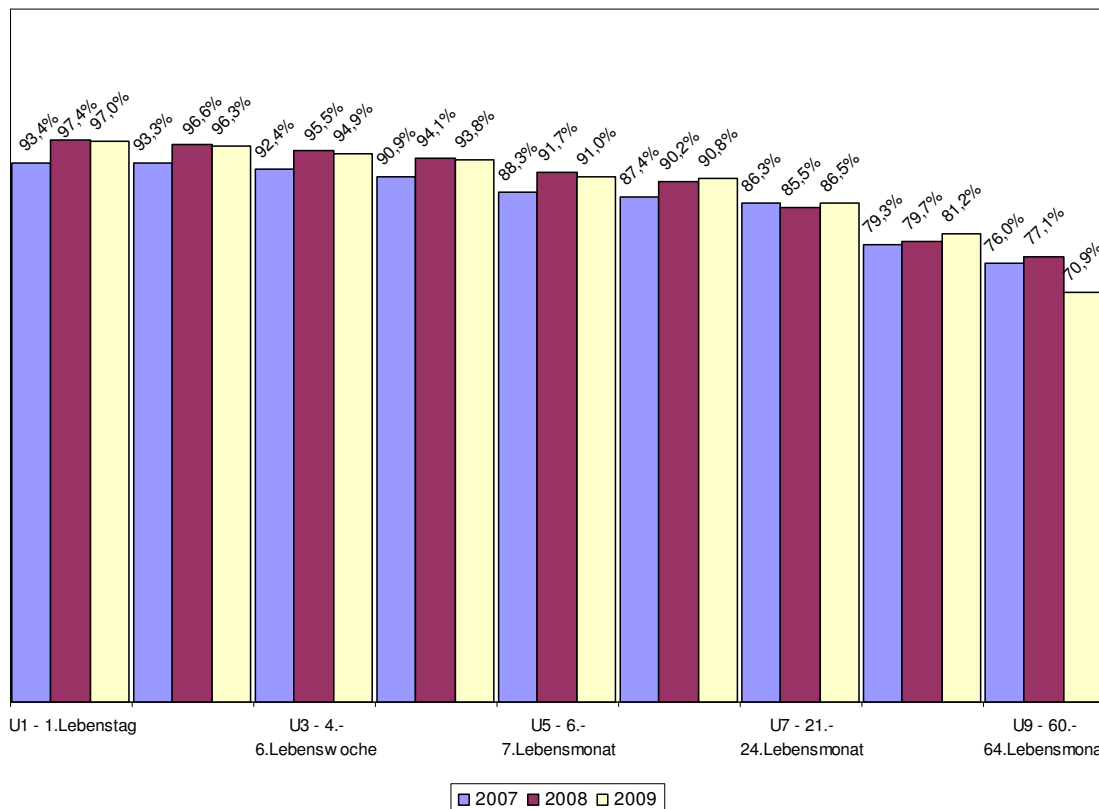
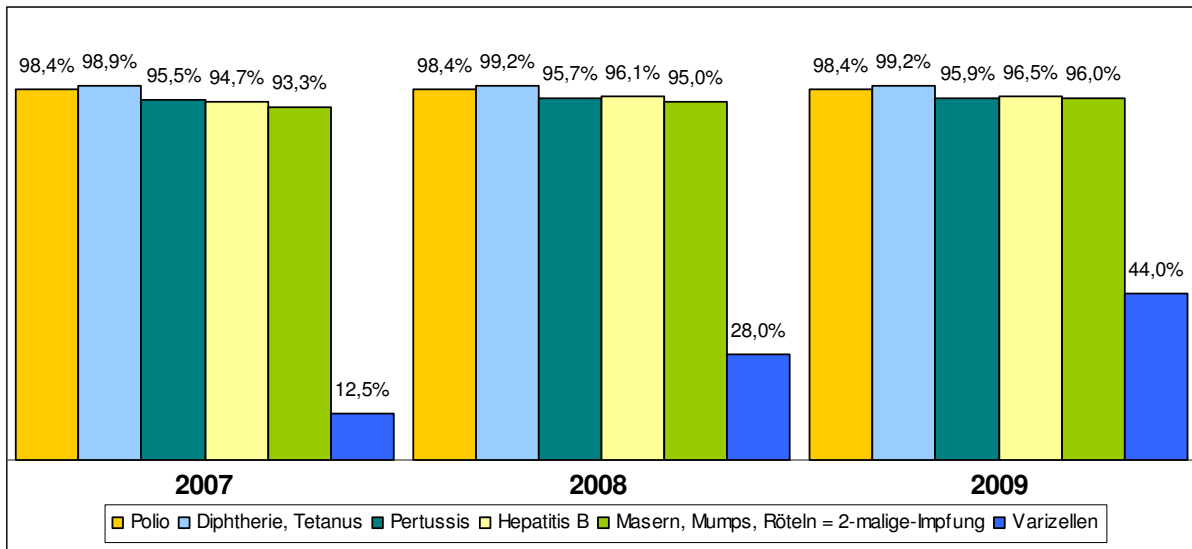


Abbildung 6: Durchimpfungsrate zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung. Vergleich der Jahrgänge 2007, 2008 und 2009



Sehr erfreulich ist hier die Zunahme der vollständig zweimal gegen Masern-Mumps-Röteln (MMR) und die angestiegene Anzahl der gegen Varizellen (Windpocken) geimpften Kinder.

Es zeigt sich, dass wir 2008 erstmalig bei den Einschulungskindern die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geforderte vollständige Durchimpfungsrate gegen Masern (2 Impfungen mit MMR-Impfstoff) mit 95% erreicht und 2009 mit 96% sogar überschritten haben. Damit nimmt der Kreis mit einem weiteren Kreis in OWL in NRW den Spitzenplatz ein.

Abbildung 7: Gewicht der Kinder zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht in kg}}{\text{Körpergröße in m}^2}$$

Die Beurteilung des BMI-Wertes (Body-Maß-Index) bei Kindern und Jugendlichen ist schwierig, weil hier alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen der Körpermasse berücksichtigt werden müssen. Deshalb gibt es für Kinder und Jugendliche jeden Alters und Geschlechts Referenzwerte, die auf einer Stichprobe von über 34.000 deutschen Kindern und Jugendlichen basieren und mit sog. Perzentilkurven grafisch dargestellt werden können. So weisen beispielsweise 50 % aller untersuchten Mädchen im Alter von 6 Jahren einen BMI-Wert von 15,4 oder weniger auf. Die Grenze zwischen Normal- und Übergewicht liegt bei einem BMI-Wert von 18,2, die Grenze zu Adipositas bei 20,0.

Die folgende Auswertung beruht auf dem Body-Maß-Index:

Vergleich der Einschulungsuntersuchungen der Jahrgänge 2007 / 2008 / 2009

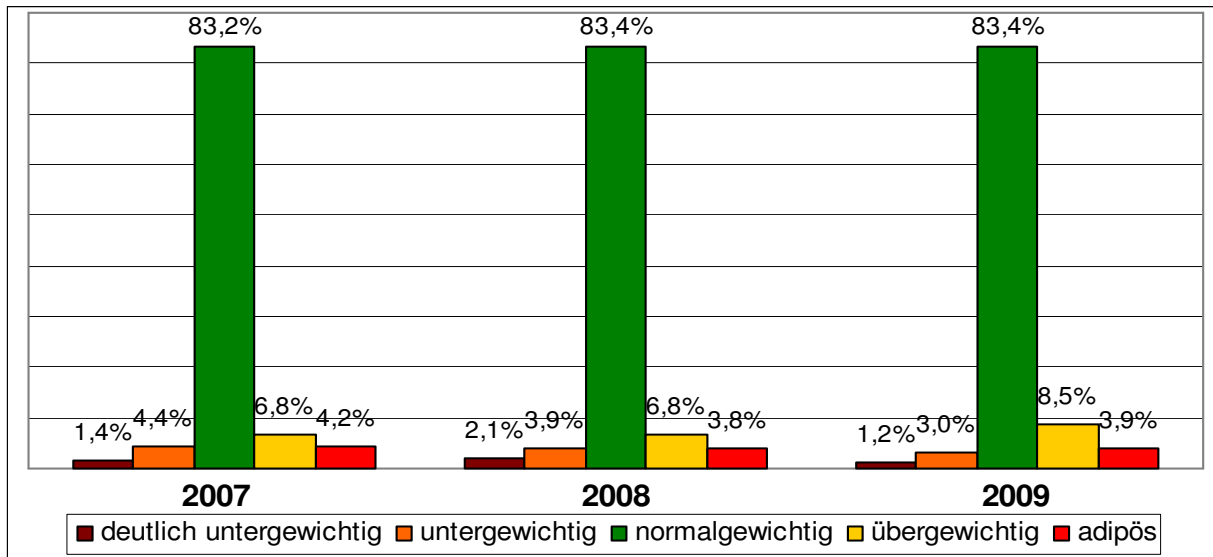


Abbildung 7 a: Gewicht zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung bei Kindern ohne Migrationshintergrund. Vergleich der Jahrgänge 2007 / 2008 / 2009

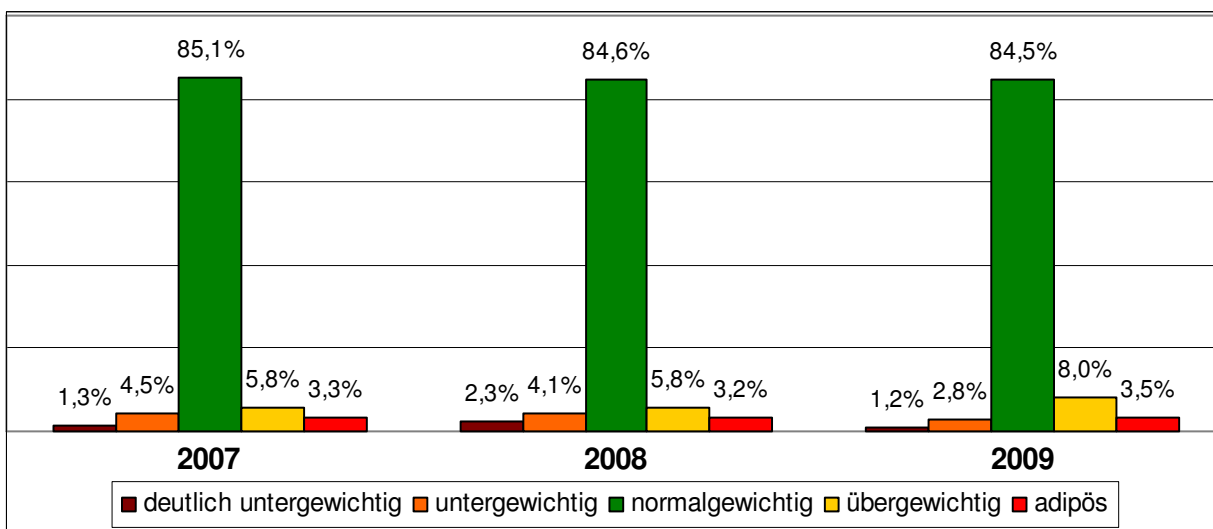
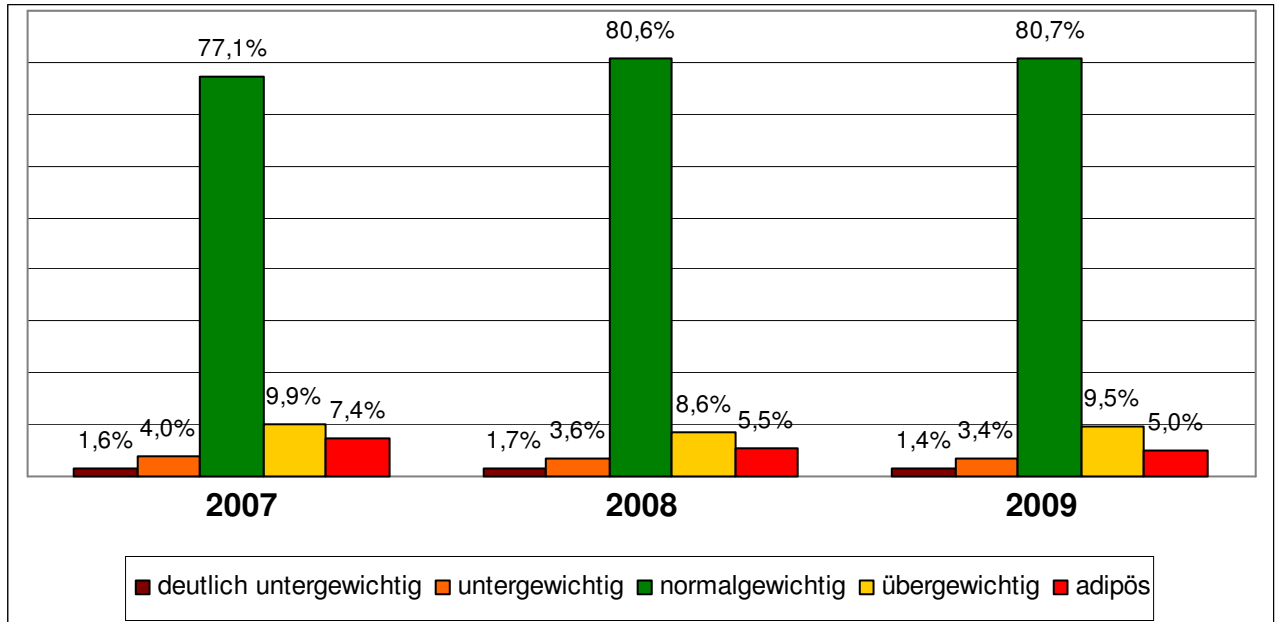


Abbildung 7 b: Gewicht zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung bei Kindern mit Migrationshintergrund. Vergleich der Jahrgänge 2007 / 2008 / 2009



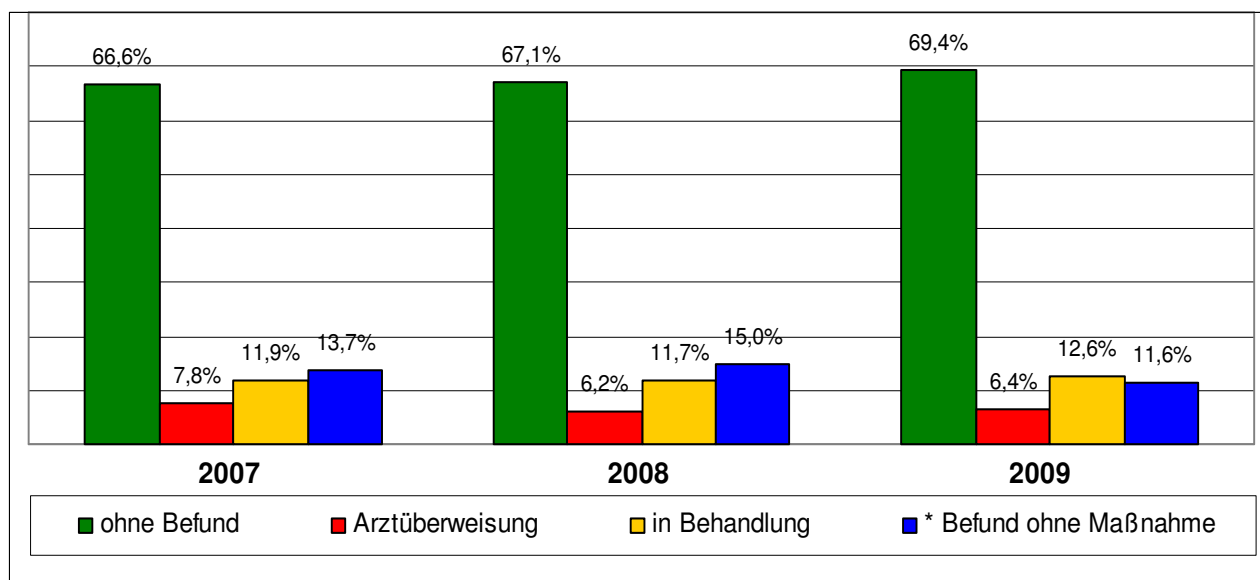
Hier zeigt sich, dass deutlich mehr Kinder mit Migrationshintergrund als Kinder ohne Migrationshintergrund übergewichtig bzw. adipös sind, **aber jetzt mit fallender Tendenz.**

Die Ursachen können vielfältig sein. Oft sind Migranten sozial benachteiligten und bildungsferneren Schichten zuzuordnen. Sie unterscheiden sich meist im Lebensstil, bei den Ernährungsgewohnheiten, bei den Wertmaßstäben, wobei „dicke“ Kinder häufig auch als besonders gesund angesehen werden.

Diese differenzierten Daten sind wichtig für gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage, vor allem bei Kindern mit Migrationshintergrund.

**Abbildung 8: Sprachentwicklung zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung.
Vergleich der Jahrgänge 2007 / 2008 / 2009**

Überprüft durch altersentsprechende Tests z.B. zu den Bereichen Sprachverständnis, Aussprache, Redefluss, Wortschatz, Grammatik, Oralmotorik.

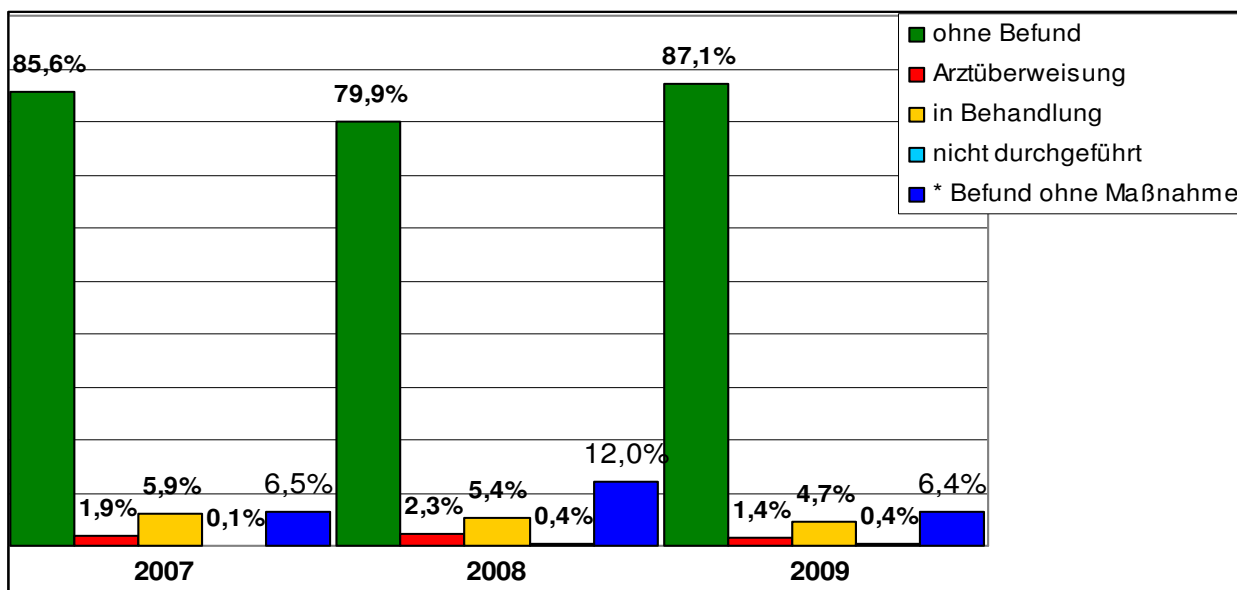


* Befund ohne Maßnahme: z.B. leichtere sprachliche Auffälligkeiten, die keine Arztüberweisung erforderlich machen, aber unsererseits zu der Empfehlung führen, sprachliche Übungen nach Anweisung zu Hause durchzuführen.

Es zeigt sich gegenüber dem Jahr 2007 eine **Zunahme der Zahl der Kinder ohne sprachliche Auffälligkeiten** und eine Abnahme der Anzahl der Kinder, die aufgrund ihrer sprachlichen Auffälligkeiten eine Arztüberweisung erhielten.

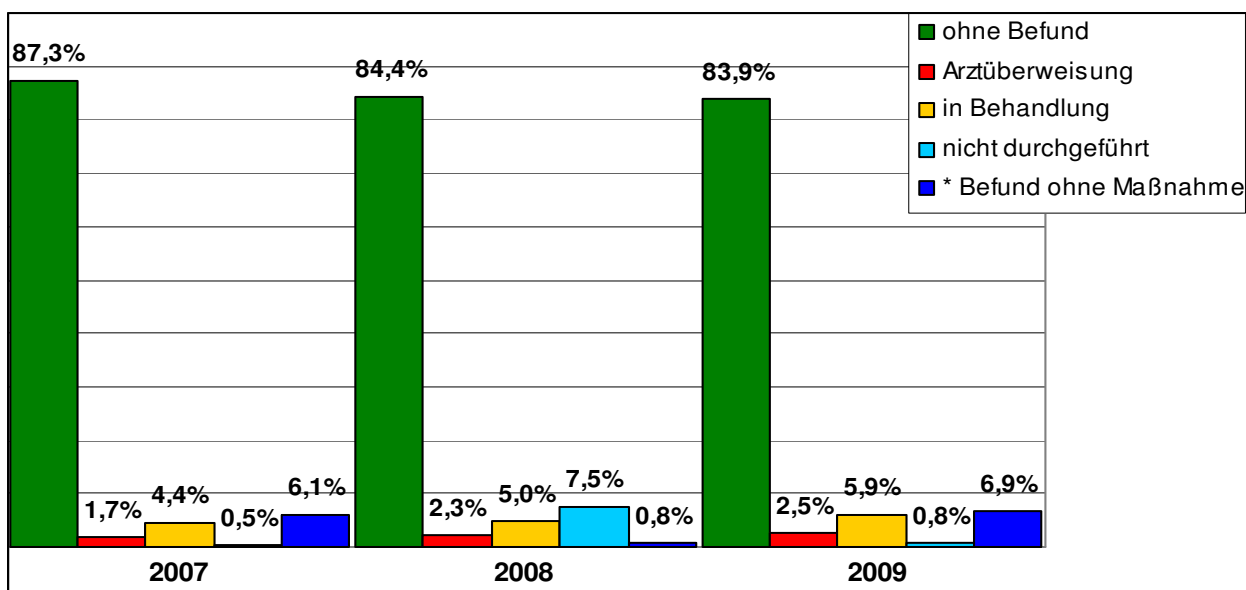
Ursache hierfür könnte unter anderem auch unser erweitertes Angebot der Kindergartenuntersuchung sein, mit dem wir zwei Jahre vor der Einschulung 2597 Kinder erreicht und evtl. zu diesem frühen Zeitpunkt schon zum Kinderarzt überwiesen haben, ebenso die Einführung der flächendeckenden Sprachförderung im Jahre 2007.

Abbildung 9: Orthopädische Befunde zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung. Vergleich der Jahrgänge 2007 / 2008 / 2009



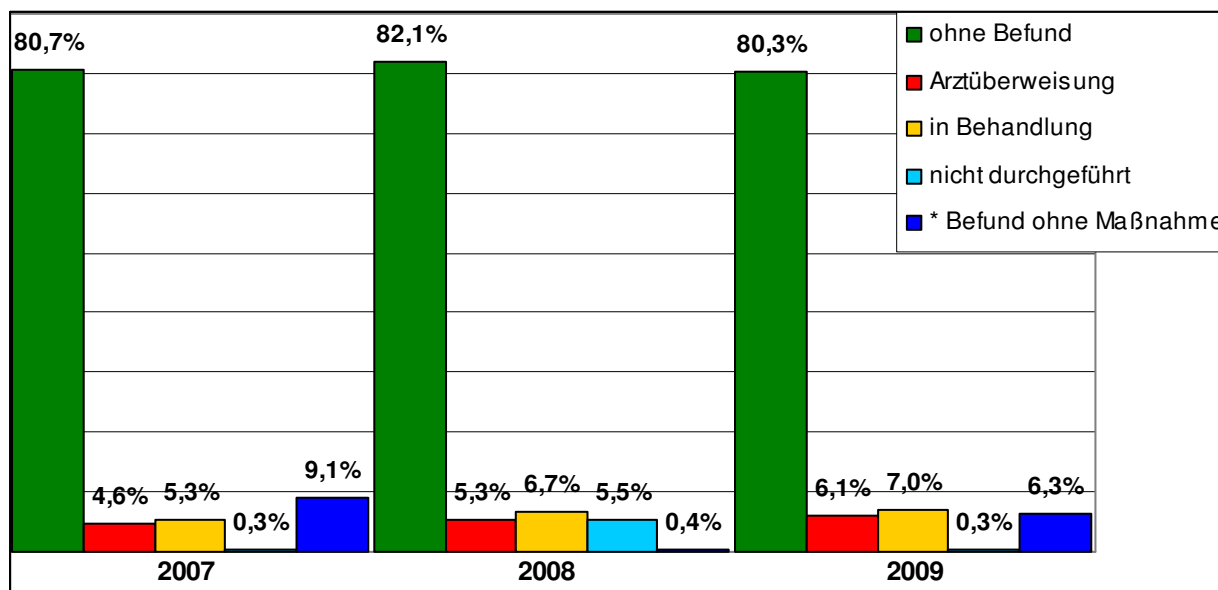
* Befund ohne Maßnahme: z.B. leichtere Befunde wie Haltungsschwäche, die keine Arztüberweisung erforderlich machen, aber zu der Empfehlung führen, das Kind z.B. zu einem Kinderschwimmkurs anzumelden.

Abbildung 10: Körperkoordination zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung. Vergleich der Jahrgänge 2007 / 2008 / 2009



* Befund ohne Maßnahme: z.B. leichtere motorische Auffälligkeiten, die keine Arztüberweisung erforderlich machen, aber unsererseits zu der Empfehlung führen, das Kind z.B. in einem Sportverein oder zum Schwimmkurs anzumelden.

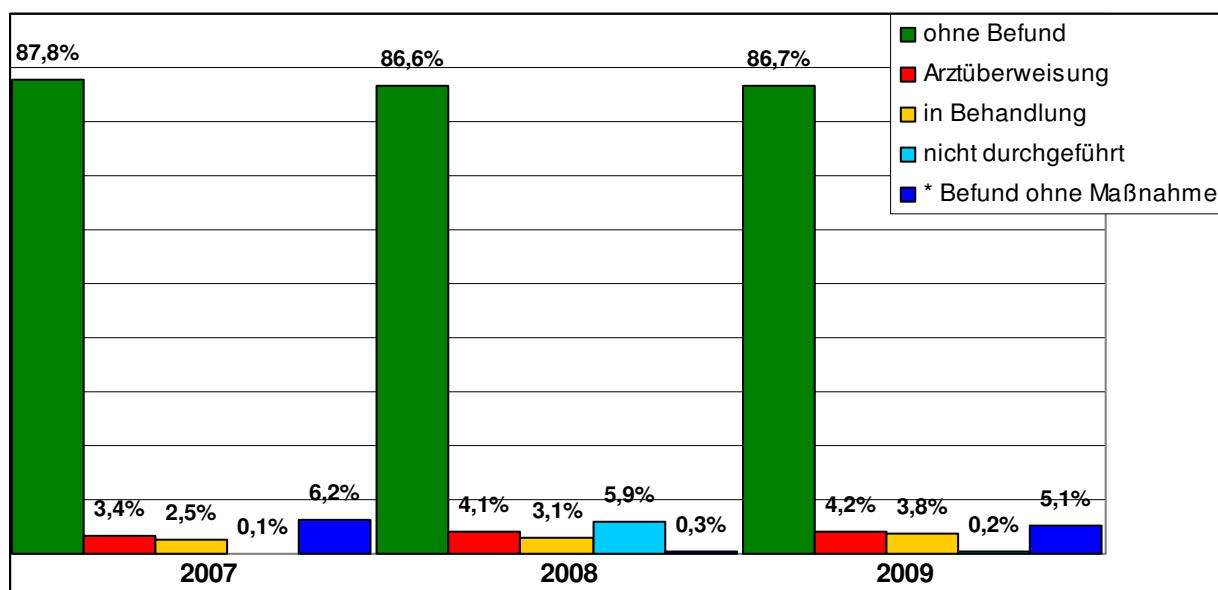
Abbildung 11: Visuomotorik (Auge-Hand-Koordination) zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung. Vergleich der Jahrgänge 2007 / 2008 / 2009



* Befund ohne Maßnahme: leichte Auffälligkeiten, die durch häusliche Übungen behoben werden können.

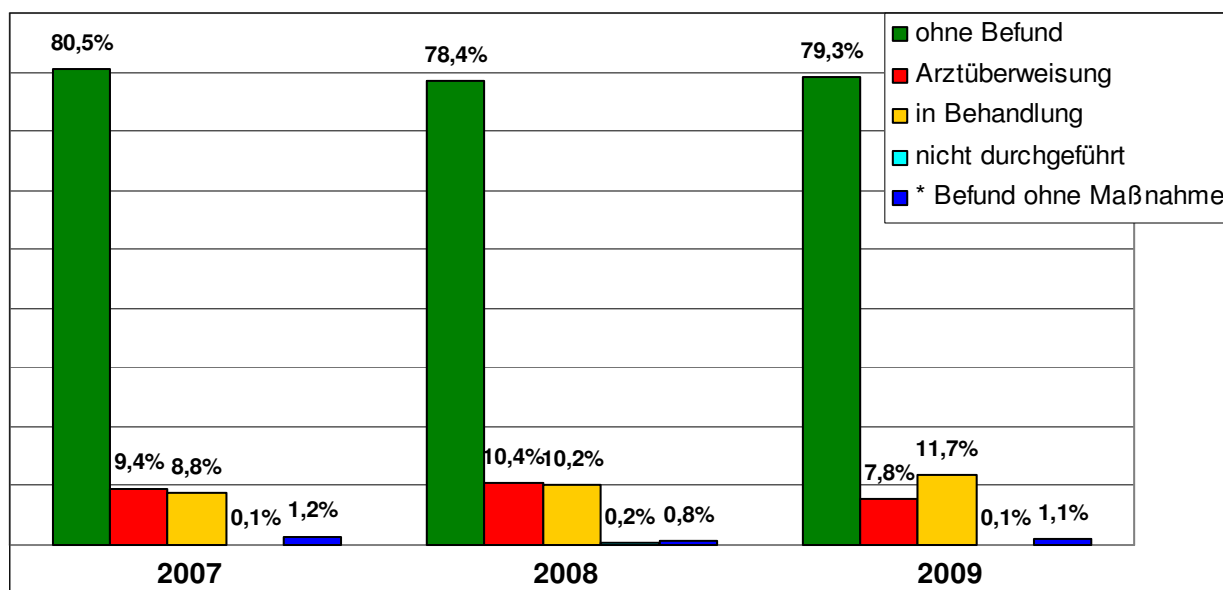
Abbildung 12: Visuelle Wahrnehmung zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung. Vergleich der Jahrgänge 2007 / 2008 / 2009

Anhand von Bildtafeln wird die Fähigkeit überprüft, Gesehenes wahrzunehmen und diese Informationen zu verarbeiten.



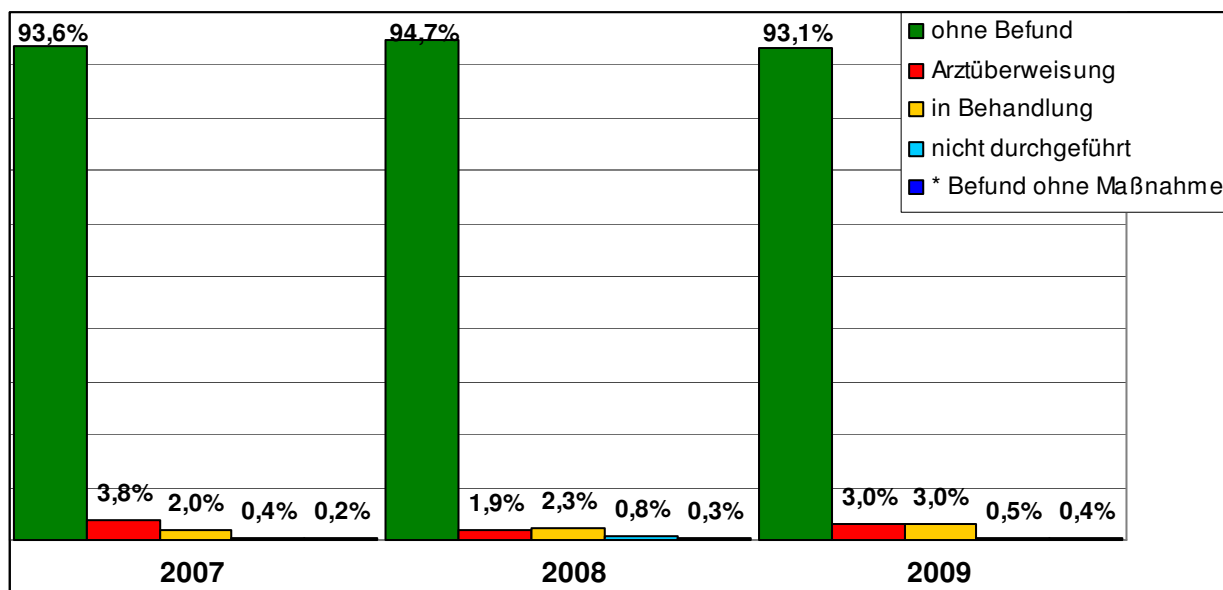
* Befund ohne Maßnahme: leichte Auffälligkeiten die durch häusliche Übungen behoben werden können.

Abbildung 13: Sehfähigkeit zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung. Vergleich der Jahrgänge 2007 / 2008 / 2009



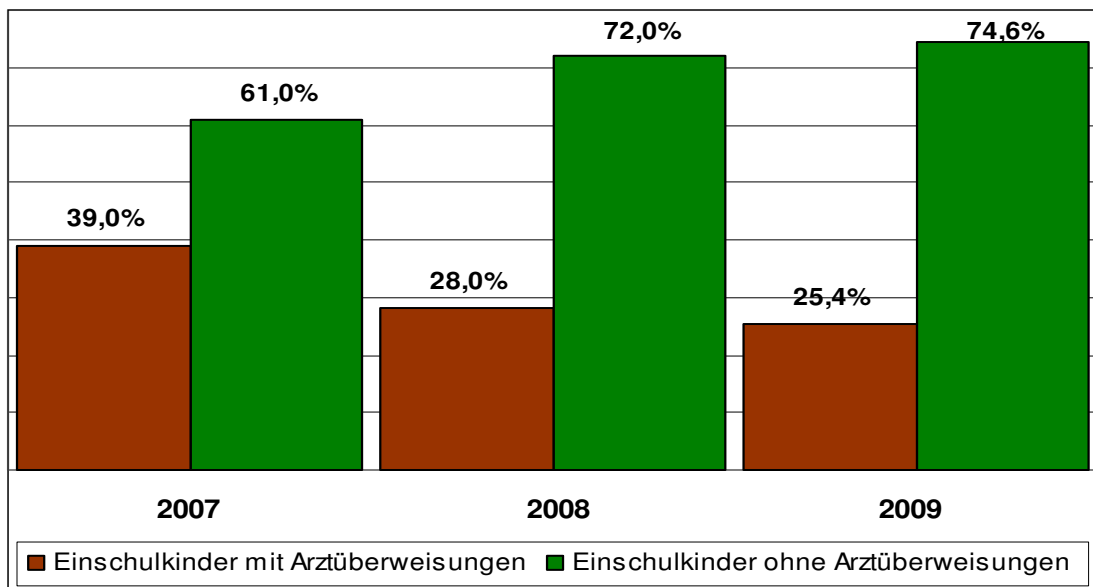
* Befund ohne Maßnahme: hierbei handelt es sich z.B. um den Verdacht auf eine Farbsinnstörung, die nicht behandelbar ist und zum Zeitpunkt der Einschulung keine Konsequenzen hat.

Abbildung 14: Hörfähigkeit zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung. Vergleich der Jahrgänge 2007 / 2008 / 2009



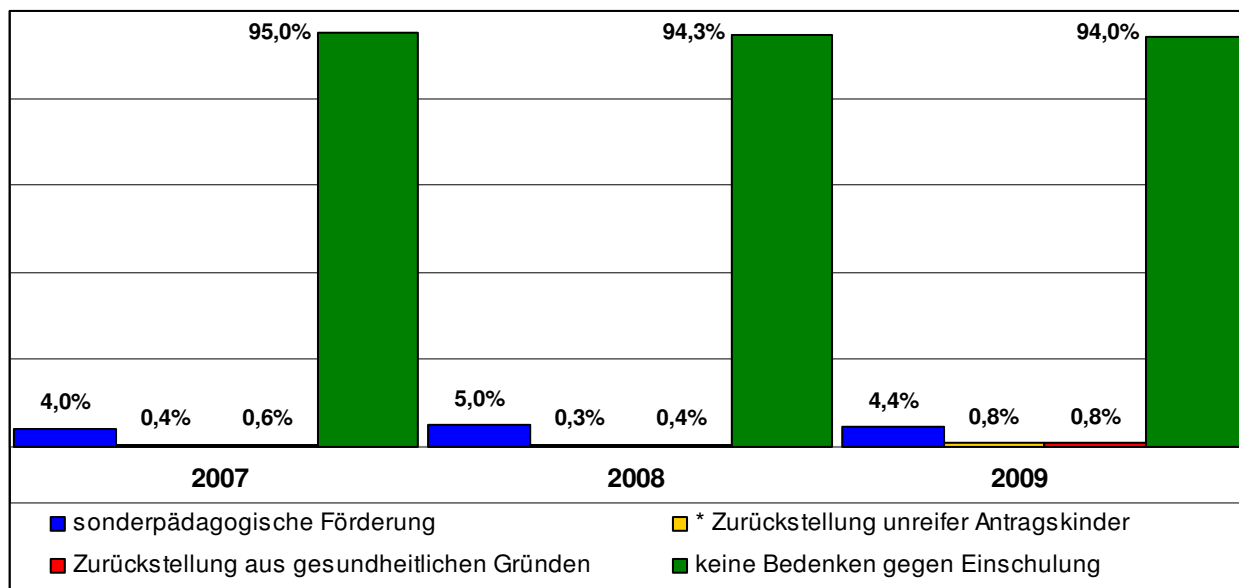
* Befund ohne Maßnahme: z.B. leichte Hörminderung bei bestehendem Infekt.

**Abbildung 15: Arztüberweisungen insgesamt ohne Impfpfehlungen.
Vergleich der Jahrgänge 2007 / 2008 / 2009**



Die Anzahl der notwendigen Arztüberweisungen ist rückläufig. Auch hierin zeigen sich Ergebnisse und Erfolge unserer ausgedehnten Präventionsuntersuchung im Kindergartenalter ca. zwei Jahre vor der Einschulung, so dass einige früh erkannte Erkrankungen, Auffälligkeiten und Defizite zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung schon behandelt und behoben sind.

**Abbildung 16: Schulärztliche Empfehlungen.
Vergleich der Jahrgänge 2007 / 2008 / 2009**



* Hierbei handelt es sich um Kinder, deren Entwicklungsstand ihrem Lebensalter, jedoch nicht dem Entwicklungsstand eines schulpflichtigen Kindes entspricht.

Alle Ergebnisse werden am Ende der Untersuchung mit den Erziehungsberechtigten besprochen. Bei auffälligen Befunden erhalten sie einen Arztbrief mit Rückmeldungsvordruck und werden gebeten, zur weiteren Abklärung und/oder Behandlung ihren behandelnden Arzt aufzusuchen. Darüber hinaus beantworten wir gern alle Fragen, die sich im Verlauf der Untersuchung ergeben.

Die hier dargestellten Untersuchungsergebnisse zeigen deutlich die Wichtigkeit der Schuleingangsuntersuchung mit der Chance, Fehlentwicklungen in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten rechtzeitig bis zum Schulstart korrigieren zu können.

In besserer Kenntnis der Voraussetzungen eines jeden Kindes, können nun auch mit der Schulleitung zusammen seine weiteren Entwicklungsmöglichkeiten besprochen werden.

Einige der dargestellten Tabellen geben auch Einblicke in die gesundheitliche Situation von Kindern mit Migrationshintergrund, die immerhin 23 % (2008: 19%) des Gesamtjahrgangs ausmachen und bekanntermaßen deutlich erhöhte gesundheitliche Risiken haben.

Weiteres: **Teilnahme am Projekt zur Früherkennung und Vorbeugung kinderpsychiatrischer Auffälligkeiten**

Im Bemühen unsere schulärztliche Untersuchung ständig weiter zu verbessern, führen wir in Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie Marsberg ein Modellprojekt zur Früherkennung und Vorbeugung von Auffälligkeiten wie Konzentrationsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Verhaltensproblemen etc. durch. Diesen vorzubeugen oder sie zu beheben und den Kindern einen guten Schulstart zu ermöglichen ist Ziel des Projektes. Aus diesem Grunde wurden von uns 2009 46 Kinder zu einer weitergehenden zeitnahen Untersuchung an die Paderborner Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie Marsberg überwiesen. Dort nimmt das qualifizierte Personal der Ambulanz die Situation des Kindes genauer in Augenschein und überprüft, inwieweit eine weitere Diagnostik und ggf. Therapie notwendig ist und empfiehlt individuelle Unterstützungsangebote.

Da die Vorstellung in der Ambulanz auf Freiwilligkeit der Eltern beruht, wurden von der o.g. Anzahl 27 Kinder vorgestellt, von denen 26 Kinder (d.h. fast 100 %) eine Therapie benötigten.

Außerdem finden ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch und die Intensivierung der Zusammenarbeit in allen Schnittstellenbereichen u. a. mit der Jugendhilfe, der Schulaufsicht, der Psychologischen Beratungsstelle für Schule, Jugend und Familie, der Frühförderstelle statt. Dies ist für die Koordination von Aufgaben und die Abstimmung von Vorgehensweisen von großer Wichtigkeit.

5.2 Untersuchung der Kinder im Kindergartenalter 2008 und 2009)

Wie in den vergangenen Jahren wurde auch in den Jahren 2008 und 2009 der Gesundheitszustand von Kindergartenkindern zwei Jahre vor ihrer Einschulung überprüft.

Im Rahmen dieser freiwilligen Untersuchung wurden 2009: 2312 (2008: 2442) Kinder erreicht. Das sind 80 % (2008: 80 %) der uns gemeldeten Kindergartenkinder im Alter zwischen 4 und 5 Jahren, wobei alle Kindergärten angesprochen wurden. Wir untersuchten mit 5 Teams in der Zeit vom 06.07.2009 bis zum 30.11.2009. Vom 31.05.2010 bis zum 09.07.2010 untersuchten wir noch weitere 61 Kinder, die in der unten aufgeführten Statistik nicht mit einberechnet sind (2008 mit 5 Teams in der Zeit vom 11.08.2008 bis zum 31.10.2008 und vom 20.04.2009 bis zum 03.07.2009). Leider war es aus Gründen des Datenschutzes nicht möglich auch die Kinder einzuladen, die keinen Kindergarten besuchten.

Insgesamt waren uns von den Kindergärten des Kreises Paderborn 2009: 2853 (2008: 2818) Kinder gemeldet worden, die sich im Alter zwischen 4 und 5 Jahren in ihren Einrichtungen befanden. Wieder sind die sehr gute Zusammenarbeit mit den Erzieherinnen und deren großes Engagement hervorzuheben.

Natürlich werden wir uns auch weiterhin intensiv darum bemühen, so weit wie möglich an das Ziel, möglichst alle Kindergartenkinder im Alter zwischen 4 und 5 Jahren zu untersuchen, heranzukommen.

Die Durchführung der Untersuchung als Präventionsuntersuchung ist wichtig, um möglichst frühzeitig Fehlentwicklungen und Entwicklungsverzögerungen zu erkennen und ggf. zu behandeln, denn leider nehmen immer noch nicht alle Eltern die kostenlosen, freiwilligen Vorsorgeuntersuchungen („gelbes Heft“) wahr. Besonders bei der U8 (43. bis 48. Lebensmonat) ist die Beteiligung rückläufig. Zur U9-Teilnahme (60. bis 64. Lebensmonat) kann keine Aussage für einen ganzen Jahrgang gemacht werden, da zum Untersuchungszeitpunkt noch nicht alle Kinder 5 Jahre alt und somit „U9-pflichtig“ waren.

Die Untersuchungen erfolgten für alle Kinder im Gesundheitsamt und dauerten jeweils ca. 40 Minuten. Sie wurden kindergartenweise vom jeweiligen Bezugsteam durchgeführt. Insgesamt verfügen wir über 5 Teams (2008: 5 Teams), die jeweils aus einer Arzthelferin und einer Ärztin/Arzt bestanden.

Einladung und Terminplanung übernahmen die Kindergärten vor Ort nach unseren Vorgaben und gaben die schriftliche Einladung mit Termin und dem Anamnesefragebogen an die Eltern aus. Die Zusammenarbeit mit Kindergärten und Eltern war auch wieder in diesen beiden Jahren sehr gut, so dass es kaum zu Terminabsagen oder -ausfällen kam.

Schwerpunkte der Untersuchung waren:

- Erhebung der gesundheitlichen Vorgeschichte.
- Überprüfung des Impfstatus anhand des Impfausweises.
- Untersuchung des Seh- und Hörvermögens.

- Ermittlung des allgemeinen Entwicklungsstandes mit altersentsprechenden kindgemäßen Testverfahren zur Überprüfung der Sprachentwicklung, der motorischen Entwicklung, der Wahrnehmungsfähigkeiten.
- Körperliche Untersuchung.
- Beurteilung des Verhaltens.

Im Anschluss an die Untersuchung wurde das Gesamtergebnis mit den Erziehungsberechtigten besprochen und über etwaige Förderempfehlungen und -möglichkeiten beraten. Zusätzlich wurden Ihnen bei Auffälligkeiten schriftliche Empfehlungen z.B. für die Kinderärzte, Augen- und HNO-Ärzte mit Rückmeldebogen (freiwillig) mitgegeben.

Mit Zustimmung der Erziehungsberechtigten nahmen wir auch Kontakt zu den Erzieherinnen auf.

Auf den folgenden Seiten stellen wir Ihnen wiederum die Ergebnisse in Form von anschaulichen Grafiken vor, wobei im Gegensatz zu den Einschulungsuntersuchungen nicht alle Kinder eines Jahrgangs aufgrund unterschiedlichster Sachverhalte von den Eltern zur Untersuchung vorgestellt wurden.

Abbildung 1: Gesamtzahl der Kinder nach Geschlecht in Prozent. Vergleich der Jahrgänge 2007, 2008 und 2009

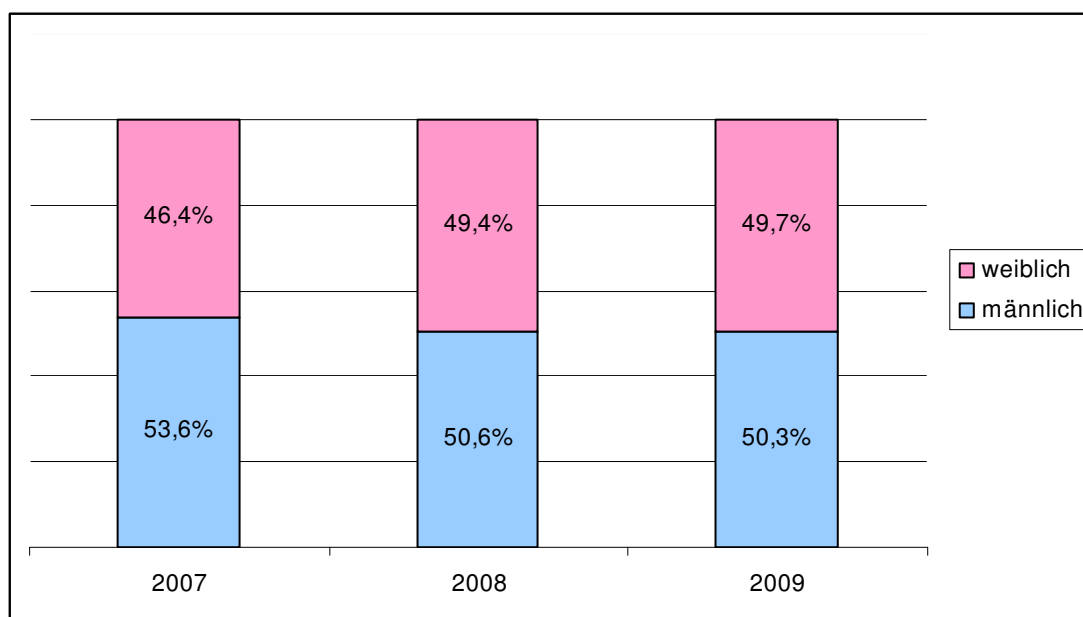


Abbildung 2: Anteil der Kinder mit und ohne Migrationshintergrund, der definitionsgemäß durch das Geburtsland der Mutter bestimmt wird. Vergleich der Jahrgänge 2007, 2008 und 2009

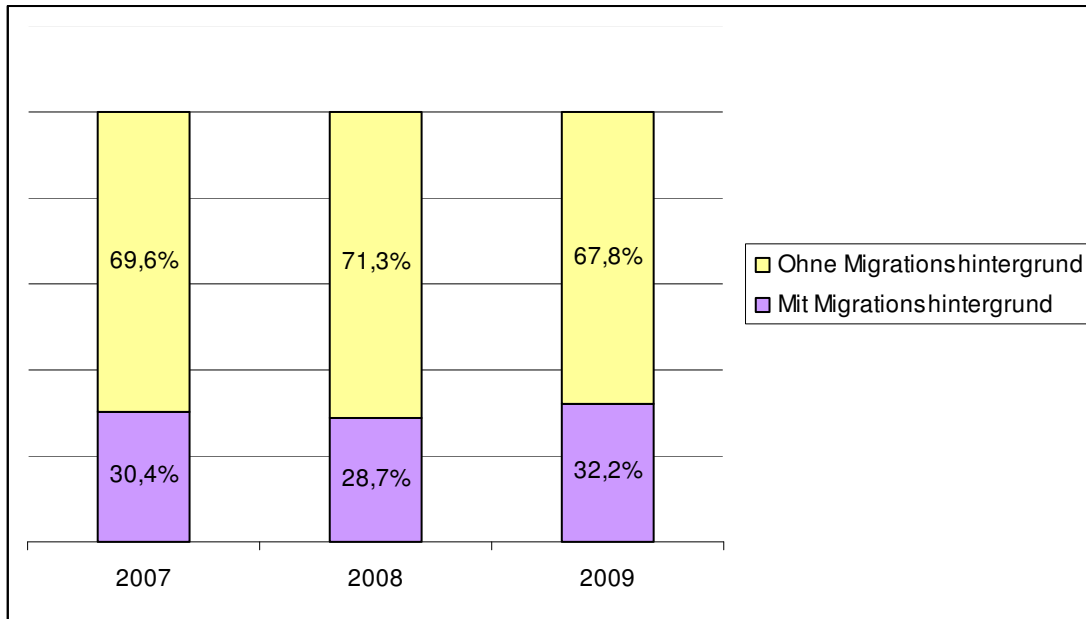
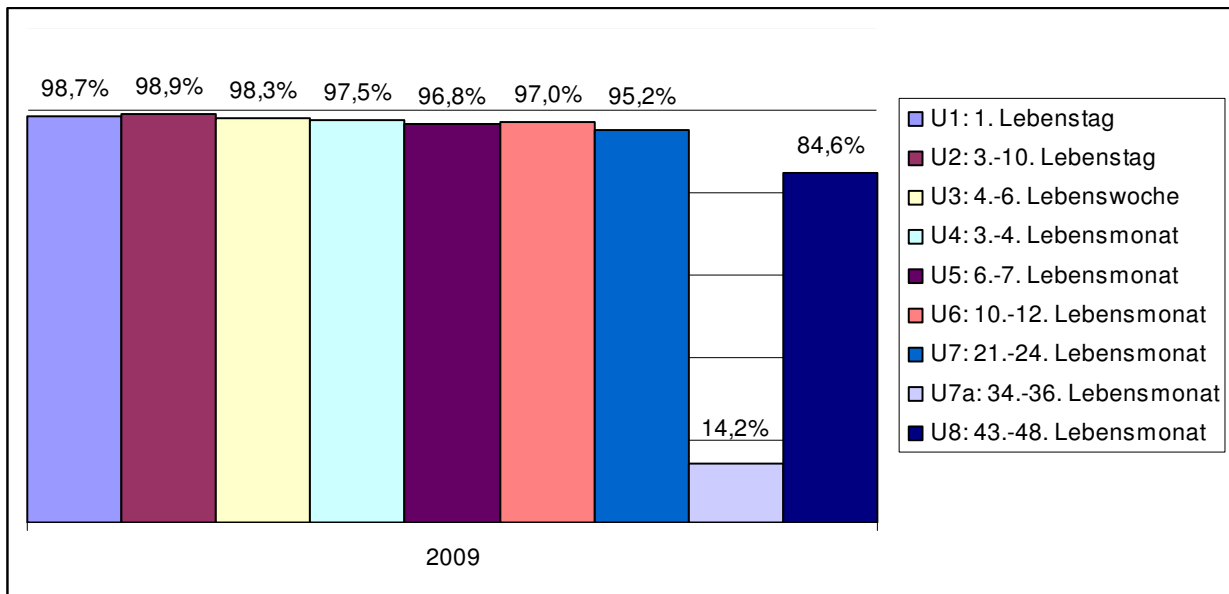
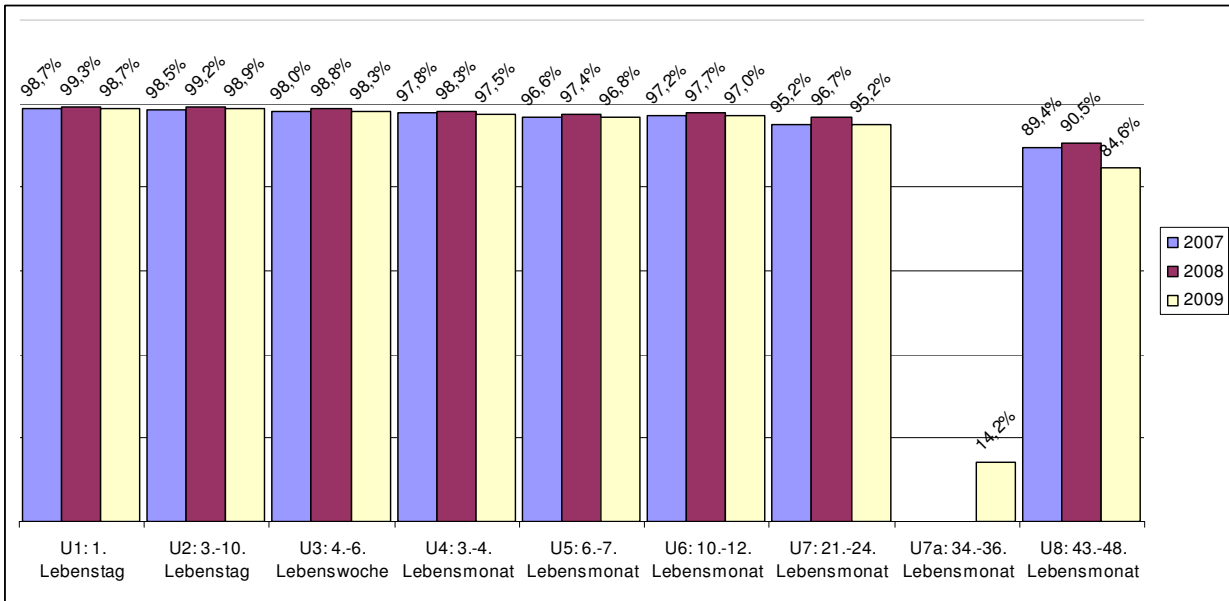


Abbildung 3: Teilnahme der Kindergartenkinder an den Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2009.



Da zwischen der U7 mit zwei Jahren und der U8 mit vier Jahren eine lange Zeitdauer liegt, in der wichtige Entwicklungsschritte stattfinden, wurde die U7a im Alter von drei Jahren im Jahre 2009 neu eingeführt. Im Jahre 2009 hatten bereits 14,2 % der von uns untersuchten Kindergartenkinder an dieser Vorsorgeuntersuchung teilgenommen. Ein weiterer Anstieg der Teilnahme wird sich mit der Dauer der Einführung zeigen.

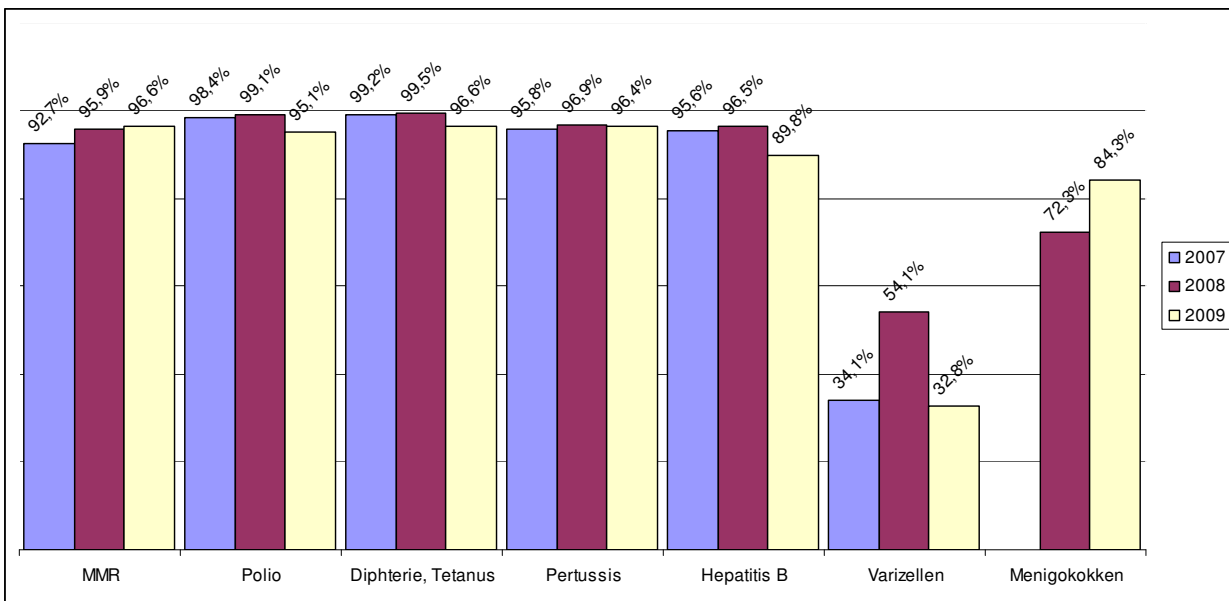
Abbildung 3a: Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen. Vergleich der Jahrgänge 2007, 2008 und 2009



Es zeigt sich eine Abnahme der U-Teilnahme bei der U8, wobei zu berücksichtigen ist, dass einige Kinder zum Untersuchungszeitpunkt wegen der Verschiebung des Stichtages für das Einschulalter noch nicht vier Jahre alt waren.

Nach dem Inkrafttreten der Verordnung zur Datenmeldung an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (U5 bis U9) vom 10. September 2008 (neu gefasst durch VO vom 13. Juli 2010, in Kraft getreten am 24. Juli 2010) erwarten wir einen Anstieg der Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen.

Abbildung 4: Durchimpfungsrate zum Zeitpunkt der Untersuchung. Vergleich der Jahrgänge 2007, 2008 und 2009



Änderung der Impfempfehlung nach STIKO:

- 2007: Empfehlung der einmaligen Varizellen-Impfung
- 2008: Empfehlung der Meningokokken-Impfung
- 2009: Empfehlung der zweimaligen Varizellen-Impfung (dadurch sinkt die Durchimpfungsrate im Jahre 2009 gegenüber den Vorjahren)

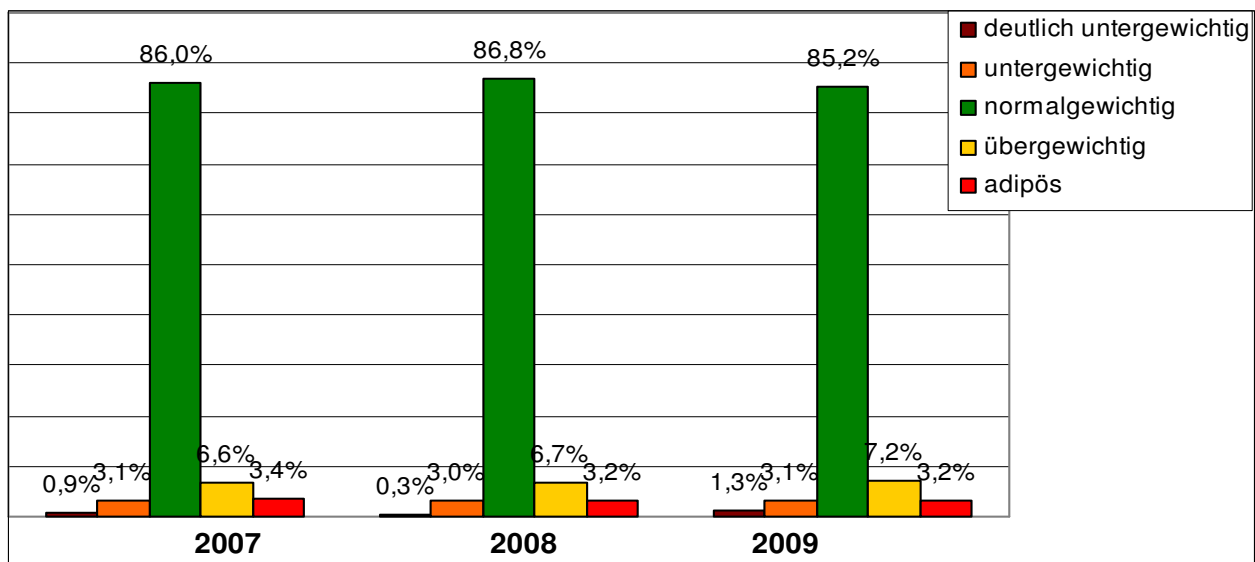
Abbildung 5: Gewicht der Kinder zum Zeitpunkt der Untersuchung

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht in kg}}{\text{Körpergröße in m}^2}$$

Die Beurteilung des BMI-Wertes (Body-Maß-Index) bei Kindern und Jugendlichen ist schwierig, weil hier alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen der Körpermasse berücksichtigt werden müssen. Deshalb gibt es für Kinder und Jugendliche jeden Alters und Geschlechts Referenzwerte, die auf einer Stichprobe von über 34.000 deutschen Kindern und Jugendlichen basieren und mit sog. Perzentilkurven grafisch dargestellt werden können. So weisen beispielsweise 50 % aller untersuchten Mädchen im Alter von 6 Jahren einen BMI-Wert von 15,4 oder weniger auf. Die Grenze zwischen Normal- und Übergewicht liegt bei einem BMI-Wert von 18,2, die Grenze zu Adipositas bei 20,0.

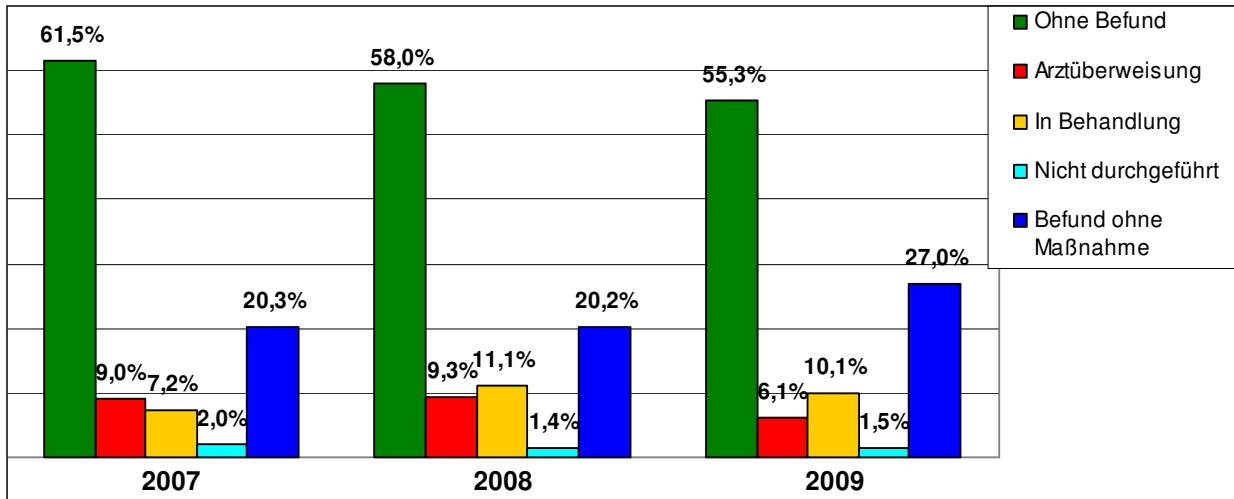
Die folgende Auswertung beruht auf dem Body-Maß-Index.

Vergleich der Jahrgänge 2007 / 2008 / 2009



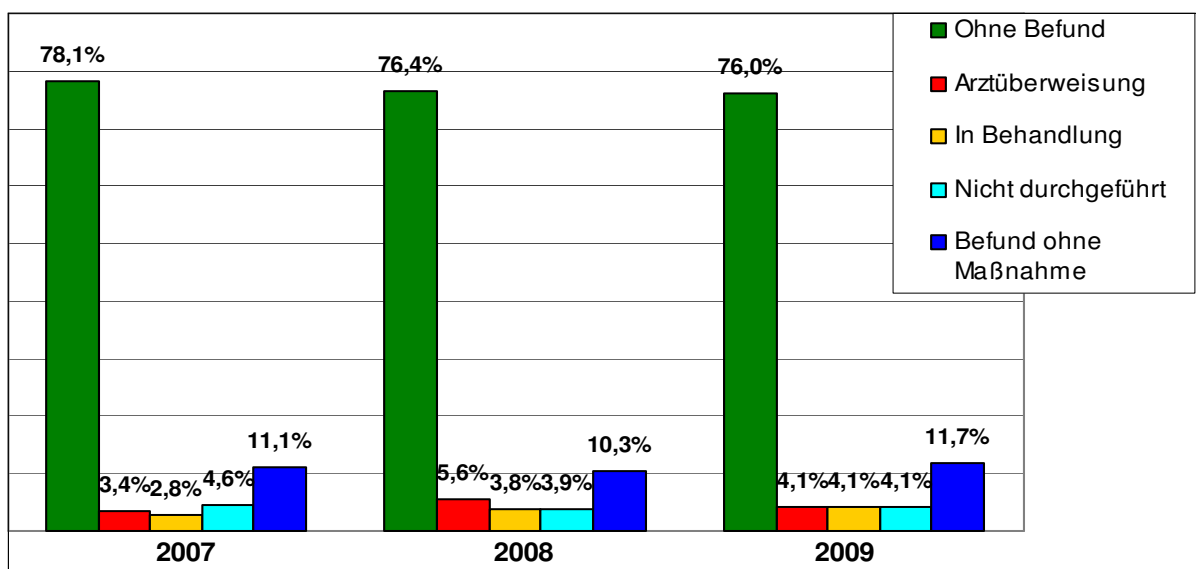
**Abbildung 6: Sprachentwicklung zum Zeitpunkt der Untersuchung.
Vergleich der Jahrgänge 2007 / 2008 / 2009**

Überprüft durch altersentsprechende Tests z.B. zu den Bereichen Sprachverständnis, Aussprache, Redefluss, Wortschatz, Grammatik, Oralmotorik.



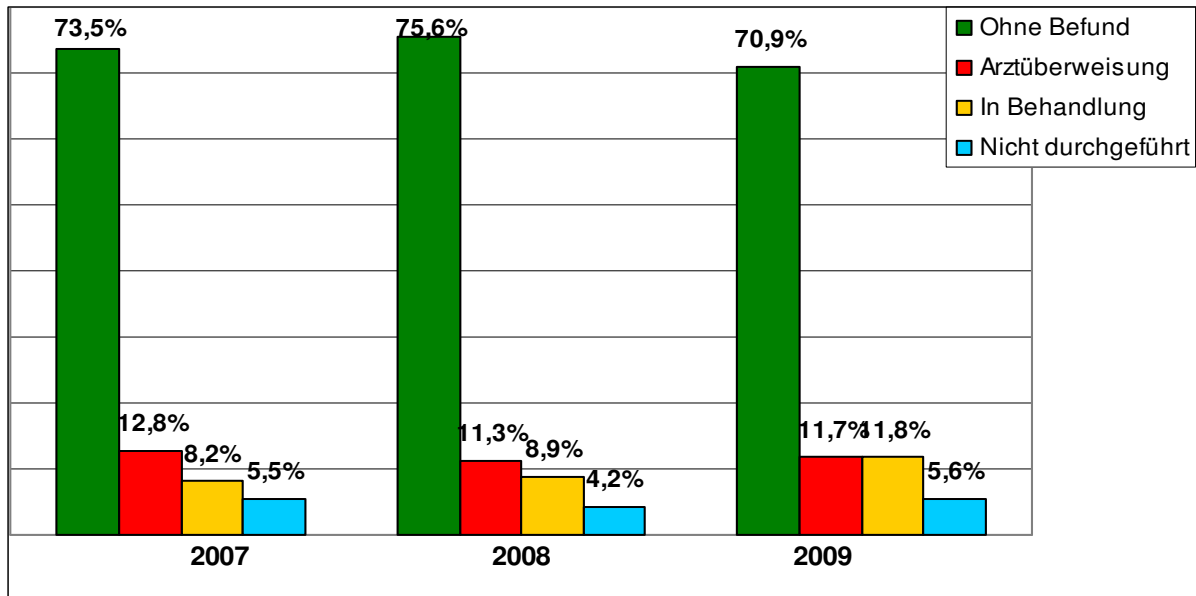
- Befund ohne Maßnahme: z. B. leichtere sprachliche Auffälligkeiten, die keine Arztüberweisung erforderlich machen, aber unsererseits zu der Empfehlung führen, sprachliche Übungen nach Anweisung zu Hause durchzuführen.

**Abbildung 7: Körperkoordination zum Zeitpunkt der Untersuchung.
Vergleich der Jahrgänge 2007 / 2008 / 2009**



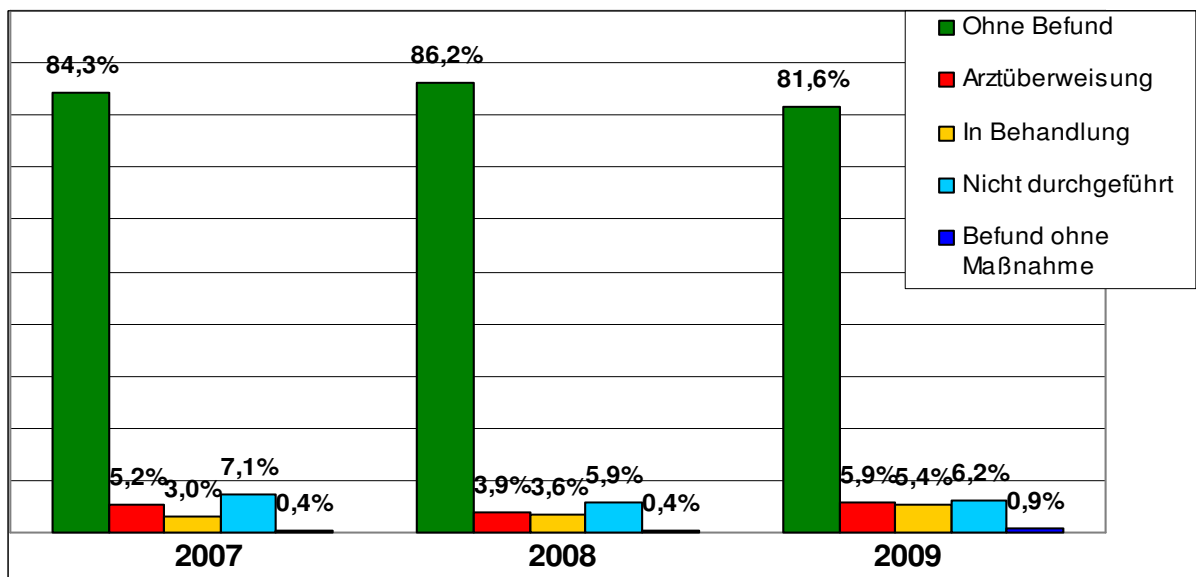
- Befund ohne Maßnahme: z.B. leichtere motorische Auffälligkeiten, die keine Arztüberweisung erforderlich machen, aber unsererseits zu der Empfehlung führen, das Kind z.B. in einem Sportverein oder Schwimmkurs anzumelden.

**Abbildung 8: Sehfähigkeit zum Zeitpunkt der Untersuchung.
Vergleich der Jahrgänge 2007 / 2008 / 2009**



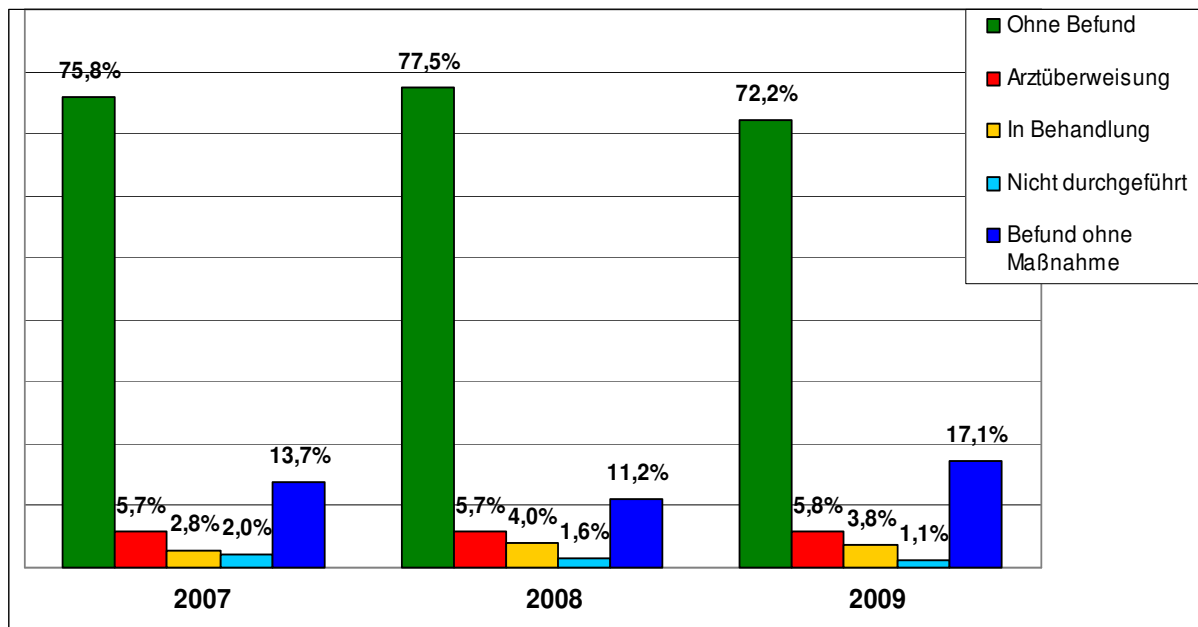
Aus schulärztlicher Sicht ist es sinnvoll und wichtig, Kinder auch im Vorschulalter im Rahmen der Vorsorge einem Augenarzt vorzustellen.

**Abbildung 9: Hörfähigkeit zum Zeitpunkt der Untersuchung.
Vergleich der Jahrgänge 2007 / 2008 / 2009**



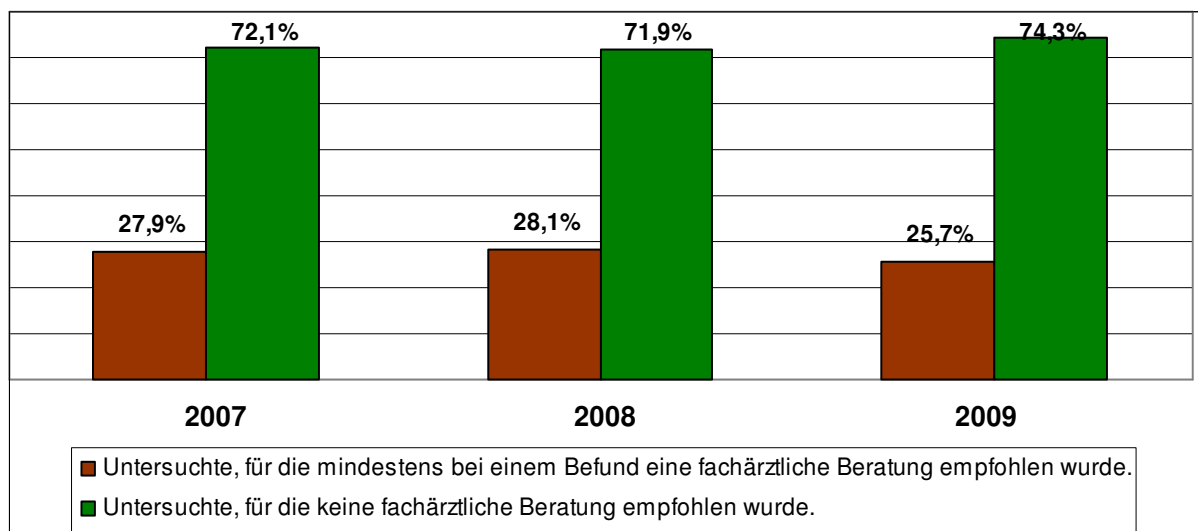
■ Befund ohne Maßnahme: z.B. leichte Hörminderung bei bestehendem Infekt.

**Abbildung 10: Entwicklungsstand im Bereich der Visuomotorik (Auge-Handkoordination).
Vergleich der Jahrgänge 2007 / 2008 / 2009**



■ Befund ohne Maßnahme: Leichte Auffälligkeiten, die durch häusliche Übungen behoben werden können.

**Abbildung 11: Anzahl der Kinder in %, bei denen keine oder eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen wurde (ohne die ebenfalls schriftlichen Impflückenhinweise mit Rückantwortteil).
Vergleich der Jahrgänge 2007 / 2008 / 2009**



Das bedeutet, dass 2009 **mehr als ein Viertel** (25,7%); (2008: 28,1%) der untersuchten Kinder Befunde aufwiesen, die eine Vorstellung beim Arzt und ggf. eine Therapie zur Folge hatten und dieses trotz der empfohlenen (und von den Krankenkassen bezahlten) Vorsorgeuntersuchungen.

Die hier dargestellten Ergebnisse zeigen deutlich die Bedeutung dieser Untersuchung im Hinblick auf Prävention. Gesundheitliche Defizite, die zu diesem frühen Zeitpunkt erkannt werden, können in Zusammenarbeit mit den Eltern, Ärzten und weiteren Therapeuten beseitigt oder zumindest vermindert werden. Verspätete oder unterlassene Maßnahmen sind vor allem leidvoll für Kinder, aber auch teuer. Denn am Anfang der Entwicklung geht es noch mit einfachen Maßnahmen, später ist oft eine aufwändige Therapie erforderlich. Dabei versteht sich der Kinder- und Jugendärztliche Dienst als Ansprechpartner, der den Eltern helfend und beratend zur Seite steht. Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst ist zudem um Kooperation und Koordinierung mit allen beteiligten Institutionen bemüht, um ein Netzwerk zu errichten, das jene Kinder und Eltern auffängt, die Unterstützung brauchen. Frühzeitiges Erkennen und Handeln ist unser Ziel.

Angestrebt ist weiterhin eine Ausweitung des Angebotes der Kindergartenuntersuchung auf möglichst 100 % der Kinder eines Jahrgangs. Es hat sich in den letzten Jahren bei den Einschulungsuntersuchungen in beeindruckender Weise gezeigt, dass sich viele der Erkrankungen, Auffälligkeiten und Defizite deutlich gebessert hatten oder völlig behoben waren.

5.3 Weitere Aufgabenbereiche des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes

Neben der Kindergarten- und der Einschuluntersuchung wurden im Jahr 2009 258 behinderte Kinder (2008 369 behinderte Kinder) gutachterlich im Auftrag des Schulamtes im Rahmen des Sonderschulnahmeverfahrens (AO-SF) untersucht.

Wir untersuchten 2009: 66 (2008: 47) behinderte und entwicklungsverzögerte Kinder im Rahmen der Eingliederung in Sonderkindergärten bzw. die Einzelintegration in Regelkindergärten.

Im Auftrag des Sozialamtes erarbeiteten wir zahlreiche Stellungnahmen z. B. über die Erforderlichkeit von Integrationshelfern, von Krankenkostzulagen und von Hilfsmittelversorgungen.

Wir erstellten Pflegegutachten, bearbeiteten Kuranträge und Aufträge des Schulamtes, wie z. B. die Untersuchung von Schulverweigerern und Schulsportbefreiungen und untersuchten Kinder, die uns vom Jugendamt vorgestellt wurden.

Personelle Besetzung:

5 Teams, jeweils aus einer Ärztin/Arzt und einer Arzthelferin bestehend.

6. Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst

Dr. Astrid Hohmann

Fortschreibung des Berichtes aus den Vorjahren

1. Ausgangslage

Im § 13 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) wird die gesetzliche Grundlage für den zahnärztlichen Dienst genannt:

„ 1. Im Rahmen eines Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienstes berät die untere Gesundheitsbehörde Kinder, Jugendliche und ihre Sorgeberechtigten, Erzieher und Lehrer in Fragen der Gesunderhaltung des Zahn-, Mund- und Kieferbereiches. Die untere Gesundheitsbehörde führt, soweit erforderlich, dazu regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen durch, um Krankheiten und Fehlentwicklungen zu verhüten und zu mildern.

2. Maßnahmen der Gruppenprophylaxe, insbesondere der Ernährungsberatung, Zahnschmelzhärtung und Mundhygiene, können durch Maßnahmen der Individualprophylaxe vor allem bei Klein- und Schulkindern sowie behinderten Kindern ergänzt werden, soweit sie sonst nicht gewährleistet sind. “

Die Durchführung von Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen wird in den Grundschulen in den 1. und 3. Klassen, in Abstimmung mit dem Arbeitskreis Zahngesundheit Paderborn (AKZPB), vom zahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes wahrgenommen, der **2008 / 2009** folgende Leistungen erbrachte:

- Zahnmedizinische Prävention hauptsächlich in **allen** ersten und dritten Klassen der Grundschulen im Kreis Paderborn. Das beinhaltet: Anleitung zur Mundhygiene, Beratung über die verschiedenen Möglichkeiten der Vorbeugung, Ernährungsberatung aus zahnmedizinischer Sicht, Untersuchung der Mundhöhle bzw. der Zähne. Insgesamt wurden so **6876** Kinder 2008 und **7208** Kinder 2009 untersucht.
- Erstellung von **132** zahnärztlichen Gutachten in 2008 bzw. **136** in 2009 für die Beihilfestellen und **27** in 2008 bzw. **22** in 2009 für die Sozialämter.

2. Prävention in den Schulen

Der Schwerpunkt der Prävention des zahnärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes liegt im Bereich der Grundschulen.

Im Schuljahr **2007/08** nahmen in den Grundschulen **3306** Schüler der 1. Klassen, **152** Schüler der 2. Klassen, **3240** Schüler der 3. Klassen und **178** Schüler der 4. Klassen an den **Präventionseinheiten mit integrierter Reihenuntersuchung** teil.

Im Schuljahr **2008/09** nahmen in den Grundschulen **2947** Schüler der 1. Klassen, **282** Schüler der 2. Klassen, **3107** Schüler der 3. Klassen und **273** Schüler der 4. Klassen an den **Präventionseinheiten mit integrierter Reihenuntersuchung** teil.

Im Rahmen der **DAJ** (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege) – **Studie 2009** wurden zusätzlich 217 ausgewählte Realschüler der 6. Klassen und 138 Schüler der 9. Klassen untersucht.

Die 1. Klassen sind besonders wichtig, weil bei den 6-jährigen Kindern die ersten bleibenden Backenzähne durchbrechen. Eine beginnende Karies kann noch rechtzeitig erkannt werden. Durch kindgerechte Informationen (u. a. Krocky das Krokodil) macht man die 6-jährigen auf die neuen Zähne aufmerksam. Viele Kinder wissen in dem Alter noch nicht, dass sich schon neue Backenzähne im Mund befinden und wie man diese neuen wichtigen Zähne gesund erhält. (In den 60-iger Jahren wurden diese Zähne noch durch Reihenextraktionen entfernt)

Die 3. Klassen sind ebenfalls wichtig, weil man in diesem Alter den Kindern wichtige Informationen über die Kariesentstehung geben und auch schon verstärkt auf ihre Eigenverantwortung hinweisen kann.

Tabelle 5

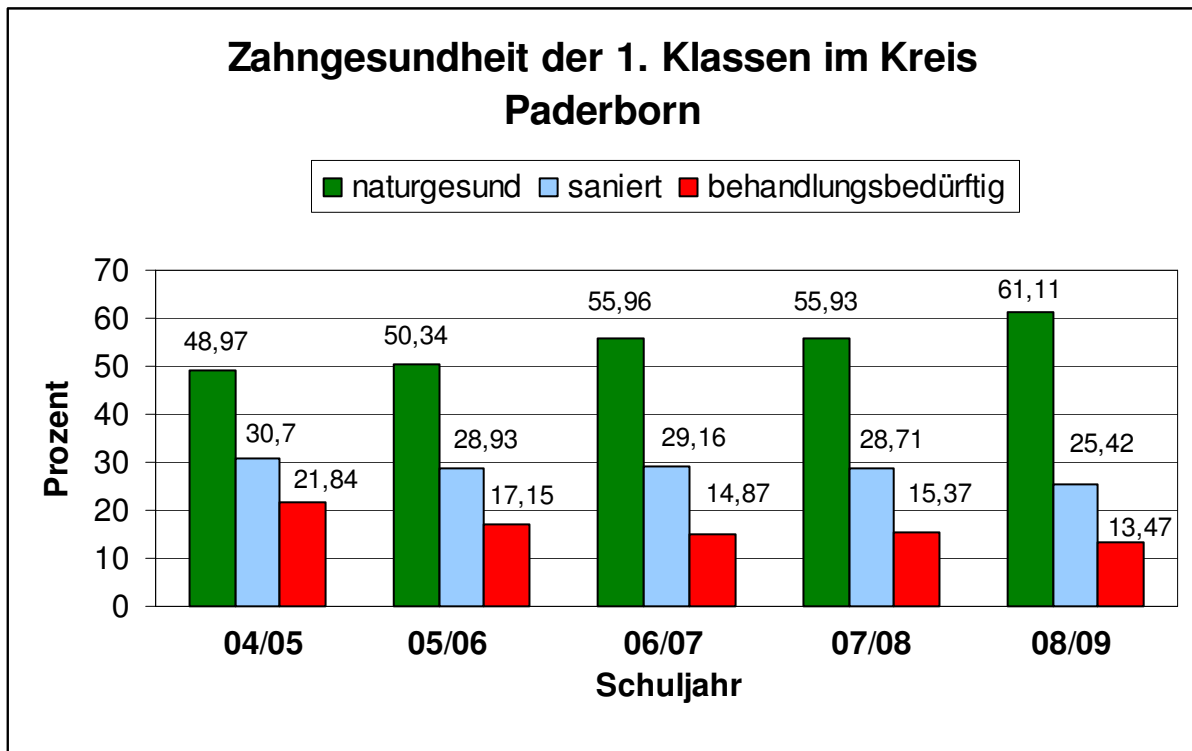
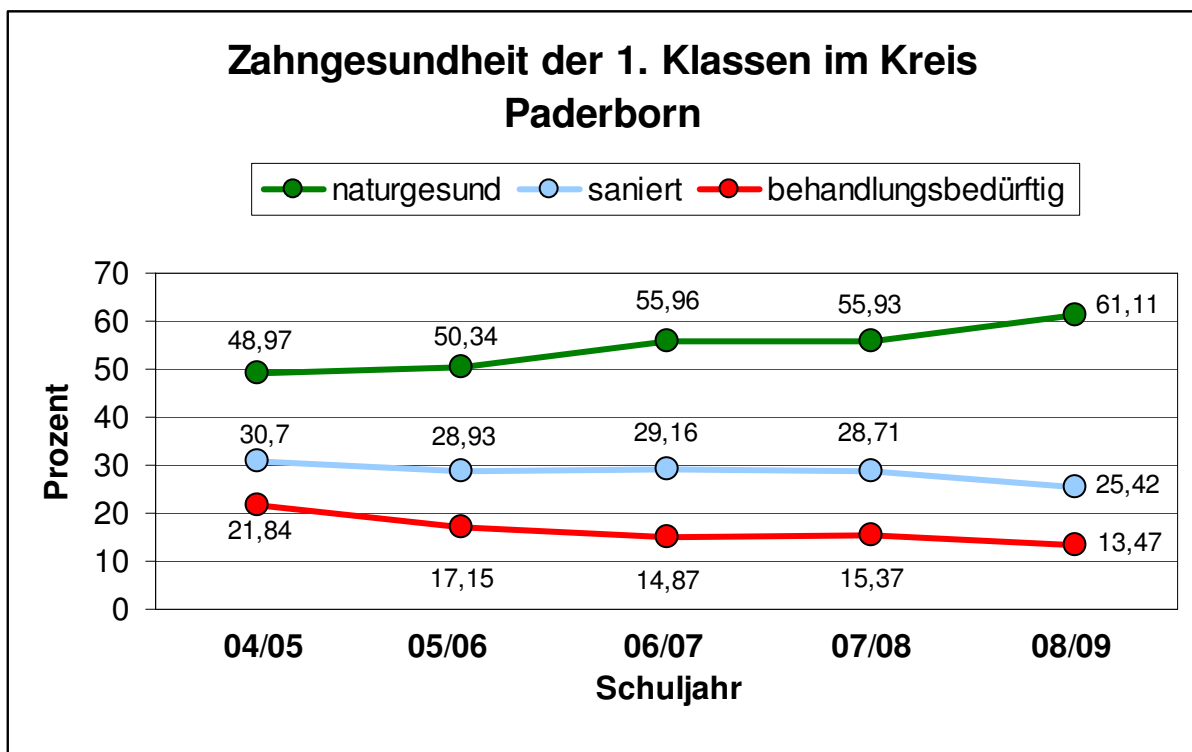


Tabelle 6



Anhand der Tabellen 5 und 6 wird deutlich, dass sich die **Zahngesundheit der Schulanfänger in den letzten 5 Jahren deutlich verbessert hat**. Die **Naturgesundheit ist um 12,1% gestiegen!** Die **Behandlung durch den Zahnarzt hat sich um 5,3% erhöht** und **8,37% weniger Kinder haben Karies**.

Tabelle 7

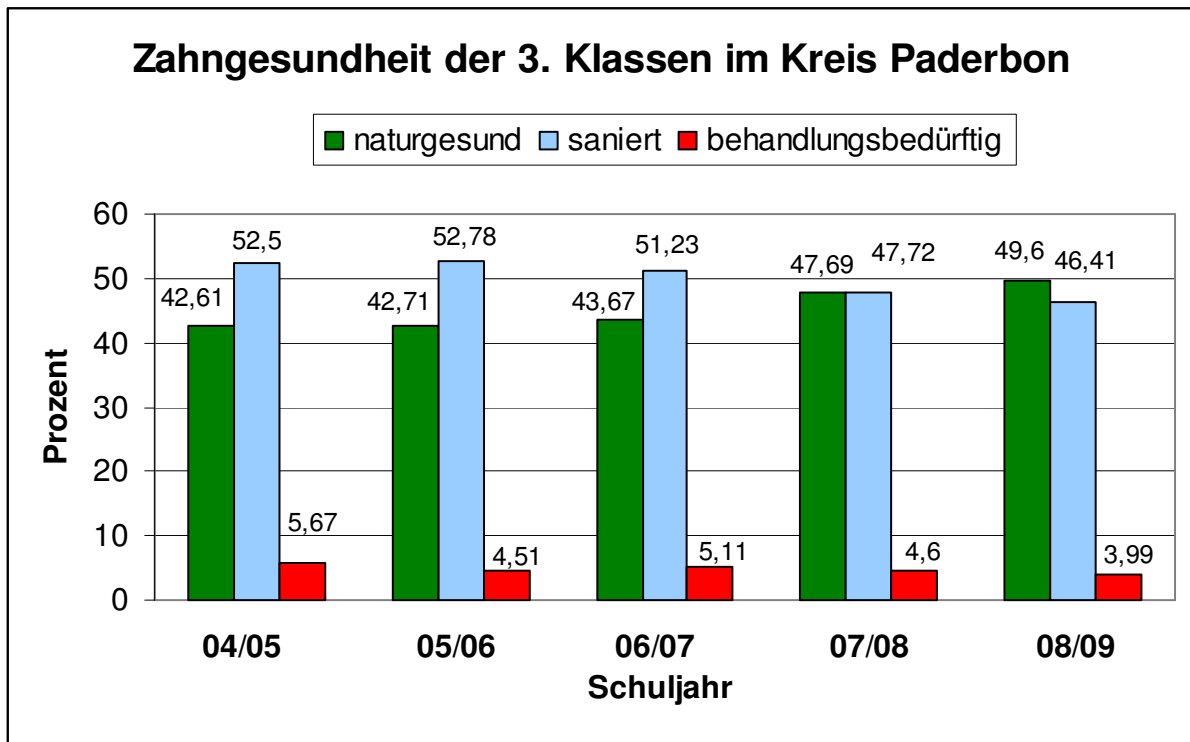
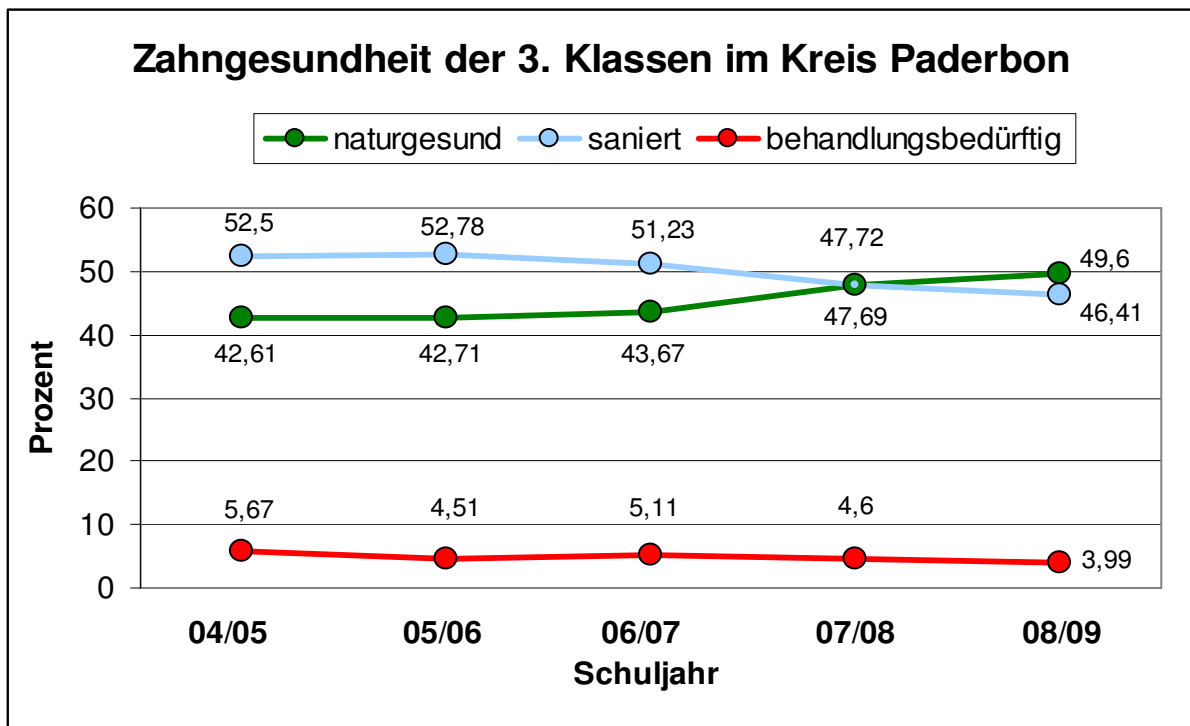


Tabelle 8



Anhand der Tabellen 7 und 8 wird deutlich, dass sich auch die **Zahngesundheit der Schüler der 3. Klassen in den letzten 5 Jahren verbessert** hat. Die **Naturgesund**heit ist um **7% gestiegen**. Die **Behandlung durch den Zahnarzt** hat sich um **7,9% erhöht** und die **Behandlungsbedürftigkeit** ist von **5,67% auf 3,99% gefallen**.

Die Ergebnisse zeigen, dass der Zustand der naturgesunden Zähne der Kinder aber auch noch weiter verbessert werden kann. **Neben einer großen Schüleranzahl mit kariesfreiem Gebiss gibt es eine kleine Gruppe, die einen Großteil aller Karies-Schäden auf sich vereint.** Speziell in Brennpunktgebieten werden zusätzliche Präventionsmaßnahmen durch den Arbeitskreis Zahngesundheit Paderborn (AKZPB), dem auch wir angehören, durchgeführt.

Bestes Ergebnis im Schuljahr **2007/08** mit naturgesunden Zähnen erzielte die Grundschulen Alfen mit 83,33%; ihr folgen die Grundschulen Verlar mit 80% und die Grundschule Thüle mit 78,95% sowie die Domschule - Paderborn mit 77,50%.

Bestes Ergebnis **2008/09** mit naturgesunden Zähnen erzielte die Grundschule Verlar mit 100%, ihr folgen die Grundschulen Thüle mit 84,62% und Scharmede mit 84,38% sowie die Grundschulen Hagen mit 83,78% und Josef, Schloß Neuhaus, mit 82,43%.

Personelle Besetzung:

Eine Zahnärztin (Vollzeitstelle) mit einer Prophylaxemitarbeiterin (Vollzeitstelle)

Eindrücke aus der Prophylaxearbeit



7. Sozialpsychiatrischer Dienst

Dr. Constanze Kuhnert

1. Die Rechtsgrundlagen für die Tätigkeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes Paderborn sind:

- das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) des Landes Nordrhein Westfalen,
- das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG),
- das Sozialgesetzbuch (SGB) II und XII,
- sowie das Betreuungsgesetz (BtG).

Durch die landesgesetzlichen Vorschriften werden u.a. die Kreise verpflichtet, die vor- und nachsorgenden Hilfen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen zu übernehmen und durchzuführen.

2. Zum Personenkreis des Sozialpsychiatrischen Dienstes gehören:

- Menschen, die an psychischen Erkrankungen wie Schizophrenien, Depressionen, schweren Persönlichkeitsstörungen usw. leiden oder bei denen Anzeichen für eine psychische Erkrankung bestehen,
- Menschen mit geistigen Behinderungen,
- Menschen mit Suchterkrankungen, wie z.B. mit einer Medikamenten- und/oder Alkoholsucht,
- Menschen, die sich in suizidalen- und/oder anderen schweren Lebenskrisen befinden,
- Menschen, die an altersbedingten psychischen Problemen wie beispielsweise an Verwirrheitszuständen leiden,
- und für Angehörige oder Mitbetroffene, die Fragen oder Anliegen haben.

Bei allen Hilfen und Maßnahmen ist auf den Willen und die Bedürfnisse der Betroffenen besondere Rücksicht zu nehmen.

Die Hilfen sollen betroffene Menschen aller Altersstufen durch rechtzeitige, der Art der Erkrankung angemessene medizinische und psychosoziale Vorsorge und Nachsorgemaßnahmen befähigen, ein eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft zu führen sowie Anordnungen von Schutzmaßnahmen und insbesondere Unterbringungen zu vermeiden.

Befinden sich die Betroffenen in ärztlicher oder psychologisch psychotherapeutischer Behandlung, werden die Hilfen ergänzend auf freiwilliger Basis gewährt.

Im Jahr 2009 wurden ca. 1009 Klienten (2008 ca. 870 Klienten) durch die Sozialarbeiter /Sozialpädagogen beraten und betreut, 367 zusätzliche Clearingfälle bearbeitet (2008: 415 Clearingfälle)

Zugenommen hat auch der Anteil der zeitlich aufwendigen Beratungen durch Klienten, die über die ARGE vermittelt wurden. Das waren 2007 noch 59 Fälle, 2008 91 Fälle und 2009 81 Fälle.

Neben Mehrfachkontakten zu den Klienten in Form von Hausbesuchen, Klinikbesuchen und Gesprächen in den Sprechstunden, fanden Kontakte zu Angehörigen, Behörden, Ärzten etc. statt.

3. Zuständigkeit und personelle Besetzung:

- Der sozialpsychiatrische Dienst ist für den gesamten Kreis Paderborn bestehend aus 10 Städten und Gemeinden (ca. 300.000) zuständig.
- Bei den zuständigen Mitarbeiter/innen handelt es sich um ein erfahrenes multiprofessionelles Team bestehend aus einer Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie aus Diplom SozialarbeiterInnen und Diplom SozialpädagogInnen.
- Das Kreisgebiet ist derzeit in 6 Bezirke aufgeteilt, wobei jeder Bezirk von einer Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin und einem Sozialarbeiter betreut wird (3 Vollzeit- und 3 Teilzeitbeschäftigte).
- In 4 Bezirken (Bad Lippspringe, Büren, Delbrück und Salzkotten) werden zurzeit regelmäßige Sprechstunden an bestimmten Tagen in der Woche angeboten, um den Hilfesuchenden den Zugang zum sozialpsychiatrischen Dienst zu erleichtern.
- Die im sozialpsychiatrischen Dienst tätige Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie übernimmt die Leitung des Dienstes und ist von ihren Aufgaben her für das gesamte Kreisgebiet zuständig (siehe Punkt 6).
- Zusätzlich ist noch eine Arzthelferin in Teilzeit beschäftigt.
- Die Mitarbeiter sind in der Regel jeden Morgen zunächst für persönliche oder telefonische Anfragen zu erreichen.
- Während der Woche steht im Wechsel ein(e) Mitarbeiter(in) ganztags als Ansprechpartner(in) zur Verfügung. Diese(r) übernimmt den Telefondienst und kann in Krisenfällen intervenieren, Gespräche oder Hilfen weitervermitteln.

4. Der Kontakt zu den Klienten und die Hilfsangebote des Sozialpsychiatrischen Dienstes:

- Die Kontakte sind sehr unterschiedlich und orientieren sich vor allem an dem konkreten Hilfebedarf des Klienten.
- Der Erstkontakt erfolgt überwiegend aufgrund von Informationen von Angehörigen und Drittpersonen.
- Von einer einmaligen Beratung und Weitervermittlung, diagnostischer Abklärung bzw. Begutachtung kann ein Kontakt über mehrere Monate andauern, wobei die Motivation des Klienten, eine Behandlung aufzunehmen bis hin zur Erschließung und Vermittlung von finanziellen, pflegerischen, beruflichen und betreuenden Maßnahmen immer wieder einen Schwerpunkt bilden können.
- Neben den Gesprächen in der Dienststelle werden vor allem Hausbesuche durchgeführt, um u. a. die Wohn- und Umfeldsituation zu klären.
- Seit einigen Jahren werden Freizeit- und Gesprächsgruppen angeboten, um die allein und zurückgezogen lebenden Klienten, die sich nicht an andere bestehende Freizeitangebote anbinden lassen können, zu erreichen.
- Ein wichtiger Schwerpunkt in der Tätigkeit des sozialpsychiatrischen Dienstes ist die Zusammenarbeit mit anderen bestehenden Diensten und Einrichtungen der gemeindepsychiatrischen Versorgung.
- Der sozialpsychiatrischer Dienst ist u. a. im Sinne des Case Management tätig, das heißt: je nach dem persönlichen Hilfebedarf des Klienten und seiner Angehörigen werden notwendige Maßnahmen sowie die vorhandenen institutionellen Ressourcen der gemeindepsychiatrischen Versorgung erschlossen und vermittelt.

5. Weitere Tätigkeitsfelder im Sozialpsychiatrischen Dienst:

- Die Aufgaben der **Koordinierung psychiatrischer Versorgung** werden im Kreis Paderborn vom sozialpsychiatrischen Dienst wahrgenommen und beinhalten **folgende Ziele:**
 - Koordinierung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung im Kreis Paderborn mit dem Ziel der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung,
 - Mitwirkung bei der Entwicklung von trägerübergreifenden Planungskonzepten der regionalen Dienste im Sinne der bedarfsgerechten und gemeindenahen Versorgung,
 - Mitarbeit im Psychiatriebeirat,
 - Umfassende Kenntnis über alle Dienste und Hilfsangebote im Versorgungsgebiet,

- Mitarbeit bei der Erstellung von Teilplänen im Bereich Psychiatrie/Sucht,
- Informationen für Betroffene, Angehörige und Mitarbeiter von Diensten und Einrichtungen über vorhandene und geplante Hilfsangebote im Kreis Paderborn.
- Ebenfalls werden die Aufgaben der **gerontopsychiatrischen Koordination und Beratung** schwerpunktmäßig von einer gerontopsychiatrischen **Koordinierungs- und Beratungsstelle** mit folgenden Aufgaben wahrgenommen:
 - Förderung und Entwicklung von trägerübergreifenden Planungskonzepten innerhalb des gerontopsychiatrischen Versorgungssystems,
 - Bestandsaufnahme aller Einrichtungen und Angebote für ältere Menschen, die an einer psychischen Alterserkrankung leiden,
 - Koordination von Angeboten im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich,
 - Mitarbeit bei der Fortschreibung der Gesundheitsberichtserstattung im Teilgebiet Gerontopsychiatrie,
 - Beratung von Betroffenen und Angehörigen über Hilfsangebote zur Gestaltung ihrer Lebens- und Pflegesituation.
- Regelmäßige Teilnahme an Hilfeplankonferenzen / Clearingsitzungen.
- Regelmäßige Teilnahme an Fort- und Weiterbildung.
- Teilnahme an Fachausschusssitzungen, Beiratssitzungen, Elternsprechtagen usw.
- Mitarbeit in unterschiedlichen Gremien.
- Bereitstellung und Vermittlung von Informationen (Öffentlichkeitsarbeit).

6. Tätigkeit des Arztes im Sozialpsychiatrischen Dienst

- Fachliche und organisatorische Leitung des sozialpsychiatrischen Dienstes, medizinische Beratung der Mitarbeiter bei Diagnosestellung, Behandlungsmöglichkeiten sowie sozialer Integration.
- Krisenintervention, fachliche Beratung von niedergelassenen oder stationär tätigen ärztlichen Kollegen. Fachliche Beratung bei psychiatrisch/neurologischen Fragestellungen der verschiedenen Ämter des Kreises und der Stadt Paderborn, der Polizei, der Gerichte, der Schulen etc..
- Umfangreiche Aufgaben im Rahmen der amtsärztlichen Tätigkeit als Gutachter für ARGE, Sozialämter, Ordnungsämter/ Ausländerbehörde, Jugendämter,

Straßenverkehrsamt sowie verschiedene Gerichte (Sozialgericht, Arbeitsgericht, Familiengericht).

Im Jahr 2009 wurden 163 Gutachten (**im Jahre 2008** u.a. 199 Gutachten) über die Erwerbsfähigkeit im Auftrag der ARGE sowie weitere 7 Gutachten (2008 5 Gutachten) mit der gleichen Fragestellung im Auftrag der Sozialämter erstellt, 15 Gutachten (2008 17 Gutachten) im Auftrag der Ausländerbehörde, 5 für das Straßenverkehrsamt (2008 3 Gutachten), insgesamt 6 Gutachten (2008 5 Gutachten) für das Familiengericht, Verwaltungsgericht und für verschiedene andere Gerichte, 22 Stellungnahmen für das Jugendamt (2008 40 Stellungnahmen), 101 Gutachten für das Sozialamt (2008 52 Gutachten) mit verschiedenen anderen Fragestellungen, 17 im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes (2008 5) sowie 2 Pflegegutachten (2008 14 Pflegegutachten).

Im Clearing (Eingliederungshilfe) wurden insgesamt 287 Klienten (2008 240 Klienten) gesehen, jede 2. Woche ca. 6 Stunden mit dem LWL zusammen.

- Begutachtung im Rahmen zur Dienstfähigkeit 2009: 33, (2008: 23).
- Ein wesentlicher Schwerpunkt ist die Tätigkeit im Rahmen des PsychKG und des Betreuungsgesetzes sowie des ÖGDG im Rahmen der Mitwirkung bei Unterbringungsmaßnahmen über die genannten Gesetze.

Es wurden 30 Bürger (2008 41 Bürger) wegen einer akuten Einweisung gemäß PsychKG begutachtet sowie im Rahmen des Betreuungsgesetzes 52 Gutachten (2008 56 Gutachten) und 67 gutachterliche Stellungnahmen (2008 66 gutachterliche Stellungnahmen) erstellt.

- Zusätzlich wurden 42 Hausbesuche (2008 20 Hausbesuche) mit Beratung sowie 30 Beratungsgespräche (2008 38 Beratungsgespräche) in der Dienststelle geführt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die amtsärztliche Tätigkeit, trotz Honorartätigkeit von Herrn Dr. Lotz bei psychiatrischen Erwerbsfähigkeitsgutachten für die ARGE, nicht weniger geworden ist, so dass die Kapazitätsgrenze hier weiterhin erreicht, wenn nicht sogar überschritten ist. Auch wenn die Aufgaben des sozialpsychiatrischen Dienstes soweit wie möglich von den Sozialarbeiterin erledigt werden, bleiben immer noch ärztliche Aufgaben, die zeitlich nicht gut planbar sind, so dass es oft zu Engpässen kommt.

7. Personelle Besetzung

1 Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
5 Diplom Sozialarbeiterinnen und Diplom Sozialpädagoginnen (4,5 Stellen) und
1 Sozialpädagoge (0,5 Stelle)
1 Arzthelferin (32,23 Std.).

8. Beratungsstelle für Familienplanung und Schwangerschaftskonflikte

Annedör Scheiber, Beate Groepper

Kompetent und Zugewandt - Sozial, Neutral, Kommunal

Aufgabenbereiche der Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle

- Schwangerschaftskonfliktberatung gemäß § 219 StGB i.V. mit §5 SchKG
- Schwangerschaftsberatungen gem. §2 SchKG
- Beratung in Fragen von Verhütung und Familienplanung, Sexualaufklärung und Prävention
- Sozialrechtliche Beratung
- Beratung von Alleinerziehenden
- Beratung von Männern im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftskonflikt oder einer Vaterschaft
- Beratung vor, während und nach pränataler Diagnostik
- Gruppenangebot für junge Schwangere und Mütter (Frühe Hilfen)
- Öffentlichkeitsarbeit
- Vermittlung finanzieller Hilfen aus der Bundesstiftung „Mutter und Kind“ und dem Sonderfonds des Kreises Paderborn.
- Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen, niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen, Schulen, Institutionen usw.
- Mitarbeit in verschiedenen Arbeitskreisen

Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219 StGB und §§ 5 u. 6 SchKG

Der Beratung liegen die gesetzlichen Vorschriften des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (insbesondere §§ 5-7 SchKG) und der §§ 218 ff (insbesondere § 219) StGB zugrunde.

Der Schutz des ungeborenen Lebens ist der zentrale Inhalt der Konfliktberatung.

Die Beratung kann der betroffenen Frau aus einer für sie oft ausweglos erscheinenden Situation Wege und Hilfen aufzeigen, die es ihr ermöglichen, „Ja“ zum Kind zu sagen. Die Beratung soll ihr helfen, eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen, mit der sie auch in ihrem weiteren Leben zurechtkommt. Hierbei ist es wichtig, dass die Gesprächs- und Mitwirkungsbereitschaft der schwangeren Frau ohne jeden Druck herbeigeführt wird.

Die Beratung soll dazu beitragen, die im Zusammenhang mit der Schwangerschaft bestehende Konfliktlage aufzulösen oder zu mildern.

Den Beratungsgesprächen liegen professionelle Kriterien der klientenorientierten Gesprächsführung zugrunde, im Sinne einer wissenschaftlich reflektierten, besonders qualifizierten und auf fachlicher Ethik gegründeten Art der Gesprächsführung. Auf diesen Grundlagen beinhaltet das Beratungsgespräch alle für

die individuell vorliegenden Problemkonstellationen möglichen, angemessenen und auch zugleich realisierbaren Hilfen und Informationen wie:

Nachgehende Beratung und Betreuung, Einbeziehung von Personen des persönlichen Umfeldes, persönliche Hilfen, Therapiemöglichkeiten, Sozialleistungs- und andere Gesetze, Sondermittel für Schwangere und alle weiteren, auf eine denkbare Lösung der individuellen Notlage zielenden Hilfen.

In der Beratung sollen die mit dem Schwangerschaftskonflikt verbundenen oder die in diesem Konflikt erkennbaren persönlichen Probleme der Frau so aufgegriffen werden, dass sie sich öffnen und ein Stück Orientierung mitnehmen kann. Oft ist Schwangerschaftskonfliktberatung Lebens-, Paar-, Familien- und Sexualberatung, Sozialberatung und Sozialbetreuung, Krisenintervention und Prävention in einem.

Die Methode der Schwangerschaftskonfliktberatung geht von der Eigenverantwortlichkeit der Frau aus. Sie darf daher nicht belehrend oder bevormundend sein. Sie hat der Betroffenen bei einem Abwägungsprozess zu helfen und nicht schon von vornherein ein ganz bestimmtes Konfliktergebnis aufzudrängen. Die Beratung wird ergebnisoffen geführt.

In § 2 SchKG wird der umfassende Beratungsanspruch deutlich. Jede Frau und jeder Mann kann sich zu folgenden Themen beraten lassen:

- Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung
- Familienfördernde Leistungen und Rechte im Arbeitsleben
- Vorsorgeuntersuchungen und Kosten der Entbindung
- Soziale und wirtschaftliche Hilfen für Schwangere
- Hilfe bei der Suche nach Wohnung, Arbeits- oder Ausbildungsplatz
- Hilfsmöglichkeiten für behinderte Menschen
- Methoden zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs
- Psychische und physische Folgen eines Abbruchs
- Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft
- Rechtliche und psychologische Gesichtspunkte im Zusammenhang mit einer Adoption

Beratung von Frauen in persönlichen und finanziellen Notlagen während der Schwangerschaft

Bei der Beratung über mögliche Hilfen werden die persönlichen, familiären und wirtschaftlichen Lebensumstände der Frau berücksichtigt. In derartigen Notsituationen kommt es **nicht** auf die **theoretische Realisierbarkeit** der verschiedenen Hilfeleistungen, sondern auf deren **konkrete Durchsetzung** an.

Hilfen für Schwangere werden in der Beratungsstelle vermittelt oder direkt beantragt. Es können Anträge aus dem Sonderfonds des Kreises Paderborn (Gewährung von

Geldmitteln an Schwangere in Notsituationen zum Schutze ungeborenen Lebens) und der Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ aufgenommen werden.

Die Schwangere findet zudem Unterstützung bei der konkreten Durchsetzung ihrer Rechte durch soziale, medizinische und juristische Informationen und das Aufzeigen von Rechtsansprüchen gegenüber öffentlichen und privaten Einrichtungen.

Sie kann während der gesamten Schwangerschaft und nach der Geburt des Kindes die Beratungsstelle als „Ansprechpartner“ und „Begleiter“ in schwierigen Lebenssituationen nutzen. Dies gilt ebenfalls für Ehepartner, Eltern und Personen des persönlichen Umfeldes.

Sonderfonds des Kreises Paderborn Hilfen für Schwangere zum Schutze ungeborenen Lebens

Der Kreistag hat in seiner Sitzung am 11.05.1998 die modifizierten „Richtlinien des Kreises Paderborn über die Gewährung von Geldmitteln an Schwangere in Notsituationen zum Schutze ungeborenen Lebens“ beschlossen. Wie in den Vorjahren, standen auch 2008 und 2009 Haushaltsmittel in Höhe von **41.000 Euro** zur Verfügung.

Hilfen aus dem Sonderfonds des Kreises werden in Fällen gewährt, in denen die gesetzlichen sozialen Leistungen und die Mittel der Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ nicht ausreichen.

Hierbei handelt es sich vielfach um die Übernahme von Schulden, aber auch um Leistungen zum Lebensunterhalt, soweit SGB II-Leistungen oder Bafög nicht in Betracht kommen.

In **2008** wurde **54** schwangeren Frauen mit insgesamt **28.704 Euro** aus dem Sonderfonds geholfen. In **2009** waren es **73** Anträge mit insgesamt **46.430 Euro**. Erfreulicherweise wurde aufgrund des hohen Bedarfes der Etat von 41.000 Euro von der Kämmerei aufgestockt.

Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“

Der Bundestag hat am 13.07.1984 das Gesetz zur Errichtung einer Stiftung „Mutter und Kind - Schutz des ungeborenen Lebens“ verabschiedet. Die Stiftung stellt werdenden Müttern ergänzende Hilfen für ihre Schwangerschaft zur Verfügung. Die Stiftungsmittel werden in NW durch den Caritas-Verband Münster verwaltet. In unserer Beratungsstelle werden die Anträge aufgenommen, bearbeitet und in Zusammenarbeit mit der Kreiskasse ausgezahlt.

In **2008** wurde **221** schwangeren Frauen mit Geldern der Bundesstiftung in Höhe von insgesamt **128.860 Euro** geholfen. In **2009** waren es **246** Anträge mit insgesamt **137.200 Euro**.

Beratung über Methoden der Familienplanung (auch in Gruppen)

Laut §2 (2) 1 SchKG hat jede Frau und jeder Mann das Recht, sich in Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung in einer hierfür vorgesehenen Beratungsstelle informieren zu lassen.

Folgende Beratungsinhalte werden in Einzelgesprächen und/oder Informationsveranstaltungen angeboten:

- Methoden der Empfängnisregelung und deren sichere Anwendung (Inhalt jeder Schwangerschaftskonfliktberatung)
- Beschaffung von empfängnisregelnden Mitteln(Frauen unter 20 Jahre und Beziehungspartnerinnen von ALGII haben einen Anspruch auf Kostenübernahme dieser Mittel)
- Informationsveranstaltungen in Schulklassen und Gruppen
- Sexualpädagogische Gruppenarbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Für das Jahr 2009 ist eine Zunahme an Beratungsgesprächen und Kurzkontakten zu verzeichnen (2.164 im Vergleich zu 1.527 in 2008). Dies bestätigt unseren Eindruck, dass der Bedarf an Betreuung und Begleitung in der Schwangerschaft und nach der Geburt zunimmt.

Unser Angebot der Begleitung wird von den Klientinnen intensiv genutzt, indem sie sich sowohl mit Beziehungsproblemen als auch mit persönlichen und finanziellen Schwierigkeiten an uns wenden. Durch die gute Vernetzung vor Ort (z.B. mit der ARGE, dem Sozialamt, dem Ausländeramt, den Schuldnerberatungsstellen und anderen Beratungsdiensten) können wir schnell und unbürokratisch Hilfe leisten. Auch wenn die finanziellen Probleme oftmals nur der Erstanlass für die Beratung sind, so ist es doch sehr hilfreich, der Frau in der Beratungsstelle direkt und ohne bürokratische Hürden finanzielle Hilfen vermitteln zu können.

Im Jahr 2008 und 2009 haben wir uns auch weiterhin schwerpunktmäßig mit jungen Schwangeren und Müttern beschäftigt.

Die Gruppe „Treff für jungen Schwangere und Mütter“ fand regelmäßig statt und wurde von den Teilnehmerinnen mit großem Interesse nachgefragt. Kontakte wurden aufgebaut und intensiviert und Freundschaften wurden geschlossen. Für die jungen Frauen ist der Austausch in einer Gruppe wichtig und bereichernd, da viele andere Beziehungen durch die neue Situation oft verloren gehen.

Fortbildung

Die Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle müssen sich regelmäßig fortbilden. (Richtlinien zur staatlichen Anerkennung der Beratungsstellen nach den §§ 8 und 9 Schwangerschaftskonfliktgesetz, RdErl. d. Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales v. 19.03.1998 – IV A 3 6841.2.1 Punkt 6.1.5)

- 09.04.2008 „Psychosoziale Beratung bei Pränataldiagnostik“ – Fachtagung Kommunaler Schwangerschaftsberatungsstellen beim LVR in Köln

- 23. und 24. 09. 2008 „Unterstützung von Anfang an! Schwangerschafts-Beratungsstellen als Brückenbögen zu Jugendhilfe und Gesundheitswesen“ Fortbildungsakademie des Deutschen Caritasverbandes in Bad Lauterberg
- 21.10.2008 „Hauptsache, das Kind ist gesund... Möglichkeiten und Grenzen der Beratung bei Pränataldiagnostik“ Fortbildung beim LVR in Köln
- Teilnahme an Tagungen beim Caritasverband Münster Bundesstiftung “ Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ in 2008 und 2009
- 28. – 30.08.2009 „Gesprächsführung mit Paaren – Soziale Hilfen“ Fortbildungsreihe DAJEB in Chorin bei Berlin
- 19.11.2009 „Das Eigene und das Fremde“ Fortbildung beim Landesjugendamt Westfalen

Mitarbeit in verschiedenen Arbeitskreisen oder Projekten

- Arbeitsgruppe „Frauengesundheit“ im Auftrag der kommunalen Gesundheitskonferenz des Kreises Paderborn
- Arbeitskreis „Frauengesundheit“ bei der Gleichstellungsstelle der Stadt Paderborn
- Arbeitskreis „Vernetzung in der Arbeit mit drogenabhängigen Schwangeren, Müttern und Vätern“ in Zusammenarbeit mit der Suchtkrankenhilfe des Caritas Verbandes Paderborn
- Mitarbeit im „Sozialen Frühwarnsystem“ des Kreises Paderborn
- Projekt „Kind und Ko“ Arbeitsgruppe „Guter Start – Rund um die Geburt“
- Arbeitskreis „Kommunale Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen in NRW“
- Arbeitskreis „Schwangerschaftsberatungsstellen im Regierungsbezirk Detmold“
- Arbeitskreis „Schwangerschaftsberatungsstellen in Paderborn“
- Arbeitsgemeinschaft § 78 SGB VIII Familienförderung
- Treff für junge Schwangere oder Mütter in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst Katholischer Frauen Paderborn
- Erfahrungstreffen mit Vertreter/innen der kommunalen Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen und Vertretern des Städte- und Landkreistages
- „Runder Tisch – Rotlicht“ Aufbau einer Kooperation verschiedener Institutionen zum Themenbereich Prostitution

Öffentlichkeitsarbeit

- Teilnahme am Internationalen Frauentag 08.03.2008 und 2009
- Teilnahme am Kreisfamilientag 17.05.2009 in Salzkotten
- Informationseinheiten über unsere Beratungsstelle (z.B.: Stiftung Kolping-Forum Paderborn, Krankenpflegeschule St. Johannisstift Paderborn, Fachhochschule des Mittelstandes in Bielefeld)
- Herausgabe des Verhütungskoffers, immer verbunden mit einem Informationsgespräch

STATISTIK DER BERATUNGSSTELLE IM JAHR 2008/2009

„Jährlicher Erhebungsbogen“ des Ministeriums für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen

	2008	2009
Zahl der beratenden Personen	2.017	2.641
Beratungen	1.527	2.164
davon Kontakte (unter 15 Minuten)	140	573
Weiblich	1.505	2.154
Männlich	512	487
<u>Beratungsinhalt:</u>		
Beratung nach §§ 5/6 SchKG	393	378
Beratung nach § 2 SchKG	1.134	1.786
<ul style="list-style-type: none"> • Information über persönliche und finanzielle Hilfen • Antragsaufnahme zur Bundesstiftung/Sonderfonds des Kreises Paderborn • Beratung über Familienplanung und Sexualberatung • Allgemeine Schwangerschaftsberatung in Konfliktsituationen • Nachbetreuung nach Geburt bzw. Schwangerschaftsabbruch 		
Pädagogische Gruppenarbeit	29	23
Erreichte Personen	Ca. 450	ca. 545

Personelle Besetzung:

Dipl. Sozialarbeiterinnen:

1 Vollzeitstelle

1 Teilzeitstelle mit 25 Stunden

Verwaltungsbeamtin:

1 Teilzeitstelle mit 30 Stunden

Die Beraterinnen sind Fachkräfte mit langjähriger Beratungspraxis. Sie unterliegen einer besonders strengen Schweigepflicht.



Das Team der Beratungsstelle am Info-Stand zum Internationalen Frauentag 2009

10. Kommunale Gesundheitskonferenz des Kreises Paderborn

Dr. med. Georg Alles, Monika Riesenberg

Die kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) ist ein sehr wichtiges Instrument kommunaler Gesundheitspolitik. Ihre konstituierende Sitzung fand im Juni 1998 statt, bei der auch die heute noch gültige Geschäftsordnung verabschiedet wurde. Die Rechtsgrundlage für die KGK bilden die §§ 23 und 24 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG).

Der Kreistag beruft die kommunale Gesundheitskonferenz ein, die aus „Vertretern und Vertreterinnen der an der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beteiligten, der Selbsthilfegruppen und der Einrichtungen für Gesundheitsvorsorge und Patientenschutz“ besteht.

Aufgabe der KGK ist die Beratung „gemeinsam interessierender Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene mit dem Ziel der Koordinierung und gibt bei Bedarf Empfehlungen“. Die Umsetzung aller Empfehlungen bzw. Maßnahmen erfolgt auf der Basis der Freiwilligkeit (Selbstverpflichtung) der Beteiligten.

Die KGK wirkt auch an der Gesundheitsberichterstattung mit, wobei die Gesundheitsberichte mit den Empfehlungen und Stellungnahmen der KGK dem Kreistag zugeleitet werden.

Den Vorsitz der KGK hat der Landrat, die Geschäftsführung wird vom Leiter des Gesundheitsamts wahrgenommen.

Da das Gesundheitsamt nach dem ÖGDG einen generellen Präventionsauftrag hat, der über die in unserem Bericht aufgeführten Bereiche hinausgeht, sind wir in den letzten Jahren verstärkt dazu übergegangen, die KGK nicht nur für Beratung, die Herausgabe von Empfehlungen und Berichten zu nutzen, sondern über die Gründung von speziellen Arbeitsgruppen konkrete, nachhaltige Präventionsarbeit für die Bürgerinnen und Bürger des Kreises Paderborn zu leisten. Ausschlaggebend war dabei auch die Erfahrung, dass viele Menschen mit hoher Motivation und Qualifikation, hauptberuflich oder ehrenamtlich, dazu bereit sind, sich in wohlverstandenen Gemeinwohl für gesundheitliche Belange einzusetzen. Um u.a. diese aktiven, sehr motivierten und qualifizierten Menschen bei ihrer Projektarbeit organisatorisch, sachlich und ggfs. auch materiell zu unterstützen und angemessen betreuen zu können, wurde dafür extra eine Vollzeitkraft eingestellt. Ihre Aufgabe besteht u.a. darin, die inzwischen recht zahlreichen, anspruchsvollen und in ihrer Betreuung und Gestaltung teilweise sehr aufwändigen Aktionen und Projekte zu organisieren bzw. zu koordinieren.

Die erste Arbeitsgruppe war der Psychiatriebeirat, der 1998 über die KGK gegründet wurde. 2003 kamen die Arbeitsgruppen „Herzinfarkt erkennen und richtig handeln“ (HEUH), „Frauengesundheit“ und „Paderschlag- Schlaganfall ein Notfall“ hinzu, die heute noch bestehen und ebenfalls sehr erfolgreich arbeiten.

„Herzinfarkt erkennen und richtig handeln“ (HEUH)

Ziel dieser Arbeitsgruppe ist es, die Bevölkerung über die Symptome eines Herzinfarktes zu informieren, damit die Phase vom ersten Auftreten des Herzinfarktes bis zum Eintreffen ins Krankenhaus reduziert wird.

Die Arbeitsgruppe „Herzinfarkt erkennen und richtig handeln“ befasste sich mit Informationsveranstaltungen an Schulen, Laienreanimation, Einsatz von Defibrillatoren an markanten Plätzen im Kreis Paderborn und mit dem Bedarf für Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte zum Thema „Herzinfarkt erkennen und richtig handeln“.

Nachdem Herr Prof. Most in den Ruhestand gegangen war, ruhten vorübergehend die Aktivitäten bis zur neuen Besetzung der Chefarztstelle, Kardiologie, im St. Vincenz Krankenhaus.

„Frauengesundheit“

Die Arbeitsgruppe Frauengesundheit befasste sich mit folgenden Themen: Essstörungen, Häusliche Gewalt gegen Frauen, Rauchende Schwangere und Schwangerschaft und Geburt.

Aus der Sicht der Arbeitsgruppe Frauengesundheit der kommunalen Gesundheitskonferenz wird Handlungsbedarf bei dem Thema Schwangerschaft und Geburt gesehen, zumal die aktuellen demografischen Daten des Kreises Paderborn einen leichten Rückgang der Bevölkerung aufweisen. Grund ist die stagnierende Zuwanderung und der Rückgang der Geburten, der sich in den vergangenen Jahren fortgesetzt hat. Jedes Jahr werden im Kreis Paderborn im Durchschnitt 100 Kinder weniger geboren. Im Jahr 2009 ist die Rate deutlich unter 3000er Marke (2841) gefallen.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe sahen einen Handlungsbedarf in folgenden Bereichen:

- Junge schwangere Frauen
- Schwangere Frauen mit Migrationshintergrund
- Auswirkungen von Schwangerschaftsabbruch auf die betroffenen Frauen
- Frühe Hilfen bei Schwangerschaft und Geburt

Die kommunale Gesundheitskonferenz empfahl am 05.11.08 der Arbeitsgruppe Frauengesundheit, das Thema „Schwangerschaft und Geburt im Kreis Paderborn“ aufzugreifen und Handlungsempfehlungen zu entwickeln

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe begannen einen gemeinsamen Bericht mit den Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen zu erstellen, der 2010 veröffentlicht wurde.

Leiterin der Arbeitsgruppe:

Frau S. Vishedyk, Amtsärztin im Gesundheitsamt

„Paderschlag- Schlaganfall ein Notfall!“

Ziel ist die Bevölkerung über Symptome des Schlaganfalls zu informieren, damit die Phase vom ersten Auftreten des Schlaganfalls bis zum Eintreffen ins Krankenhaus reduziert wird.

Die Arbeitsgruppe „Paderschlag- Schlaganfall ein Notfall“ begann mit einer Auftaktveranstaltung Ende 2006. 2007, 2008 und 2009 fanden weitere Veranstaltungen zum Thema „Schlaganfall erkennen und richtig handeln“ statt (Kurzvorträge, Blutdruckmessungen, Infostände). Dazu wurde auch eine intensive Öffentlichkeitsarbeit mit Pressekonferenzen unter Leitung des Amtes für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Kreises Paderborn durchgeführt. Weitere Aktionen der Arbeitsgruppe sind geplant.

Leiter der Arbeitsgruppe:

Herr PD Dr. med. T. Postert, Chefarzt der neurologischen Abteilung St. Vincenz-Krankenhaus.

„Rauchfrei- auf dem Weg zu einem rauchfreien Kreis Paderborn“

Die Projektziele sind:

1. Vor Passivrauchen zu schützen
2. Einstieg verhindern, verzögern
3. Ausstieg erleichtern

Leiter der Arbeitsgruppe:

Herr Prof. Dr. med. W. Petermann, Chefarzt der medizinischen Abteilung Brüderkrankenhaus St. Josef.

Es wurden Fortbildungen in Zusammenarbeit mit der LWL Klinik Paderborn zum Thema „Rauchen und Schwangerschaft“ für Hebammen und Sozialarbeiter und zum Thema Sucht durchgeführt.

„Männergesundheit“

Ziel ist, dass Männer verstärkt Vorsorgeangebote in Anspruch nehmen und ein gesundheitsbewussteres Verhalten entwickeln. Im Jahr 2007 wurde zum Thema Männergesundheit eine Veranstaltung durchgeführt.

Herr Dr. M. Mardus, Facharztpraxis für Urologie, war Leiter der Arbeitsgruppe. Die Leitung der Arbeitsgruppe musste neu besetzt werden. Die Aktivitäten der Arbeitsgruppe ruhten vorübergehend bis zur Neubesetzung der Leitung.

Die Vorbereitungen für weitere Veranstaltungen haben begonnen.

„Psychiatriebeirat“

Ziel ist eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung.

Die Kommunale Gesundheitskonferenz des Kreises Paderborn hatte auf der Sitzung vom 10.10.2007 dem Psychiatrie-Beirat empfohlen das Thema „Depressionen erkennen und behandeln“ aufzugreifen mit dem Ziel der Entwicklung von Handlungsempfehlungen. Für diesen Zweck wurden eine Arbeitsgruppe mit den drei Untergruppen Fortbildung, Öffentlichkeitsarbeit und Selbsthilfe eingerichtet.

An den Arbeitsgruppen beteiligen sich Vertreter von folgenden Einrichtungen und Praxen: LWL-Klinik Paderborn, Sozialpsychiatrischer Dienst, St. Vincenz-Krankenhaus, Brüderkrankenhaus, Teutoburger-Wald-Klinik, Psychotherapeuten-Verein, Verein niedergelassener Nervenärzte, Wohlfahrtsverbände, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Selbsthilfe, Telefonseelsorge, Notfallseelsorge, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft. Weitere Institutionen sowie Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen arbeiteten aktiv in diesem Bündnis mit.

Die Arbeitsgruppe befasste sich u. a. mit dem seit 2001 bestehenden „Bündnis gegen Depression“, das im Rahmen des vom Bundesforschungsministerium geförderten „Kompetenznetz Depression“ entstanden ist. Es handelt sich um einen bundesweit tätigen gemeinnützigen Verein, der das Ziel einer besseren Versorgung depressiv erkrankter Menschen verfolgt. Seit dem Jahr 2001 werden, in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Bündnis gegen Depression e. V., eine Vielzahl von Informationsveranstaltungen für die Bevölkerung durchgeführt, um die Kernbotschaft, „Depression kann jeden treffen“, zu vermitteln. Gleichzeitig werden Berufsgruppen geschult, die immer wieder mit der Krankheit Depression konfrontiert werden (z. B. Ärzte, Apotheker, Polizisten, Lehrer, Pastoren) und eine wichtige Multiplikatorfunktion für Behandlung und Prävention haben.

Die Unterarbeitsgruppe des Psychiatriebeirates „Bündnis gegen Depression“ war in der Zwischenzeit in folgenden Bereichen tätig: Erstellung einer Bestandsaufnahme über Hilfsangebote, Durchführung einer Auftaktveranstaltung im Rathaus zum Thema „Depression erkennen und richtig behandeln“, Entwicklung von Handlungsempfehlungen auf der Grundlage der Empfehlungen des Deutschen Bündnisses gegen Depression e.V. und Planung einer Vereinsgründung „Paderborner Bündnis gegen Depression e. V.“.

Am 05.11.08 befürwortet die kommunale Gesundheitskonferenz die geplante Gründung des Vereins „Paderborner Bündnis gegen Depression“.

Der Verein Paderborner Bündnis gegen Depression e. V. wurde am 10.12.2008 gegründet und erhielt die Anerkennung der Gemeinnützigkeit.

Im Rahmen des Bündnisses gegen Depression sind drei Arbeitsgruppen tätig:

- Fortbildung und Schulung für Ärzte und Multiplikatoren
- Öffentlichkeitsarbeit
- Selbsthilfe/ Betroffene und Angebote

Es wurden in der Zwischenzeit für mehr als 30 Ärzte und Multiplikatoren Schulungen durchgeführt.

Ferner gab es Veranstaltungen für Laien, Betroffene, Angehörige und Professionelle mit insgesamt ca. 1000 Teilnehmern.

Auf der Sitzung der Gesundheitskonferenz am 10.10.07 wurde auch der Psychiatrieteilplan „Psychiatrie/ Psychotherapie 2006“ und weitere Aktivitäten des Psychiatriebeirates vorgestellt. Danach ging es um die Umsetzung des Psychiatrieberichtes zum Thema Krisendienst, Prävention, ambulante und stationäre Eingliederungshilfe und es wurden folgende Einzelthemen behandelt:

- Arbeitsmarkt und psychisch Behinderte: Profitieren sie vom Aufschwung?
- Patiententestament
- Bedarfssituation zur Krankenhausplanung
- Sozialpsychiatrische Versorgung von Migranten

Leiter der Arbeitsgruppe Psychiatriebeirat:
Herr PD Dr. med. B. Vieten, Chefarzt der LWL-Klinik Paderborn.

Die **Unterarbeitsgruppe** des Psychiatriebeirates „Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Störungen im Kreis Paderborn“ befasste sich mit:

- Aktualisierung der Arbeits- und Beschäftigungsangebote.
- Erfahrungsaustausch für die Weiterentwicklung der Angebote.
- Informationssammlung zum ehrenamtlichen Engagement für psychisch beeinträchtigte Menschen.

Leiterin der Arbeitsgruppe:
Frau Riesenberg, Geschäftsstellenleiterin der KGK

KOMM IN Projekt des Kreises Paderborn

Die Geschäftsstellenleiterin der KGK war auch am KOMM IN Projekt des Kreises Paderborn beteiligt, zumal das Thema Migration und Gesundheit von der Gesundheitskonferenz noch nicht aufgegriffen worden war. Sie gründete im Rahmen dieses Projektes einen Steuerungskreis „Migration und Gesundheit“. Die Mitglieder ermittelten Bedarfe, formulierten Ziele und erarbeiteten Umsetzungsmaßnahmen.

Es wurde u.a. festgestellt, dass bestimmte Migrantengruppen die Angebote im Bereich Gesundheit und Gesundheitsvorsorge unzureichend nutzen. Sprachliche, kulturelle und andere Barrieren verhindern, dass die Angebote von Migranten wahrgenommen werden. Das führte dazu, dass in Zusammenarbeit mit dem Institut für soziale Innovation eine Befragung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und psychosozialen Dienste zur Mehrsprachigenkompetenz durchgeführt wurde. Auf diesen Erkenntnissen wurde ein Gesundheitswegweiser für

Migranten erstellt, um den Menschen mit Zuwanderungsgeschichte einen besseren Zugang zu unserem Gesundheitssystem zu ermöglichen.

Ferner wurde das Projekt „Ich geh’ zur U! Und Du?“ mit 24 Kindergärten mit erhöhtem Migrationsanteil durchgeführt, um den Anteil der Kindergartenkinder mit Migrationshintergrund an den U-Untersuchungen zu erhöhen. Auch dieses Projekt war sehr erfolgreich.

Die Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit startete u.a. auch eine Initiative, um das Thema Gesundheit und Gesundheitsvorsorge weiter in die Sprachkurse für Migranten zu integrieren.

Personelle Besetzung der Geschäftsstelle der KGK:
1 Diplom-Pädagogin

10. Versorgungsamtsärztlicher Dienst

Frau Ingrid Jacke

Zum 01.01.2008 ist durch das 2. Gesetz zur Straffung der Behördenstruktur in NRW vom 24.10.2007 eine wesentliche Zuständigkeitsänderung eingetreten. Die Aufgaben nach § 69 SGB IX (Feststellung der Behinderung) und § 145 SGB IX (Unentgeltliche Beförderung) wurden als Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung auf die Kreise und kreisfreien Städte übertragen. Darüber hinaus haben diese noch Aufgaben nach dem Bundeselterngeld und Elternzeitgesetz (BEEG) als Auftragsangelegenheit wahrzunehmen.

Oder anders ausgedrückt:

Während vor der Gesetzesänderung Versorgungsämter nur auf Bezirksebene agierten, sind seit dem 01.01.2008 die Kreise selbst verantwortlich.

Die Aufgaben nach dem Bundeselterngeld- und Elternteilzeitgesetz sind dem Jugendamt unterstellt worden, die Angelegenheiten des sozialen Entschädigungsrechts, einschließlich der Kriegsopferversorgung, unterstehen den Landschaftsverbänden. Die bekannteste Aufgabe, die „Feststellung der Behinderung“ bzw. die „Feststellung der Notwendigkeit zur unentgeltlichen Beförderung“ und weitere „Nachteilsausgleiche“ sind verwaltungsseitig dem Amt für Soziales unterstellt. Es erfährt Unterstützung durch den amtsärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes.

Als behindert gilt ein Mensch, wenn seine Körperfunktionen, geistigen Fähigkeiten oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und damit die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt. Fühlt sich ein Mensch behindert, so kann er einen **Grad der Behinderung (GdB) feststellen** lassen, der ihn auf dem Arbeitsmarkt schützen und zur Verbesserung seiner Lebensqualität beitragen soll.

Dieser GdB (in 10er Graden) legt fest, in welchem Ausmaß die durch die Behinderung entstandenen Nachteile ausgeglichen werden müssen. Ein solcher Ausgleich kann sich z. B. als Kündigungsschutz, Zusatzurlaub im Erwerbsleben, Feststellung von Nachteilsausgleichen und als steuerlicher Vorteil darstellen. Hierfür ist die Überprüfung und Auswertung der verschiedenen gesundheitlichen Zeugnisse, Atteste, Bescheinigungen und Behandlungs- und Befundberichte erforderlich. Zur

Bewertung wurden 2008 die „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“, kurz AHP, zugrunde gelegt, die damals noch Normcharakter hatten. Ab dem 01.01.2009 gelten die **„versorgungsmedizinischen Grundsätze als Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizinverordnung“** vom 10.12.2008, kurz VMG, nunmehr mit Gesetzescharakter.

Zur Feststellung der Behinderung werden Erstanträge, Änderungsanträge, Widerspruchsverfahren, Nachprüfungen von Amts wegen und letztlich Klagen bearbeitet.

Seit Übernahme der versorgungsamtlichen Aufgaben in Paderborn ist es zu einer wahren Antragsflut gekommen, die den vormals statistisch ermittelten Bedarf deutlich übersteigt. In Paderborn wurden 2008 insgesamt 8881 Verfahren, damit ca. 15% mehr als das statistisch ermittelte „Soll“, in 2009 insgesamt 8780 Verfahren, ca. 13,6% des Solls, bearbeitet. Wir liegen damit im Mittelfeld des nordrhein-westfälischen Trends. Während in 2008 noch 21% der Antragsteller in den Widerspruch gingen, reduzierte sich diese Zahl in 2009 auf 15%. Die Zahl der Klagen betrug in den letzten Jahren NRW-weit durchschnittlich 20% der Widersprüche (2007 sogar 24% der Widersprüche). 2008 lässt sich diese Zahl auf Grund der überlappenden Zuständigkeiten (Landesversorgungsamt bzw. Kreis) nicht erfassen. In 2009 wurden im Kreis Paderborn insgesamt 179 Klagen erhoben (14% der Widersprüche). Den Rückgang der Widerspruchs- und Klagenverfahren können wir uns nur durch die gute Zusammenarbeit im **Qualitätsmanagement** zwischen Sozial- und Gesundheitsamt erklären. Über die Klagen entscheidet das Sozialgericht Detmold. Der Kreis Paderborn wird hierbei durch das Rechtsamt vertreten. Es besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen dem versorgungsärztlichen Dienst und den Mitarbeitern der Rechtsabteilung.

Um die große Zahl der Anträge zu bewältigen, sind dem versorgungsärztlichen Dienst 14 externe Ärztinnen und Ärzte zugeordnet, die als „Außengutachter“ ärztliche Stellungnahmen nach dem Schwerbehindertenrecht überwiegend nach Aktenlage, gelegentlich auch durch „Untersuchungen von Amtswegen“ erstellen. Für die unterschiedlichen Fragestellungen stehen entsprechend qualifizierte Fachärzte verschiedenster Fachrichtungen zur Verfügung (Allgemeinmedizin, Neurologie, Psychiatrie, HNO-Heilkunde, Augenheilkunde, Kinderheilkunde und Innere Medizin). Der überwiegende Anteil der Untersuchungen erfolgt im Gesundheitsamt. Die Dienstaufsicht liegt weiterhin beim Landesversorgungsamt der Bezirksregierung Münster.

Dem versorgungsärztlichen Dienst des Kreises obliegt zusätzlich die Ausbildung, Schulung und Beaufsichtigung der Außengutachter und, da die Antragsteller ein

Anrecht auf eine möglichst gleichmäßige und unterschiedslose Anwendung der maßgeblichen Vorschriften (VMG) haben sollten, die Durchführung des Qualitätsmanagements. Zu diesem Zweck wurden kreisübergreifende Qualitätszirkel eingerichtet.

§ 69 SGB IX- Verfahren des Kreises Paderborn p.A.

Quelle der IST-Zahlen: IT. NRW, Schwb-SAP-Statistik; Klagen: Prozessliste Amt 30

	Erst- anträge	Änderungs- anträge	Nach- prüfungen	Wider- spruchs- verfahren	Klagen gegen Bescheide ab 01.01.08*	Verfahren Gesamt ** ohne Klagen	Verfahren GESAMT ** mit Klagen
SOLL Lt. Anlage 2 d. ReformG vom 30.10.07	2488	2828	1319	1093	Keine Angabe im ReformG- Aufwand nicht berücksichtigt	7728	7728
2008 IST	2888	3203	1337	1326	127	8754	8881
+/- Abweichung zum SOLL in %	16,08%	13,26%	1,36%	21,32%		13,28% ohne Klagen	14,92% mit Klagen
2009 IST	2990	3101	1251	1259	179	8601	8780
+/- Abweichung zum SOLL in %	20,9%	9,65%	-5,16%	15,19%		11,30% ohne Klagen	13,61% mit Klagen

* Klageeingänge gegen Bescheide ab 01.01.2008 waren aufgrund der vorgeschalteten Widerspruchsverfahren erst ab ca. Juli 2008 sukzessive ansteigend und verzeichnet (Prozentbearbeitung der Altverfahren: BezReg MS).

** Ohne Begleit- und sonstige Anschlussverfahren, z. B. Verlängerungsanträge und Anträge nach § 44 SGB X.

Personelle Besetzung:

Formal sind ½ Arztstelle und ½ Arzthelferinnenstelle vorgesehen.
Faktisch erforderte diese Tätigkeit fast eine ganze Stelle.



**Bericht des Gesundheitsamtes
Ausgabe 2008 und 2009**

**Kreis Paderborn – Der Landrat
Gesundheitsamt
Aldegreverstraße 10 – 14
33102 Paderborn
Tel.: 05251 308 271
eMail: gesundheitsamt@kreis-paderborn.de
www.kreis-paderborn.de**