Zeitschrift des Bundesverbandes der Hygieneinspektoren

Der Hygieneinspektor

23. Jahrgang - 01/2021

Infektionsschutz - Trinkwasser - Badewasser - Umwelthygiene

Prozessorientierte Gesundheitsverwaltungen – Vision oder Wirklichkeit?

Mitteilungen und Berichte aus Bund und Ländern

Fachbeiträge und Fachwissen

Berufspolitik

ISSN 1864-7197

www.bundesverband-hygieneinspektoren.de

Vertrauen Sie dieser Quelle

Damit Sie die Erfolgsgeschichte des Trinkwassers in Deutschland sichern und fortschreiben können, stellt *Trinkwasser aktuell* bereit, was Sie in der Praxis dafür brauchen: rechtliche, technische, medizinische und naturwissenschaftliche Informationen in Kombination mit einer Fülle sehr hilfreicher Zusatzmaterialien!

Die aktuellen Beiträge

- Verantwortung und Regelungen für die Trinkwasser-Installation
- Trinkwasser, abgepackte Wässer und Säuglingsnahrung
- Bromat im Trinkwasser
- Sulfat im Trinkwasser
- Weitere anorganische Stoffe mit Grenzwert im Trinkwasser
- THM im Trinkwasser
- Organica geringer Bedeutung mit Grenzwert

Datenbank inklusive

Als Bezieher des Print-Werkes haben Sie Zugriff auf die Online-Datenbank von **Trinkwasser aktuell**!
Das sind die Extras:

- Zusatzkapitel mit **Empfehlungen, Stellungnahmen und Mitteilungen** des UBA, der Trinkwasserkommission des BMG sowie des einstigen BGA,
- der interministeriell erarbeitete **Katalog vorsorgender Leistungen der Wasserversorger** für den Gewässer- und Gesundheitsschutz,
- **wichtige wasserrechtliche Vorschriften** der EU, des Bundes und der Länder inkl. Vergleich mit früheren Rechtsständen,
- das **Rechtskataster** – komfortabel per **E-Mail-Alert**.

Die Datenbank **Trinkwasser aktuell** kann auch separat abonniert werden.

Trinkwasser aktuell

Herausgegeben von **Dr. Hermann H. Dieter**, Dir. und Prof. a. D. (UBA), Diplom-Biochemiker und Toxikologe, ehem. Umweltbundesamt, Trebbin; **Dr. Ingrid Chorus**, Biologin, ehem. Umweltbundesamt, Berlin; **Dr.-Ing. Wolfgang Krüger**, Diplom-Chemiker, Berlin; **Dr. Birgit Mendel**, Diplom-Biologin, Hagen

Datenbank, inkl. Infodienst zu allen Aktualisierungen mit jedem Update

Die Datenbank 4 Wochen gratis testen:
www.TRINKWASSERAKTUELLdigital.de/info

ERICH SCHMIDT VERLAG
Auf Wissen vertrauen

Bestellungen bitte an den Buchhandel oder: Erich Schmidt Verlag GmbH & Co. KG · Genthiner Str. 30 G · 10785 Berlin
Tel. (030) 25 00 85-228 · Fax (030) 25 00 85-275 · ESV@ESVmedien.de · www.ESV.info

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,
liebe Mitglieder und Förderer,

das letzte Jahr hat uns stark in Atem gehalten, ob im Privaten oder im Beruflichen. Viele von uns sind auch Opfer dieser Pandemie geworden, ob nun selbst betroffen oder aber ein naher Angehöriger erkrankt ist. Dies hat uns viel Kraft und Zeit gekostet unser Alltag hat sich dadurch stark verändert, er ist weniger fröhlich geworden, er ist steifer und ernster geworden.

Auch wir im Vorstand sind an unsere zeitlichen Grenzen gekommen, wir wollten im letzten Jahr so viel leisten, aber auch uns hat die Pandemie beruflich die Zeit geraubt. Doch die Zahlen sprechen für sich, es scheint, als ob diese Pandemie nun vorbei ist. Die ersten Restaurants öffnen wieder, Kinder schwimmen in den Bädern und wir können nun endlich unsere Freunde wiedersehen, mit ihnen zusammen grillen oder uns einfach nur treffen. Dieses Jahr hat jedem viel abverlangt!

Unsere Kollegen haben in den Ämtern sieben Tage die Woche gearbeitet, sie haben Kontaktpersonen ermittelt,

Quarantäneanordnungen verhängt. Sie sind in die Kindergärten, Krankenhäuser und in die Altenheime und haben versucht, die Schwächsten unserer Gesellschaft vor einer Infektion zu schützen, indem sie bei der Erstellung von Hygienekonzepten geholfen haben. Unsere Kollegen waren die stillen Helden im Öffentlichen Gesundheitsdienst.
Ich hoffe, dass wir die Pandemie besiegt haben und wir positiv in den Sommer blicken können, um unseren Alltag wie wir ihn lieben wieder leben zu können.

Mit besten Grüßen
Sascha Schöler
Bundesvorsitzender

DEVAGENCY

R23®
INTELLIGENT ASSISTANT

Die Plattformlösung
für digitales Arbeiten

Die
einfache
Software
für Alle

Sichern Sie sich jetzt
Ihr lizenzkostenfreies
Einstiegspaket aus der
Produktedition BASIC.

Vereinbaren Sie Ihren
Live-Demo-Termin unter:

www.devagency.de

Foto: © adobe stock, Jacob Lund

Vorwort 3

Editorial 5

Bundesverband

Auszubildende suchen Hilfe 6
S. Schöler

Berufsbild des Hygieneinspektors 7
S. Schöler

Dirk Rieb aus Lohr am Main als Beirat im Pakt für den ÖGD 8

Prüfung bestanden – Ich bin dann mal glücklich 9
S. Gabriel

Länderspiegel

Baden-Württemberg

Bericht aus dem Landesverband Baden-Württemberg 10
S. Zimmermann

Bayern

Gespräch mit dem Ausschuss für Fragen des öffentlichen Dienstes 12
J. Lober

„Es ist nur noch ein Schönreden“ 13
A. Paul

Berlin-Brandenburg

Bundes-Notbremse 15
A. Bryan

Niedersachsen

Schieflage des Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) 19
T. Seitz

Rheinland-Pfalz

Landesverband Rheinland-Pfalz 23
N. Walter

Fachthemen

Prozessorientierte Gesundheitsverwaltungen - Vision oder Wirklichkeit? 24
O. Weinig

„Die Daten unserer Bürgerinnen und Bürger müssen weiterhin sicher sein“ 28

Das Interview mit Landrat Frey: Corona und die Digitalisierung im Landratsamt Starnberg 29
R. Dindorf

Machen Sie Ihr Gesundheitsamt personell zukunftsfest! 30
R. Dindorf

Öffentlicher Gesundheitsdienst 32
O. Weinig

Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst: Zuständigkeiten. Ziele. Zukunft. 32
Leitbild ÖGD

Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung 35
V. Reisig, J. Kuhn

Digitalisierung aber richtig 39
S. Jenensch

H1N1-09/10 Pandemie vis-à-vis COVID-19 Pandemie 40
O. Weinig

Pflegerische Expertise im Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken 43
A. Horn, T. Fischer

Hygiene im OP: Jeder ist verantwortlich. Ist doch selbstverständlich? - Ist es nicht! 45
H. J. Bail

Wie SARS-Coronaviren die menschliche Zelle zum eigenen Vorteil umfunktionieren 47

Rubriken

Buchempfehlungen 48

Das Fotorätsel 51

Epilog 53

Impressum 54

Anzeigenindex 54

Abo-Bestellformular 55

Editorial

Sehr geehrte Leser*innen,
Sehr geehrte „Förder*innen der öffentlichen Gesundheit",

auch der Bundesverband der Hygieneinspektoren hat sich des Themas Digitalisierung angenommen und drückt zusammen mit der Bundes- und den Länderregierungen in dem Thema Digitalisierung der deutschen Gesundheitsämter mit auf das Gaspedal.
Für das Gelingen der Digitalisierung in behördlichen Organisationen, insbesondere auch im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), ist es aus unserer Sicht von großer Bedeutung, das gemeinsam digital durchgestartet wird.
Gemeinsam mit allen im ÖGD tätigen Berufsgruppen, aber auch gemeinsam mit allen öffentlichen und gewerblich tätigen Organisationen, bei und mit welchen die Berufsgruppe der Hygienekontrolleur*innen täglich ihre Arbeit verrichtet.
Viele Leitungen von öffentlichen Einrichtungen, Geschäftsführer*innen von Wirtschaftsunternehmen, Inhaber*innen von Praxen der medizinischen Heilberufe etc. haben mit unserer Berufsgruppe, manchmal sogar mehrfach im Jahr Kontakt und profitieren von unserer Expertise.
Während und auch nach der Corona-Pandemie musste und wird sich unsere Berufsgruppe noch viel stärker auf die Einhaltung der gesetzlich geforderten Hygienestandards gemäß den Hygieneverordnungen, dem Infektionsschutzgesetz, der Trinkwasserverordnung und noch vielen anderen gesundheitsfördernden Empfehlungen, sowohl beratend, als auch kontrollierend annehmen müssen. Diese Mammutaufgaben wird auch unsere Berufsgruppe nicht ohne moderne, multivernetzende und prozessgesteuerte digitale Arbeitswerkzeuge bewältigen können.
Nachdem unsere Berufsgruppe bereits seit über 20 Jahren digital arbeitet, wird es uns hoffentlich nicht sonderlich schwerfallen, die bereits vorhandene digitale Expertise noch weiter auszubauen.
Auf unserem digitalen Weg, möchte wir Sie partnerschaftlich mitnehmen und streben eine digitale Kooperation mit Ihnen, unseren Kunden, an. Leistungsfähige Plattform- und Spezialsoftwarelösungen für den ÖGD und mobile Endgeräte für unsere Arbeit sind erfreulicherweise verfügbar und werden von unserer Berufsgruppe in Zukunft noch viel stärker genutzt.
Wir würden uns freuen, wenn wir Ihnen mit unserem Leitartikel auf den Seiten 25ff Impulse zur Digitalisierung geben können.

Auf eine weiterhin gute, zukünftig verstärkte digitale Zusammenarbeit mit Ihnen freut sich

Der Bundesvorstand
und alle Hygieneinspektor*innen

Der Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe ist der 15.10.2021

*Die Redaktion bittet, diesen Termin wieder pünktlich einzuhalten. Wenn möglich, sind Beiträge auch schon vorab an **ogweinig@web.de** zu senden.*

Das Schwerpunktthema für das Heft 2-2021 lautet

„Trinkwasser"

*Es wäre erfreulich, wenn viele Kollegen*innen und Leser*innen einen Beitrag zu ihrer Erfahrung im Vollzug im Vollzug der Trinkwasserverordnung einbringen könnten.*

Die Redaktion arbeitet ehrenamtlich, jedoch müssen Layout und die Druckkosten finanziert werden. Unsere Bitte an die Leserschaft sei, Fachfirmen für unsere Fachzeitschrift zu interessieren. Jedes Inserat hilft uns, die Fachzeitschrift herauszugeben.
*Nur informierte Kollegen*innen können wertvolle Arbeit für die Bevölkerung leisten.*

Die Redaktion

Auszubildende suchen Hilfe

Im Frühling dieses Jahrs haben sich die Auszubildenden Hygienekontrolleure der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf (AfÖG) an den BVH gewandt, da es etliche Probleme in der Ausbildung gab.
Die Probleme, die es gab, sind entstanden durch mangelnde Kommunikation durch die Akademie. Hierdurch kam es zu organisatorischen Problemen, die natürlich die Auszubildenden hart getroffen haben. Auch war es für einige Auszubildende schwierig, dass die Ämter das passende technische Equipment zur Verfügung stellten. Ebenso war es schwierig, pandemiebedingt die Praktika zu absolvieren. Es kam auch zu Unterrichtsausfall, der nicht nachgeholt werden konnte. All diese Punkte und noch einige mehr führten zu einer großen Unzufriedenheit der Auszubildenden.
Wir haben eine Liste mit allen Punkten erhalten und diese an die Akademie mit der Bitte um Stellungnahme weitergeleitet. Die Akademie war sofort gesprächsbereit und wir konnten einen zeitnahen Termin für eine Videokonferenz finden.
An der Videokonferenz nahmen von Seiten der Akademie Frau Dr. Teichert (Ltg. AfÖG), Frau Dr. Starke (Stellv. Ltg. AfÖG) und Herr Riffer (Lehrgangsleiter) teil. Von Seiten des BVH Herr Reimuth und ich. Die Videokonferenz war sehr zielführend und lösungsorientiert, wir haben alle Punkte angebracht.
Während des Gespräches hat sich herausgestellt, dass es zum Großteil organisatorische Mängel waren, die zu den Problemen geführt haben. Diese organisatorischen Mängel entstanden aus Personalmangel. Die Akademie ist zurzeit dabei, diesen Mangel durch Neueinstellungen zu beheben.
Um zu gewährleisten, dass sich alle Auszubildenden auf demselben Stand befinden, werden folgende Maßnahmen ergriffen:

- Verstärkte Integrierung des BVH in die Ausbildung
- Erstellung eines Ausbildungsleitfaden für die ausbildenden Gesundheitsämter
- Am Anfang der Ausbildung ein Seminar für das notwendige Rüstzeug für die Ausbildung

Frau Dr. Teichert bedauert es sehr, dass es zu Problemen gekommen ist, sie wird auch alles daransetzen, dass es in Zukunft zu keinen weiteren Problemen in der Ausbildung kommt.
Wir freuen uns auf gute Zusammenarbeit mit der Akademie und stehen natürlich immer zur Seite.

Sascha Schöler
Bundesvorsitzender

Berufsbild des Hygieneinspektors

Wie Sie wissen, stellt das Berufsbild des Hygieneinspektors eine besondere verantwortungsvolle Tätigkeit mit einer beträchtlichen Eigenverantwortung dar. Die Zunahme multiresistenter Erreger, deren Management sowie die Umsetzung entsprechender Hygienemaßnahmen nicht nur im Krankenhaus, sondern auch im Heim – und Pflegebereich sowie im Bereich der ambulanten und medizinischen und pflegerischen Versorgung, die gestiegenen Erwartungen im Bereich der Trinkwasserhygiene, der neuen DIN für Schwimmbäder und die Zunahme umweltmedizinischer Fragestellungen, sind Beispiele für die Erweiterung des Tätigkeitsspektrums der Hygieneinspektoren. Selbständige Leistungen werden aufgrund gründlicher und umfassender Fachkenntnis im Arbeitsalltag erbracht. Hier schlägt sich nieder, dass die Hygieneinspektoren im Rahmen der Gefahrenabwehr eine besondere Aufgabe mit erheblicher Tragweite für Rechtsgüter Dritter, insbesondere der Gesundheit der Mitbürgerinnen und Mitbürger zukommt. Oftmals haben Entscheidungen der Hygieneinspektoren auf die Gesundheit der Bewohner ganzer Regionen erhebliche Auswirkungen (z. B. Anordnung der Quarantäne nach §28 Infektionsschutzgesetz, Anordnung der Schließung eines Schwimmbades, etc.).

Die besondere Verantwortung der Hygieneinspektoren wird insbesondere dann deutlich, wenn man diese mit der Verantwortung der im allgemeinen ordnungsamtlichen Dienst beschäftigten Außendienstmitarbeiter vergleicht. Gegenüber dieser Vergleichsgruppe besteht im Hinblick auf die betroffenen Rechtsgüter und die Auswirkungen der Entscheidungen eine deutlich herausgehobene Verantwortung, so dass die Tätigkeit im Verhältnis zu dieser Vergleichsgruppe besonders verantwortungsvoll ist.

In den letzten Jahren hat sich – neben der Vielzahl anderer Berufe im ÖGD – auch das Berufsbild der Hygieneinspektoren maßgeblich weiterentwickelt. Als Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter einer mit einer Amtsärztin oder einem Amtsarzt besetzen Behörde ist er zwischenzeitlich mehr als nur die vergangenheitsgeprägte „rechte Hand“ der Amtsärztin bzw. des Amtsarztes. Die Bewältigung von Infektionskrisen wie EHEC, die Schweinegrippe oder auch aktuell die Coronakrise, stellt uns Hygieneinspektoren vor hohe Herausforderungen, die mit einer Verantwortung für die Menschen in den Landkreisen einhergeht.

In 2017 wurden die Hygieneinspektoren entsprechend der Änderung des Tarifvertrages in die Entgeltgruppe 9a eingruppiert. Diese Eingruppierung ist aus unserer Sicht erneut auf den Prüfstand zu stellen. Um eine Abgrenzung der inhaltlichen und rechtlichen Fragen zur Positionierung des Berufsbildes zu erhalten, hat der Berufsverband der Hygieneinspektoren SaarLorLux e. V. im Jahre 2012 (!), ein berufskundliches Gutachten in Auftrag gegeben. (Verfasser: Dipl.-Ing. Gerd René Müller – öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger für Berufskunde und Tätigkeitsanalyse.)

Zitat aus dem Gutachten: „Die Berücksichtigung des breiten Spektrums der auszuführenden Tätigkeiten und den damit verbundenen notwendigen Qualifikationen eines Gesundheitsaufsehers/einer Gesundheitsaufseherin führen insbesondere im Hinblick auf die o.a. ausführlich dargestellten künftigen Entwicklungen in der Berufsbildung zu dem Ergebnis, dass aus berufskundlicher Sicht sowohl die berufliche Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsaufseher/Gesundheitsaufseherin als auch die tarifliche Eingruppierung einer Reform bedürfen.“

Bisher ist die Ausbildung des Hygieneinspektors Ländersache, dies spiegelt sich auch an den verschiedenen Namen wieder, wie z.B. Hygieneinspektor, Gesundheitsaufseher, Hygienekontrolleur und Fachkraft für Hygieneüberwachung. Wir als Berufsverband, setzen uns ganz klar für eine bundeseinheitliche Ausbildung und eine Akademisierung des Berufes des Hygieneinspektors ein. Denn hier ist Deutschland im europäischen Vergleich weit abgeschnitten, in den anderen europäischen Ländern ist der Abschluss als Hygieneinspektor (z.B. Environmental Health Inspector, Public Health Inspector) ein Bachelorabschluss.

In den letzten Monaten haben sich die Kolleginnen und Kollegen in den Gesundheitsämtern durch einen hohen Arbeitseinsatz und besonderes Engagement für die Bewältigung der Krise eingebracht - eine Argumentation, gerade hier den ÖGD – und damit meine ich insbesondere unsere Berufsgruppe – zu stärken.

Ich freue mich auf Ihre Rückmeldung und stehe für die Beantwortung weiterer Fragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Sascha Schöler
Bundesvorsitzender

Dirk Rieb aus Lohr am Main als Beirat im Pakt für den ÖGD

Um den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Deutschland in den kommenden Jahren personell und infrastrukturell zu stärken und zukunftsorientiert auszurichten, haben Bund und Länder im September 2020 den Pakt für den ÖGD beschlossen. Mit Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) vom 28. Dezember 2020 haben sich die Ministerinnen und Minister und Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit von Bund und Ländern auf die Einrichtung eines externen und unabhängigen Expertenbeirats zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im ÖGD in Umsetzung des Pakts für den ÖGD verständigt.

Als Vertreter des Bundesverbandes der Hygieneinspektoren e. V. (BVH) wurde Dirk Rieb, stellvertretender Landesvorsitzender des BBH, als Sachverständiger dem BMG als Sachverständiger für den ÖGD-Pakt vorgeschlagen.

Mit Schreiben vom 26. März 2021 erfolgte die Benennung als Beirat durch den Gesundheitsminister Jens Spahn. Die Benennung erfolgt auf Grundlage des GMK-Beschlusses „Benennung der Sachverständigen des Beirats zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)“ vom 19. März 2021.

Die konstituierende Sitzung fand am 28.04.2021 statt.

Die Landesverbände im BVH hoffen sehr, dass alle beteiligten Berufsgruppen dieses Expertenrates gemeinsam offen und ehrlich diskutieren. Alleingänge einzelner Berufsgruppen, das haben die vergangenen Monate der Pandemie deutlich gemacht, sind nicht zielführend und sollten in Zukunft unterbleiben. Die Bewältigung der Pandemie erfolgt in den Gesundheitsämtern durch das Wirken vieler Akteure in einem Team. Der Fokus darf deshalb nicht nur auf die Ärzteschaft ausgerichtet sein!

Einzelsachverständige:

- für den gesundheitlichen Bevölkerungsschutz: **Detlef Cwojdzinski**,
- für den Öffentlichen Gesundheitsdienst: **Dr. Ute Teichert**
- für Rechtsfragen: **Prof. Dr. Peter Axer**

Sachverständige von Institutionen:

- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe: **Giulio Gullotta** (Stellvertretung Dr. Barbara Kowalzik),
- Bundesverband der Ärzte und Ärztinnen des Öffentlichen Gesundheitsdienstese.V.: **Dr. Elke Bruns-Phillips** (Stellvertretung Jörg Heusler),
- Bundesverband der Hygieneinspektoren e. V.: **Dirk Rieb** (Stellvertretung Ralf Borkam),
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: **Prof. Dr. Martin Dietrich** (Stellvertretung Prof. Dr. Freia De Bock),
- Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie e.V.: **Dr. Uta Nennstiel** (Stellvertretung Prof. Dr. Eva Grill),
- Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V.: **Prof. Dr. Ansgar Gerhardus** (Stellvertretung Karin Geffert),
- je ein vom Deutschen Städtetag und vom Deutschen Landkreistag zu benennendes Gesundheitsamt: **Dr. Birgit Walter-Frank** (Stellvertretung Dr. Monika Spannenkrebs) **Dr. Johannes Nießen** (Stellvertretung Dr. Eike Hennig)
- eine Hilfsorganisation entsprechend § 26 Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz: **Edith Wallmeier** (Stellvertretung Uwe Martin Fichtmüller)
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.: **Ute Bertram** (Stellvertretung Dr. Beate Grossmann),
- Gesunde-Städte-Netzwerk: **Dr. Ina Zimmermann** (Stellvertretung Dr. Hans Wolter),
- Robert-Koch-Institut: **Dr. Osamah Hamouda** (Stellvertretung Dr. Ute Rexroth)
- Sanitätsdienst der Bundeswehr: **Oberstarzt Priv. Doz. Dr. med. Kai Kehe** (Stellvertretung Oberstarzt Dr. Michael Spiesberger).

Für innovative Lösungen braucht es ein engagiertes Team, das diese entwickelt und umsetzt. Können wir die Arbeit mitgestalten, beflügelt das unsere Einsatzbereitschaft und Leistungsfähigkeit. Diese Form der Beteiligung führt nicht nur zu besseren Ergebnissen und erhöht die Akzeptanz von Entscheidungen; sie stärkt auch die Bindung an das Amt.

Autor unbekannt

Prüfung bestanden – Ich bin dann mal glücklich

Es gibt ihn, den 63. und 64. Lehrgang zum/r Hygienekontrolleur/in!
Ich gratuliere allen zur bestandenen Prüfung und wünsche euch alles Gute für den weiteren Weg, wohin auch immer er euch führen mag!

S. Gabriel
63. Lehrgang zum/r Hygienekontrolleur/in

Der Bundesverband der Hygieneinspektoren und das Redaktionsteam „Der Hygieneinspektor" gratuliert den Absolventen des Seminars zur bestanden Prüfung und wünscht ihnen einen erfolgreichen Start in ihren Gesundheitsämtern.
Um die anstehenden Probleme zu bewältigen, ist ein starker Berufsverband erforderlich. Unter anderem bringen sich unsere Berufsverbände aktiv an der Fortentwicklung der Lehrprogramme ein. Deshalb unsere Bitte, Mitglied in einer den Landesverbänden im Bundesverband der Hygieneinspektoren zu werden und sich aktiv an der Meinungsbildung zu beteiligen.
Nur gemeinsam sind wir stark.

Sascha Schöler
Bundesvorsitzender

Oskar G. Weinig, M.A.
Schriftleiter „Der Hygieneinspektor"

Bericht aus dem Landesverband Baden-Württemberg

SIMONE ZIMMERMANN*

Zu gern hätte ich einen Bericht, aus unserem abwechslungsreichen und spannenden Berufsalltag zum Thema Trink- und Badewasser und vielleicht auch dem Infektionsschutz wiedergegeben, bei dem es sich nicht um Corona dreht. Bis vor einem Jahr wäre das noch möglich gewesen. Ich glaube, dass keiner unserer KollegInnen gedacht hätte, dass ein Virus uns alle bis an die Grenzen bringen würde. Jeder könnte inzwischen seinen eigenen Roman über dieses eine Thema „Covid19" schreiben.

Unserem Landesverband ist es seit einem Jahr noch nicht gelungen eine dringend anstehende Mitgliederversammlung einzuberufen. Grund dafür war und ist die 100% -ige Aufmerksamkeit und Präsens jedes einzelnen Mitglieds in Bezug auf Covid 19. Wir haben verschiedene Anläufe genommen. Leider hat uns immer wieder kurz davor, dass dann aufflackernde und aktuelle Corona-Pandemie eingeholt.

Gerade weil dringend Neuwahlen erforderlich sind, hoffen wir auf baldige Normalität damit wir endlich loslegen können. Hauptthema der nächsten Mitgliederversammlung wird die Wahl eines neuen Vorstands sein. Diese Wahlen erfolgen entsprechend unserem Statut alle vier Jahre und hätten bereits im Jahr 2020 erfolgen müssen. Besonderes Augenmerk muss auf die dringend erforderliche Nachbesetzung unseres im Juni 2020 verstorbenen Vorstands Herrn Michael Gaßner gelegt werden. (Der Nachruf erfolgte bereits in der vergangenen Ausgabe).

Nachdem wir im März vergangenen Jahres noch gerade so unsere jährlich stattfindende Trinkwasserfachtagung im exklusiven Ambiente des Öschberghofes in Donaueschingen durchführen konnten, mussten quasi über Nacht zum nächsten Tag alle Veranstaltungen Corona bedingt abgesagt werden. Die Fachtagung hatte wie jedes Jahr große Nachfrage. Leider konnten die meisten KollegInnen trotz Anmeldung nicht mehr teilnehmen, weil sie dringend in Ihren Ämtern gebraucht wurden.

Der Versuch einer Mitgliederversammlung im Sommer vergangenen Jahres scheiterte dann an der 2. Coronawelle. Vorstandssitzungen wurden danach Online abgehalten.

Im Herbst 2020 gab es, nach reiflicher Überlegung und Abwägung innerhalb des Vorstands, eine gravierende und vorerst endgültige Entscheidung. Der Fachverband der Hygieneinspektoren in Baden- Württemberg ist im September geschlossen aus dem BTBkomba ausgetreten. Eine Mitgliederabstimmung konnte aus zeitlichen Gründen nicht mehr vorgenommen werden. Wir mussten diese Entscheidung treffen, da die Mitgliedsbeiträge jedes Einzelnen unserer 92 Mitglieder nicht mehr gesichert waren. Ein wirtschaftlicher Bankrott unseres Berufsverbandes musste verhindert werden. Die Beiträge für den BTBkomba lagen deutlich über den Mitgliedsbeiträgen für den Berufsverband und sind nur durch das Ausrichten der Trinkwasserfachtagung möglich.

Unsere Mitglieder wurden entsprechend über die Entscheidung informiert. Erwartungsgemäß gab es ein Für und Wider für diese Entscheidung. In vorab geführten Gesprächen mit dem BTBkomba wurde uns aber ermöglicht, dass jeder als Einzelmitgliedschaft dem BTBKomba wieder beitreten und damit die Vorteile einer Gewerkschaft (wie z.B. Arbeitsrechtsschutz) nutzen kann.

Einige Mitglieder haben von dem Angebot bereits Gebrauch gemacht. Vielleicht kann sich irgendwann wieder eine neue Fachgruppe Hygieneinspektoren im BTBkomba bilden.

Darstellung der Verteilung der Arbeitsaufgaben während der Corona Pandemie:

In Baden-Württemberg ist die Verteilung der derzeitigen Aufgaben recht zwei geteilt. Die überwiegende Anzahl der KollegInnen in unseren 43 Stadt- und Landkreisgesundheitsämtern sind sowohl im Infektionsschutz als auch im Bereich Trink- und Badewasser tätig. Das hat zur Folge, dass die Prioritäten zurzeit eindeutig im Bereich des Infektionsschutzes liegen. Das hat auch das zusätzlich eingestellte Personal nicht wesentlich ändern können. Um eine valide Datenlage zur aktuellen Corona-Pandemie zu garantieren, werden in den meisten Ämtern der Sach- und Fachverstand unserer KollegInnen weiterhin dringend benötigt.

Die Überwachungsaufgaben im Bereich des Trinkwassers werden also nur mäßig wahrgenommen. Das muss sich unbedingt wieder ändern. Über die Wichtigkeit einer funktionierenden Wasserversorgung muss man an der Stelle wohl kein Plädoyer halten. Inzwischen sind auch alle KollegInnen recht coronamüde und freuen sich auf alle unsere anderen, wichtigen Aufgaben des ÖGD.

Das zuständige „Ministerium für ländlichen Raum und Verbraucherschutz Baden- Württemberg" , hat bereits deutlich auf die Beachtung der Notwendigkeit der Überwachung der Trinkwasserversorgung trotz Corona verwiesen. „Man könne sich keine Versäumnisse in diesem lebenswichtigen Bereich erlauben". Lediglich wurde die Terminierung für die Datenübermittlung und Berichterstattung an die EU in diesem Jahr für das Jahr 2020 verlängert.

Überstunden- und Urlaubssituation:

Über die sehr unterschiedliche Handhabung von seit einem Jahr geleisteten Überstunden und angeordneten Wochenenddiensten, sollte überregional diskutiert werden. Die zuständigen Ministerien sollten hier, eine für alle adäquate Lösung, finden. Die Landratsämter und Stadtverwaltun-

gen agieren hier sehr, sehr unterschiedlich und leider nicht immer zugunsten der MitarbeiterInnen.
Mitarbeit im Pakt des öffentlichen Gesundheitsdienstes
Bei dem, in der 94. Gesundheitskonferenz berufenen „Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)“ werden hoffentlich alle Themen die die Hygieneinspektoren*innen und Hygienefachkräfte betreffen gehört, beachtet und umgesetzt.
Der Bundesverband der Hygieneinspektoren konnte hierfür einen Sachverständigen nominieren. Mit Dirk Rieb aus dem LV Bayern hat sich jemand bereit erklärt der sich für unsere Interessen einsetzen wird und auf dessen Erfahrung und aktive Mitarbeit wir uns verlassen können. Wir sind schon sehr auf die Ergebnisse gespannt.

Ich wünsche allen Kollegen*innen weiterhin Kraft und Durchhaltevermögen. Ich persönlich freue ich mich besonders auf baldige Wiederherstellung eines „normalen“ Berufsalltags und die damit wieder möglichen persönlichen Kontakte und Erfahrungsaustausch zu und mit anderen Kollegen*innen.
Bleiben Sie alle Gesund.

*Simone Zimmermann
2. Vorsitzende des Berufsverbandes Baden-Württemberg e.V.

„Ich bin in der letzten Zeit allenthalben erschrocken, wie übermächtig der Ruf nach kollektiver Sicherheit erschallte. Wo aber sollen wir hinkommen, und wie wollen wir den Fortschritt aufrechterhalten, wenn wir uns immer mehr in eine Form des Zusammenlebens von Menschen begeben, in der niemand mehr die Verantwortung für sich selbst zu übernehmen bereit ist und schließlich jeder die Hand in der Tasche des anderen hat. “

Wirtschaftsminister Ludwig Erhard

Gespräch mit dem Ausschuss für Fragen des öffentlichen Dienstes

JÜRGEN LOBER*

Am 20.05.2021 fand im Bayerischen Landtag auf Einladung des Ausschussvorsitzenden Herrn Fackler ein Gespräch bezüglich der aktuellen Situation und der zukünftigen Anforderungen unserer Berufsgruppe statt.
Teilnehmer:

- Wolfgang Fackler, MdL, Vorsitzender ÖD-Ausschuss
- Holger Dremel, MdL, Mitglied ÖD-Ausschuss
- Max Gibis, MdL, Mitglied ÖD-Ausschuss
- Jürgen Lober, Landesvorsitzender BBH
- Dirk Rieb, stellv. Landesvorsitzender BBH

Aus diesem sehr konstruktiven Gespräch wurden gemeinsam die 3 folgenden Punkte für die Berufsgruppe der Hygieneinspektoren festgehalten:

1. Ausbildung

Unser Berufsverband hält an einer 2 jährigen Ausbildung fest. Eine 3 jährige Ausbildung ist aus unserer Sicht aktuell nicht erforderlich. Anders sieht es bei unserer theoretischen Ausbildung aus. Hier wurde von Seiten des Berufsverbandes noch einmal ausführlich eine Aufstockung der theoretischen Ausbildungsstunden von aktuell 600 auf 900 Stunden erörtert. Neben der wichtigen Harmonisierung mit den anderen Bundesländern können damit auch direkt eingestellte Schulabgänger bzw. Bewerber ohne eine Mindestqualifikation entsprechend auf ihren Einsatz im Gesundheitsamt vorbereitet werden.

2. Eingruppierung im Eingangsamt A7

Hygieneinspektoren werden aktuell analog den Verwaltungsbeamten im Eingangsamt A6 eingruppiert. Jedoch kann man unsere Fachbeamtenlaufbahn nicht mit der Verwaltungslaufbahn vergleichen, da unsere Kolleginnen und Kollegen in der Regel einen 3- jährigen Ausbildungsberuf mitbringen. Für diese Konstellation sehen wir die Voraussetzung, analog den Lebensmittelkontrolleuren, unserer Berufsgruppe ebenfalls das Eingangsamt A7 zu gewähren.

3. Entwicklungsmöglichkeit in die 3. QE

Um den ÖGD zukunftsfähig aufzustellen, ist eine neue Festlegung von Aufgaben der verschiedenen Berufsgruppen erforderlich. Hier sollten die Kernkompetenzen ganz deutlich neu definiert werden. Es könnten z.B. vorbehaltene Aufgaben des amtsärztlichen Dienstes perspektivisch und aufgrund von besonderer Qualifizierung durch andere Berufsgruppen übernommen werden. Hierfür würden sich weitergebildete Hygieneinspektoren (durch Qualifizierungsmaßnahmen, ModQ) oder auch Public-Health-Absolventen bestens eignen.
Deshalb ist es aus unserer Sicht erforderlich, dass zwischen den Amtsärzten (4. QE) und den Hygienekontrolleuren (2. QE) in jedem Gesundheitsamt bzw. an jeder Regierung ein entsprechendes Aufgabenspektrum in der 3. QE geschaffen wird. Diese umorganisierten Stellen in der 3. QE könnten dann neben dem neu definierten Aufgabenspektrum, auch noch zusätzlich als Bereichsleitung oder Gruppenleitung „Hygiene und Infektionsschutz", in größeren Ämtern auch als Sachgebietsleitung „Hygiene", fungieren. Dadurch entstehen höherwertige Tätigkeiten mit entsprechender Leitungsfunktion, wie z.B. Personalführung und -einteilung, Koordination, fachliche Prüfung und Freigaben von Stellungnahmen, usw. Gerade im Kontext der Nachwuchsgewinnung und Attraktivitätssteigerung sind diese geschaffenen Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten ein enormer Gewinn für die Zukunftsfähigkeit des ÖGDs.
Die beiden Vorsitzenden bedankten sich recht herzlich für das sehr gute und offene Gespräch. Sie baten den Ausschussvorsitzenden Herrn Fackler, bei zukünftigen Überlegungen rechtzeitig mit eingebunden und bei Vorliegen von aktuellen Informationen unterrichtet zu werden. Der BBH sei weiterhin gerne bereit, aktiv bei der Umstrukturierung des ÖGD mitzuwirken.

von rechts sitzend: Wolfgang Fackler; Jürgen Lober; von rechts stehend: Holger Dremel, MdL; Max Gibis, MdL; Dirk Rieb

*Jürgen Lober
Landesvorsitzender
Wiesau, 20.05.2021

„Es ist nur noch ein Schönreden“,

sagt Dirk Rieb: Vize-Landesvorsitzender des Berufsverbands der Bayerischen Hygieneinspektoren, über das Chaos in den Gesundheitsämtern Arbeitsüberlastung, organisatorisches Chaos, zu geringe personelle Ausstattung und veraltete Technik – Bayerns Gesundheitsämter sind sehr schlecht auf die Pandemie vorbereitet. Und nun starteten ab 15. Dezember 2020 auch noch die Impfzentren. Dabei hatten Fachexperten die Staatsregierung jahrelang vor Problemen gewarnt.

BSZ: Herr Rieb die Hilferufe aus Bayerns Gesundheitsämtern werden immer dramatischer, hört man: Welche konkreten Klagen hören Sie von den Mitarbeitern?

Rieb: Amtsärzte sind plötzlich dauerkrank und Hygieneinspektoren müssen teilweise die Leitungsfunktion übernehmen. Problematisch ist die Leitung der Contact-Tracing-Teams durch fachfremde Personen, die keine Verwaltungserfahrung und keine Kenntnisse in der Infektionshygiene haben. Das neue, nur befristet eingestellte Hilfspersonal ist meist fachfremd und es ist ein sehr hoher Zeitaufwand für dessen Einarbeitung notwendig. Die Einarbeitung erfolgt in der Regel durch die Hygieneinspektoren, die eh schon monatelang am Limit arbeiten und immer mehr zusätzliche Aufgaben aufgebürdet bekommen. Auffällig ist eine Häufung von Beschwerden von Betroffenen. So passiert es beispielsweise, dass vom gleichen Gesundheitsamt der Gesundheitssektor in Bayern zwar personell aufgestockt wird - aber vorrangig mit gut besoldeten Posten im Ministerium statt mit Inspektoren vor Ort in den Kommunen. (Foto: dpa/ Marijan Murat) Quarantänepflichtige von vier verschiedenen CT-Hilfsmitarbeitern angerufen werden. Jeder erzählt etwas anderes, es werden unterschiedliche falsche, widersprüchliche oder rechtlich fragwürdige Anweisungen erteilt.

BSZ: Kann man noch guten Gewissens von einer adäquaten und erfolgreichen Nachverfolgung potenziell Infizierter sprechen?

Rieb: Es ist nur noch ein Schönreden. Die Inzidenzzahlen sind in der zweiten Welle deutlich höher als im Frühjahr 2020. Bei so hohen Infektionszahlen in den kreisfreien Städten und Landkreisen kann das örtliche Gesundheitsamt – selbst mit den neu geschaffenen CT-Teams – eine erforderliche und schnelle Kontaktnachverfolgung nicht gewährleisten. Dadurch werden die Infektionsketten schon seit Längerem nicht mehr vollständig und zügig ermittelt.

Dirk Rieb (44): Auch 2. Bürgermeister von Lohr a. Main und sitzt für die CSU im Kreistag des Main-Spessart-Kreises. (Foto: Dirk Rieb)

BSZ: Hält der Dienstherr, also der Freistaat, aus Ihrer Sicht noch die Fürsorgepflicht ein – selbst unter Berücksichtigung der besonderen Situation von Corona?

Rieb: Hygieneinspektoren mühen sich seit Monaten sieben Tage die Woche, oft zwölf bis 14 Stunden täglich ab. Ihre physischen und psychischen Belastungsgrenzen sind längst überschritten. Dadurch haben sich bei vielen Kolleg*innen schon bis zu 1000 Überstunden angehäuft und teilweise konnte auch der zustehende, dringliche Jahresurlaub (der ja der Erholung dienen soll) noch nicht genommen werden. Angesichts der langen Abwesenheitszeiten und unzureichenden Regenerationsmöglichkeiten drohen Familien und soziales Umfeld zu zerbrechen. „Sind verpflichtet, über Skandale zu schweigen“

BSZ: Kommen Sie eigentlich noch zu Ihren übrigen Aufgaben?

Rieb: Während der Corona-Pandemie und der chronischen Unterbesetzung unterblieben die vielfältigen infektions- sowie umwelthygienischen und gesetzlich vorgeschriebenen Routinekontrollen – beispielsweise Trinkwasser-Grenzwertüberschreitungen durch Legionellen Kontamination. Nicht zu vernachlässigen ist auch der enorme Zeitaufwand, den unsere Berufsgruppe aufbringt, um vielfältige Unkenntnisse, Fehler und Falschauskünfte der diversen angelernten Corona-Unterstützungskräfte zu bereinigen.

BSZ: Der Personalmangel in den Gesundheitsämtern ist ja nicht neu und die Staatsregierung wurde jahrelang gewarnt, dass im Pandemiefall die jetzige Situation eintreten könnte.

Rieb: Den betreffenden Ministerien sind unsere Anliegen bestens be-

kannt. Es wurde immer mal wieder nur punktuell etwas verbessert. Dies gelang aber stets nur mit dankenswerter Unterstützung von Landtagsabgeordneten. Aber der größte Teil unserer für die Volksgesundheit wichtigen Forderungen wurde bis heute leider nicht umgesetzt. Es wurde immer wieder damit begründet, dass die Berufsgruppe der Hygieneinspektoren leider nur eine kleine Berufsgruppe innerhalb des Personalkörpers des Innenministeriums darstellt und eben die großen „staatstragenden" Berufsgruppen wie Polizisten und Lehrer mehr Raum einnehmen müssen. Im Übrigen seien die „besonderen bayerischen Belange" permanent zu berücksichtigen – was auch immer das heißen mag. Weiterhin wurde immer wieder betont, dass es ja in den Gesundheitsämtern „gut laufe" und es keine öffentlichkeitswirksamen Skandale gäbe – im Gegensatz zum öfters unleidigen Lebensmittelbereich. Dort hätte man dann mehr Handlungszwänge. Wobei wir betonen müssen, dass in unserem Arbeitsfeld genügend skandalträchtige Ereignisse auftreten, diese aber leider wegen der Schweigepflichtsvorgaben zumeist nicht publik werden.

BSZ: Das Gesundheitsministerium und das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit werden mit 169 beziehungsweise 156 Stellen aufgestockt – das müsste doch Entlastung bringen?

Rieb: Diese Stellen sind fast ausschließlich in den oberen Besoldungsgruppen ausgebracht! Dafür könnten sehr viele Stellen vor Ort in den Gesundheitsämtern geschaffen werden. Diese werden lediglich mit 45 Amtsarzt-Stellen und 41 Hygienekontrolleur-Stellen verstärkt. Dieser Stellenplan setzt eindeutig die falschen Signale: Das Dachgeschoss wird ausgebaut und das schmale Fundament außer Acht gelassen. „Das Gesundheitsministerium war gegen eine einheitliche Software"

BSZ: Die Zuständigkeit für die Hygieneinspektoren in den Gesundheitsämtern liegt personalrechtlich beim Innenministerium, aufgabentechnisch beim Gesundheitsministerium und das Sozialministerium ist auch noch eingebunden: Wie rechtfertigt man das Ihnen gegenüber?

Rieb: Unser Berufsverband wünscht sich seit vielen Jahren, dass das Gesundheitsministerium neben der fachlichen Zuständigkeit auch personalrechtlich für unsere Berufsgruppe zuständig ist. So wie es eben bei den Amtsärzten auch der Fall ist. Diese Bekundung haben wir immer wieder bei anstehenden Neugestaltungen der Ressorts oder bei einem Ministerwechsel entsprechend schriftlich vorgebracht. Leider hat sich bis dato nichts getan. Es liegt auch an den Landräten, die den Zugriff auf unsere Fachbeamtengruppe über das Innenministerium beibehalten wollen. Fragestellungen zu unserer Berufsgruppe werden zwischen Innen- und Gesundheitsministerien hin- und hergeschoben. Doch gerade diese Pandemie hat eindeutig gezeigt, dass „alles aus einer Hand" – also beim Gesundheitsministerium – eine viel effektivere und durchgängigere Lösung wäre. Es wird sich noch erweisen müssen, ob Ressortchefin Melanie Huml (CSU) sich gegenüber ihrem Parteifreund, dem allmächtigen Innenminister Joachim Herrmann, sowie den Landräten durchsetzen kann.

BSZ: Die Verlagerung der Zuständigkeit an die Landratsämter vor einigen Jahren war also keine gute Entscheidung?

Rieb: Unsere Gesundheitsämter vollziehen hoheitliche Tätigkeiten im Bereich des Infektions- und Umweltschutzes, sie sind eine Art Gesundheitspolizei. Darunter fallen unter anderem die Überwachung der Trinkwasseranlagen, Frei- und Hallenbäder, Krankenhäuser und Gemeinschaftseinrichtungen. Der direkte Vorgesetzte des Gesundheitsamts ist der jeweilige Landrat. Kommunalpolitische Einflüsse bleiben folglich nicht aus. Denn die Landkreise betreiben häufig eine Trinkwasserversorgung, ein Frei- oder Hallenbad, ein Krankenhaus oder ein Pflegeheim. Weiterhin werden sehr häufig auch Wasserzweckverbände von Landräten geführt. Eine Eigenständigkeit der Gesundheitsämter, Veterinärämter und auch der Lebensmittelkontrolle, wie sie schon früher bestand, wäre aus Sicht unseres Berufsverbands eine dringliche Maßnahme, um unabhängig und gesetzmäßig die vielen hoheitlichen Aufgaben im Bereich des Infektions- und Umweltschutzes vollziehen zu können. „Die Impfzentren führen wohl zum Zusammenbruch"

BSZ: Aktuell werden die Gesundheitsämter beispielsweise von der Bundeswehr unterstützt – bringt das was?

Rieb: Das Anlernen für die Berufsfremden ist sehr zeitintensiv. Vor allem fehlen das medizinische und infektionshygienische Hintergrundwissen und auch teilweise Kenntnisse in Verwaltungsabläufen im Gesundheitsamt. Kurze Zeit später müssen sie wieder an ihre Dienststellen zurückkehren oder irgendwelche Lehrgänge in den Stammberufen besuchen. Dazu kommt, dass häufig keine ausreichenden Arbeitsplätze verfügbar sind und dadurch die vorhandenen knappen Büros überbelegt werden, was infektionshygienisch äußerst bedenklich ist. Die allseits propagierten Abstandsregeln sehen anders aus.

BSZ: Fast alle bayerischen Landkreise wenden eigene Vorgaben an bei der Nachverfolgung von Infizierten eigene Richtlinien an – warum?

Rieb: Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Zum einen kann die Flut der sich ständig ändernden und teilweise widersprüchlichen Corona-Bestimmungen, Bekanntmachungen, Allgemeinverfügungen, Richtlinien, Regelungen, Empfehlungen, Informationen, Hinweisen, Orientierungshilfen, Checklisten, FAQ, die von RKI, Gesundheits- und Innenministerium, Landesgesundheitsamt, Bezirksregierungen, Landratsämtern, Fachgesellschaften et cetera zeitlich gar nicht mehr bewältigt werden. Zum ande-

ren liegt die EDV-Ausstattung der einzelnen Gesundheitsämter in den Händen der eigenverantwortlichen Landratsämter. Eine bayernweit einheitliche Software für Gesundheitsämter wurde vor Jahren vom Gesundheitsministerium aus Kostengründen blockiert. Und so mancher Amtsarzt hält an „altbewährten" Exceltabellen und Faxtechnik unverrückbar fest.

BSZ: Wenn es schon jetzt suboptimal funktioniert – was bedeutet das für den Start der Impfzentren?

Rieb: Die Gesundheitsämter sind bei der Planung und beim Betrieb der Corona-Impfzentren komplett außen vor. Die jeweiligen Landkreise werden sich dabei vermutlich eines privaten Dienstleisters bedienen – bei uns im Main-Spessart-Kreis zum Beispiel durch das Bayerische einen Online-Kommentar verfassen - so geht's Scrollen Sie einfach ans Ende des Artikels, den Sie kommentieren wollen und geben Sie Ihre E-Mail-Adresse und einen Nickname an. Die Nennung Ihres Namens ist freiwillig. Für die Nutzer sichtbar ist in jedem Fall NUR der Nickname. Sie müssen sich auch nicht auf unserer Homepage anmelden. Aber unsere Netiquette akzeptieren. Und schon können Sie loslegen!
Neuen Kommentar schreiben Nickname: E-Mail-Adresse: Name (optional): Kommentar: Ich habe die Netiquette gelesen und akzeptiere sie. * Absenden Rote Kreuz. Das Ganze ist eine große logistische Herausforderung – alleine schon, wenn man das Erfordernis einer zweiten Impfung betrachtet. Hier müssen die Patienten innerhalb eines klaren zeitlichen Fensters ihre zweite Impfdosis nach genau vier Wochen erhalten, damit die Impfung auch wirksam wird. Hier ist aus meiner Sicht eine enorme terminliche Disziplin erforderlich – ganz abgesehen von dem geplanten schriftlichen Einladungsmanagement. Es ist zu befürchten, dass bei erheblichen Problemen nach der Kompetenz der Gesundheitsämter gerufen werden wird. Dies würde zum gänzlichen Zusammenbruch der Gesundheitsämter führen.

Das Interview führte André Paul
Veröffentlicht in der Bayerischen Staatszeitung 16.12.2020

Bundes-Notbremse

Der Stufenplan der Berliner Senatsverwaltung für Wirtschaft, Energie und Betriebe (siehe Tabelle auf den nächsten Seiten) zeigt übersichtlich die notwendigen Maßnahmen bei den unterschiedliche Inzidenzen in der Pandemie auf. Mit dieser Kurzübersicht können die Beteiligten schnell und zielgerichtet die Bevölkerung kompetent beraten. Die Gesundheitsämtern in Berlin hatten hiermit die beste Erfahrung.

Arndt Bryan
2. Vorsitzender BHBB e.V.

Verlässliche Werte, klare Zuständigkeiten und nachvollziehbare Entscheidungen sind die Basis für ein erfolgreiches Miteinander. Denn nur wer sich als Teil des Teams fühlt und sicher sein kann, dass einmal getroffene Absprachen gelten, wird motiviert arbeiten und sein ganzes Potenzial einbringt.

Autor unbekannt

Stufenplan Wirtschaft - Kurzübersicht

Stufe / Branche	Aktuelle Situation (=Bundesnotbremse)	7-Tage-Inzidenz < 100 (Aufhebung Bundesnotbremse)	14 Tage später	14 Tage später
Allgemeine Regeln für alle Branchen	• Schutz- und Hygienekonzepte • Anwesenheitsdokumentation • (qualifizierte) MNB-Pflicht • Kontaktbeschränkungen, z.B. 2 Haushalte • Vollständig Geimpfte / Genesene ohne Testpflicht	• Schutz- und Hygienekonzepte • Anwesenheitsdokumentation (AD) • (qualifizierte) MNB-Pflicht • Kontaktbeschränkungen, z.B. 2 Haushalte • Vollständig Geimpfte/Genesene ohne Testpflicht • Pilotprojekte in sämtlichen Bereichen erlaubt	• Schutz- und Hygienekonzepte • Anwesenheitsdokumentation (AD) • (qualifizierte) MNB-Pflicht • Kontaktbeschränkungen • Vollständig Geimpfte/Genesene ohne Testpflicht	• Schutz- und Hygienekonzepte • Anwesenheitsdokumentation (AD) • (qualifizierte) MNB-Pflicht • Kontaktbeschränkungen • Vollständig Geimpfte/Genesene ohne Testpflicht
Geschäftliche Veranstaltungen (Tagungen, Kongresse usw.)	• 20 Pers. Innen, 50 Pers. außen • Bestuhlung entsprechend Kontaktbeschränkungen und Abstandsregeln	50-100: • 20 Pers. Innen, 50 Pers. außen • Bestuhlung entsprechend Kontaktbeschränkungen und Abstandsregeln • Testpflicht und Kontaktnachverfolgung Unter 50: • relative Personenobergrenzen, abhängig vom Veranstaltungsort • 5-qm-pro-Person	50-100: • 100 Personen innen, 200 außen • Bestuhlung entsprechend Kontaktbeschränkungen und Abstandsregeln, z.B.: Sechserregel Unter 50: • relative Personenobergrenzen, abhängig vom Veranstaltungsort • 3-qm-pro-Person	50-100: • 200 Personen innen, 500 außen • Bestuhlung entsprechend Kontaktbeschränkungen und Abstandsregeln, z.B. Zehnerregel Unter 50: • relative Personenobergrenzen, abhängig vom Veranstaltungsort • 3-qm-pro-Person
Freizeitveranstaltungen (Popkonzerte, Festivals usw.)	• verboten	50-100: • lediglich außen erlaubt mit Personenobergrenzen (50) Kontaktnachverfolgung, Reservierungspflicht, Test/Impfnachweis Unter 50: • auch innen • relative Personenobergrenze, abhängig vom Veranstaltungsort • 5-qm-pro-Person	50-100: • 50 Personen innen, 100 außen • Kontaktnachverfolgung, Reservierungspflicht, Test/Impfnachweis Unter 50: • relative Personenobergrenzen, abhängig vom Veranstaltungsort • 3-qm-pro-Person • Sitzplatzpflicht innen	50-100: • 200 innen, 500 außen Unter 50: • relative Personenobergrenzen, abhängig vom Veranstaltungsort • Sitzplatzpflicht innen fällt weg

Stufenplan Wirtschaft - Kurzübersicht

Kultureinrichtungen (Kinos, Theater, Opernhäuser, Museen usw.)	• geschlossen	50-100: • Geöffnet: Museen, Ausstellungen/Galerien; Bibliotheken; Archive und Gedenkstätten sowie Freiluft- und Autokinos; Außenbereich von Theater und Opernhäuser • 10 qm/Person: Gleichlauf mit Handel • Reservierungspflicht, Testpflicht/Impfnachweis, Unter 50: • Geöffnet: Kino, Theater, Opernhäuser usw. (auch innen) • 10qm/Person (Gleichlauf Handel) • Nur Testpflicht/Impfnachweis	50-100: • Geöffnet: Kino, Theater, Opernhäuser usw. (auch innen) • 10qm/Person (Gleichlauf Handel) • Testpflicht/Impfnachweis Unter 50: • (keine Lockerungen)	50-100: • Geöffnet: Museen, Ausstellungen/Galerien; Bibliotheken; Kinos, Archive und Gedenkstätten; • 5 qm/Person (Gleichlauf Handel) • Testpflicht/Impfnachweis Unter 50: • (keine Lockerungen)
Handel/Märkte	• Verkaufsstellen mit Grundbedarf geöffnet; Voraussetzung: 20 qm pro Person < 800 qm; 40 qm pro Person > 800 qm • Für andere Verkaufsstellen gilt: bis zu Inzidenz 150: Test&Meet; Voraussetzung: Impf-/Testnachweis, Terminbuchung, Zugangsbeschränkung (40 qm pro Person) und Kontaktdatenerhebung; Inzidenz über 150: nur Click&Collect • Märkte Öffnungsvoraussetzung wie bei Grudbedarf	50-100: • Verkaufsstellen mit Grundbedarf geöffnet; Voraussetzung: 10 qm pro Person < 800 qm; 20 qm pro Person > 800 qm • Für andere Verkaufsstellen: Test and Meet mit 10-qm-pro-Person • Kontaktdatenerhebung • Test-/Impfnachweis nötig • Wochenmärkte ohne Sortimentsbegrenzung Unter 50: • (keine Lockerung)	50-100: • (keine Lockerung) Unter 50: • Jahrmärkte und Weihnachtsmärkte erlaubt	50-100: • Öffnung Einzelhandel mit Verkaufsflächenbegrenzung: 10 qm pro Person < 800 qm; 20 qm pro Person > 800 qm • ggf. Test-/Impfnachweis nötig Unter 50: • ggf. Schaffung von Aufenthaltsanreizen erlaubt
Gastronomie	• Geschlossen • Abholung erlaubt, jedoch nicht zwischen 22 und 5 Uhr • Auslieferung stets erlaubt • Betriebskantinen erlaubt, sofern notwendig	50-100: • Außengastronomie erlaubt unter Beachtung der Kontaktbeschränkungen und des Abstandsgebotes, z.B. 2 Haushalte • Terminbuchung, Test/Impfnachweis • Kontaktnachverfolgung • Sperrstunde bzw. Alkoholabgabeverbot von 23 bis 6 Uhr Unter 50: • Keine Sperrstunde mehr • Keine Terminbuchung mehr	50-100: • Außengastronomie ohne Sperrstunde, ohne Terminbuchung • Ohne Test/Impfnachweis Unter 50: • Innengastronomie erlaubt ohne Sperrstunde unter Beachtung der Kontaktbeschränkungen und des Abstandsgebotes, z.B. 2 Haushalte • Terminbuchung, Test/Impfnachweis	50-100: • (keine Lockerungen) Unter 50: • Sämtliche Gastronomie ohne Restriktionen erlaubt, nur noch innen Test/Impfnachweis
Hotellerie, Beherbergung	• Touristische Übernachtungen sind untersagt • Versorgung von nicht touristisch Reisenden erlaubt	50-100: • Touristische Übernachtungen sind untersagt • Versorgung von Hotelgästen erlaubt • Fitnessstudios/Spa Bereiche etc. analog zu den dort geltenden Regelungen Unter 50: • Touristische Übernachtungen erlaubt	50-100: • Touristische Übernachtungen erlaubt Unter 50: • Touristische Übernachtungen erlaubt	50-100: • Touristische Übernachtungen erlaubt Unter 50: • Touristische Übernachtungen erlaubt

Stufenplan Wirtschaft - Kurzübersicht

Handwerk und Dienstleistungen	• Handwerk ist erlaubt • Dienstleistungen ohne körperliche Nähe können öffnen • Körpernahe DL verboten, außer Friseure, Fußpflege und medizinisch notwendige DL • 2m zwischen Kund:innen • keine Wartemöglichkeiten • Kund:innen der Friseure und Fußpfleger benötigen Test-/Impfnachweis	50-100: • Alle körpernahen DL mit Terminvereinbarung erlaubt • AD • 2m zwischen Kund:innen • Test-/Impfnachweis • keine Wartemöglichkeiten Unter 50: • Terminvereinbarung fällt weg	50-100: • Körpernahe DL ohne Terminvereinbarung • AD • Test/-Impfnachweis erforderlich • Wartemöglichkeiten erlaubt Unter 50: • (keine Lockerung)	50-100: • (keine Lockerung) • ggf. Test-/Impfnachweis nötig Unter 50: • (keine Lockerung)
Freizeitein-richtungen	• geschlossen	50-100: • Ausflugsschiffe, Stadtrundfahrten, Führungen etc. im Außenbereich erlaubt • Outdoorfreizeitangebote erlaubt (z.B. Kletterwald) • Zeitfenster, Kontaktnachverfolgung und Test/Impfnachweis Unter 50: • (keine Lockerung)	50-100: • Ausflugschiffe, Stadtrundfahrten und -führungen usw. innen erlaubt, inkl. Freizeitangebote innen (Paintball, Escape Room, Fernsehturm, Dungeon, etc.) erlaubt • Zeitfenster, Kontaktnachverfolgung (AD) und Test/Impfnachweis Unter 50: • (keine Lockerungen)	50-100: • Clubs/Diskotheken außen offen Unter 50: • Freizeitangebote innen und außen lediglich mit Test/Impfnachweis erlaubt • Clubs/Diskotheken innen offen mit Kontaktnachverfolgung und Test/Impfnachweis
Sport (Fitness- und Tanzstudios etc., Schwimm- und Freibäder)	• Allein, zu zweit oder mit eigenem Haushalt erlaubt • Kontaktfrei • Kinder dürfen max. zu fünft Sport im Freien treiben, Anleitende müssen negatives Testergebnis vorweisen können • Gleichlauf mit Vereinssport beachten	50-100: • kontaktfreier Sport erlaubt unter Kontaktbeschränkungen, max. 5 Pers. aus 2 HH • Kinder max. 20 Personen im Freien • Gedeckte Sportanlagen geschlossen • Außenbereiche unter o.g. Einschränkungen erlaubt mit Kontaktnachverfolgung (AD), Zeitfenster und Test/Impfnachweis (Abstimmung mit SenInnDS), inkl. Schwimmbäder, Strand- und Freibäder außen Unter 50: • Außensport max. zu zehnt, kontaktfrei	50-100: • Außensport max. zu zehnt, Kontakt erlaubt • max. 20 Kinder im Freien • nur Außenbereiche offen • Schwimmbäder außen geöffnet, mit Slots/Kontaktnachverfolgung (AD) Unter 50: • Gedeckte Sportanlagen inkl. Schwimmbäder innen geöffnet, • Kontaktnachverfolgung (AD), Zeitfenster und Test/Impfnachweis • Innen 10 qm-pro-Person Regelung • Kontakt innen erlaubt	50-100: • Sport innen/außen zu zehnt, • max. 50 Kinder im Freien Unter 50: • Keine Personengrenzen außen/innen mehr • Geringere qm-pro-Person innen • Wegfall der Kontaktnachverfolgung (AD) und der Zeitfensterpflicht innen und außen

Schieflage des Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)

Thomas Seitz*

Hygieneinspektoren und Hygieneinspektorinnen – auch in der Corona-Pandemie konnte trotz ihrer qualifizierten Basisarbeit die noch größer gewordene Schieflage des Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) nicht mehr weiter ausbalanciert werden. Die Schieflage im ÖGD gab es allerdings auch schon vor der Corona-Pandemie…

Der erste Fall des Wuhan-Coronavirus wurde vor fast eineinhalb Jahren am 8. Dezember 2019 in China dokumentiert. Damals waren diese Corona-Viren also noch relativ weit weg.

In Deutschland traten dann Ende Januar 2020 erste einzelne Erkrankungsfälle der COVID-19-Pandemie auf. Nach einer kurzen Phase der Stagnation mit noch identifizierbaren Infektionen kam es in Deutschland im Februar 2020 fast gleichzeitig zu mehreren weiteren Fällen an unterschiedlichen Orten.

Die restliche Entwicklung dieser COVID-19-Pandemie ist allen Hygieneinspektor*innen aus eigenen dienstlichen Erfahrungen bis heute hinlänglich bekannt.

Interessant ist in diesem Zusammenhang aber auch ein achteinhalb Jahre altes Ereignis aus **Dezember 2012**. Rückblickend, genau genommen die Drucksache 17/12051 des Deutschen Bundestages mit dem Kapitel 2.3 Risikoanalyse „Pandemie durch Virus Modi-SARS“ einschließlich des Anhanges 4 Ergebnis Risikoanalyse „Pandemie durch Virus Modi-SARS“ (Stand: 10. Dezember 2012).

Das Robert-Koch-Institut skizzierte auf Grundlage der Erfahrungen mit den Coronaviren SARS und MERS bereits 2012 ein Pandemie-Szenario. Es ist nun praktisch genauso eingetreten.

Die letzten eineinhalb Jahre sind nicht nur gefühlt in einem Rekordtempo vergangen. Die COVID-19-Pandemie hat dabei auch uns Hygieneinspektor*innen in Niedersachsen bis jetzt schon viel Kraft und Nerven gekostet bzw. abverlangt. Jede(r) einzelne Berufskollege(in) wird diesbezüglich ihre bzw. seine persönliche, individuelle Belastungsgrenze kennen gelernt haben.

Das deutsche Gesundheitswesen, dessen 3. Säule wir mit dem Öffent-

Auf die Situation des ausblutenden ÖGD wurde bereits in der Sommerausgabe 01/2009 der Fachzeitschrift „Der Hygieneinspektor“ hingewiesen

lichen Gesundheitsdienst (ÖGD) verkörpern, ist, trotz aller Sparzwänge der vergangenen Jahre, immer noch eines der stabilsten Gesundheitssysteme auf der Welt.

Dennoch waren die Startbedingungen bei der Bekämpfung der sich entwickelnden COVID-19-Pandemie für die **gesamten Mitarbeiter*innen („Kernmannschaften“)** des **„ausblutenden“ ÖGD** in Deutschland alles andere als „rosig“.

Bleibt zu **hoffen**, dass durch den angekündigten **„Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“** der von der Bundesregierung im letzten Jahr initiiert wurde, dem augenscheinlich „angeschlagenen“ ÖGD die **„fehlenden Blutkonserven“** wieder **„reinfusioniert“** werden können.

Die COVID-19-Pandemie hat Zweifelsohne nicht nur den „angeschlagenen“ ÖGD aus seinem **„Schattendasein“** herausgeholt und zurück in das Bewusstsein der bundesdeutschen Bevölkerung gebracht.

Das neuartige Corona-Virus SARS-CoV-2 führt der Welt und damit allen mittel- und unmittelbar betroffenen Menschen immer noch eindrucksvoll und teilweise auch schmerzlich (hohe Letalität) vor Augen, zu was gemeingefährliche und übertragbare Krankheitserreger im Stande sind und welche Aus- und Nebenwirkungen jeweils entsprechende Mikroorganismen nach sich ziehen.

Diesbezüglich reiht sich auch diese Corona-Pandemie-Bekämpfung mit in den Infektionsschutz ein. Der Vollzug des Infektionsschutzgesetzes ist von jeher eine Domäne der Berufsgruppe der Hygieneinspektor*innen. Infektions-Ermittlungen, Quellensuche, Kontaktnachverfolgung, Veranlassen von Schutzmaßnahmen, Meldewesen, Aufklärung und Beratung etc. sind für uns Routine, aber nicht im jetzigen noch immer anhaltenden extremen Ausmaß.

Dem Kontext der jeweiligen Gesundheitsdienstgesetze der Länder ist zu entnehmen, dass der Bereich des Infektionsschutzes Kernaufgabe des ÖGD ist. Die Aufgaben des Infektionsschutzgesetzes sowie der Trinkwasserverordnung (Bundesrecht) müssen als solche der speziellen Gefahrenabwehr wie bisher im übertragenen Wirkungskreis unter der Fachaufsicht der jeweiligen Bundesländer, so auch in Niedersachsen, weiterhin erfüllt werden.

Bedingt durch die schon seit über einem Jahr anhaltende Corona-Pandemie mussten die übrigen routinemäßigen Kernaufgaben der Hygieneinspektor*innen im Infektionsschutz aus Personalnot leider „auf null“ runtergefahren werden. Nosokomial-Infektionen sind deshalb aber nicht weniger zu beklagen, um nur ein Beispiel zu nennen.

Die ausgedünnten „Kernmannschaften“ in den jeweiligen Gesundheitsämtern Deutschlands, so auch in Niedersachsen, haben trotz aller Widrigkeiten bisher „zu aller Zufriedenheit“ funktioniert. Insbesondere die Berufsgruppe der Hygieneinspektor*innen hat bisher **„geliefert“** und **„liefert“ noch** und die jeweiligen **„Läden am Laufen gehalten“** und **„hält sie noch am Laufen“**.

Dennoch bekommen auch die Hygieneinspektor*innen, wie alle anderen Unterstützungs-Kräfte in der Gemengelage der Corona-Pandemie-Bekämpfung bei ihren jeweiligen Telefongesprächen mit betroffenen Bürgern und Bürgerinnen oder direktem Kontakt mit diesen (z.B. wegen der Überprüfungen der jeweiligen Quarantäne-Einhaltung) nun häufiger zu spüren, dass die Zufriedenheit in der Bevölkerung abnimmt und damit die bisherige Wertschätzung mehr und mehr Verbal-Attacken weicht.

Wenn sich die bis jetzt zurückgewonnene Aufmerksamkeit in der bundesdeutschen Bevölkerung, über die durch unsere Berufsgruppe erbrachte fachliche Anerkennung, trotz neuerdings abnehmender Zufriedenheit, auch noch in einer dauerhaften **monetären** Wertschätzung sowohl für die tarifbeschäftigten als auch verbeamteten Hygieneinspektor*innen ummünzen ließe, wäre die bewiesene übermäßige Leistungsbereitschaft und -erbringung der letzten und noch kommenden Monate, über die jeweiligen physischen und psychischen Belastungsgrenzen hinaus, auch angemessener gewürdigt.

Leider scheint der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) unsere Berufsgruppe der Hygieneinspektor*innen gänzlich unbekannt zu sein. Wie ließe sich ansonsten erklären, dass im zurückliegenden Tarifabschluss 2020 für den Öffentlichen Dienst nur die Berufsgruppe der tarifbeschäftigten Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst, u.a. mit einer dauerhaften **„corona-unabhängigen“** Zulage in Höhe von 300 Euro auf ihre jeweiligen Grundgehälter, wertgeschätzt wurden?

Aber wie war das noch mit dem **„Licht“** und dem **„Schatten“**?

Trotz dessen, im Zusammenhang mit den **„klingenden Münzen“**, wenig Licht auf unsere Berufsgruppe gefallen ist, möchte ich allen Hygieneinspektor*innen zumindest meine höchste Anerkennung aussprechen für die von jedem Einzelnen von euch geleistete zurückliegende Arbeit im Rahmen der COVID-19-Pandemie-Bekämpfung, die ja noch nicht zu Ende ist.

Bei aller Zuversicht durch das bisher Erreichte bleibt aber zu befürchten, dass sich die gegenwärtige Corona-Pandemie erst einmal nur zu mehreren Corona-Endemien hin verändern wird.

Derzeit betrifft die Corona-Pandemie alle Bereiche unseres persönlichen Lebens. Doch auch unser Gemeinwesen insgesamt – das politische und wirtschaftliche System, der Rechtsstaat, das Gesundheitswesen – bekommt die Auswirkungen der Krise deutlich zu spüren.

Die Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) hat daher erst kürzlich (Anfang Mai 2021) zur Corona-Pandemie nur einige Fragen aufgeworfen:

- Wie verändert sie unsere Gesellschaft?

- Verstärkt die Pandemie Bildungsungerechtigkeiten?
- Was bedeuten die Proteste gegen staatliche Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung?
- Welche Folgen hat die Pandemie für Länder des Globalen Südens?
- Wie wichtig ist Expertenwissen in der Politik?
- Welche Folgen hat die Pandemie für Demokratie?
- Welche Folgen hat die Pandemie für die Wirtschaft?
- Was sind die Folgen für den Arbeitsmarkt?
- Welche Menschen sind von Diskriminierung betroffen?
- Welche Folgen hat die Pandemie für unser Gesundheitssystem?
- Wie hängen Pandemie, Umweltzerstörung und Klimawandel zusammen?
- Was bedeutet die Pandemie für den Schutz kritischer Infrastrukturen?
- Was bedeuten Tracing-Apps für Datenschutz und Selbstbestimmung?
- Was sind soziale Folgen der Pandemie?
- Wie weit dürfen Grundrechtseinschränkungen gehen?

Angesichts der zuvor aufgeworfenen Fragen muss nicht nur das bundesdeutsche Staatsvolk sowie die bundesdeutsche Staatsgewalt anerkennen, dass ein für das menschliche Auge unsichtbares Virus innerhalb einer sehr kurzen Zeit, in scheinbar sichergeglaubten Verfahrens- und Verhaltensweisen, Funktionsdefizite (auch und insbesondere im ÖGD) schonungslos aufgedeckt hat!

Kommen wir daher noch einmal zurück zum „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ sowie den „Digitalisierungs-Defiziten der Gesundheitsämter“. Alle Gesundheitsämter können seit Beginn der Corona-Pandemie und deren Bekämpfung jeweils nur mit vorhandenen „Bordmitteln“ (personell und technisch) operieren, da sie seit mindestens 20 Jahren einer Personalknappheit (**nicht nur ärztlicherseits**) sowie einer mangelhaften Ausstattung ausgesetzt sind.

Im September 2020 einigten sich Bund und Länder darauf, hier für Abhilfe sorgen zu wollen. Diesbezüglich sollen bis 2026 vier Milliarden Euro fließen, um den Öffentlichen Gesundheitsdienst personell aufzustocken und digital aufzurüsten.

Demnach scheint auch der Bundesregierung in den vergangenen Monaten klar geworden zu sein, dass eine Pandemie nicht mit veralteter Kommunikationstechnik oder Telefax und Bleistift bekämpft werden könne.

Laut Aussage des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) soll bis Ende 2022 das „Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz“ (DEMIS) in allen Gesundheitsbehörden verfügbar sein.

Speziell nur für die Erkrankung mit Covid-19 wurde ein Teil von DEMIS (**DEMIS-COVID**) bereits in Betrieb genommen. Hierüber müssen die Labore seit dem 01.01.2021 den Gesundheitsämtern die Covid-19 Befunde melden.

Mit insgesamt 850 Millionen Euro soll der ÖGD insbesondere im Bereich des Infektionsschutzes digitalisiert werden. Dazu sollen einheitliche Systeme und Tools aufgebaut werden. Entscheidendes Ziel sei es, eine Interoperabilität über alle Ebenen des ÖGD sicherzustellen, einheitliche Schnittstellen und Systeme zu definieren, zu schaffen und entsprechende Standards durchgehend einzuhalten.

Allein in diesem Jahr (2021) war geplant, dass 1500 Stellen neu mit Ärzten und Ärztinnen, **Fach**- und Verwal-

Auf die Situation der Schieflage im ÖGD wurde bereits in der Sommerausgabe 01/2009 der Fachzeitschrift „Der Hygieneinspektor“ hingewiesen

tungs**kräften** besetzt werden. **(Bleibt zu hoffen, dass unter dem Synonym „Fachkräfte" auch die Berufsgruppe der Hygieneinspektor*innen inkludiert sind)**.

Leider wurde bis jetzt nur sehr wenig in die Tat umgesetzt. Ursache dafür scheinen wieder einmal die föderalen Strukturen im ÖGD zu sein. Weil die Länder so schnell noch keine Ausbaupläne vorlegen können, werden auch noch keine neuen Mitarbeiter eingestellt. Die Ämter sind stattdessen am Limit ihrer Belastungsgrenze. Dadurch wird einmal mehr deutlich, wie sehr die Gesundheitsämter im Öffentlichen Gesundheitsdienst in der Vergangenheit kaputtgespart wurden.

Zumindest für die immer größer gewordene Anzahl der Kontaktnachverfolgungen von Personen, die sich seit dem Beginn der noch immer anhaltenden Pandemie mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2 infiziert hatten bzw. haben oder als sogenannte Kontaktpersonen identifiziert werden mussten bzw. müssen, wurde den Gesundheitsämtern kurzfristig, unbürokratisch und temporär zusätzliches Unterstützungs-Personal zur Verfügung gestellt.

So konnte nämlich durch die Amtshilfe von Soldaten und Soldatinnen aus dem Sanitätsdienst der Bundeswehr, durch die sog. „Containment Scouts" aus einem Projekt des Robert Koch-Instituts (RKI) und den sog. „Studierenden des Medis4ÖGD-Programms" vom Bundesverband der Ärzte und Ärztinnen im öffentlichen Gesundheitsdienst (BVÖGD), für eine gewisse Entlastung in den Gesundheitsämtern gesorgt werden. Somit möchte ich an dieser Stelle auch allen Unterstützungs-Kräften im Rahmen der Corona-Pandemie-Bekämpfung schon einmal Danke sagen, für ihren Einsatz.

Unter dem Aspekt des schon seit geraumer Zeit anhaltenden Fachkräftemangels im Öffentlichen Dienst (insbesondere im Öffentlichen Gesundheitsdienst) wird es immer schwerer, sowohl das bis jetzt schon verloren gegangene als auch das noch drohende zu verlierende Erfahrungswissen durch ausgebliebene bzw. auszubleibende Wissensstafetten wieder aufholen bzw. herstellen zu können.

In Bezug auf die noch immer anhaltende weltweite Corona-Krise möchte ich daher folgende Frage erneut stellen, die ich bereits in der Sommerausgabe 01/2011 unserer Fachzeitschrift „Der Hygieneinspektor" gestellt hatte: Kann man Qualität kaufen?

Um diese Frage beantworten zu können, ist es hilfreich, den Begriff Qualität zunächst zu definieren. Bei einem Blick in den Duden wird man fündig. Dort steht etwas von Beschaffenheit, Güte, Wert, Klangfarbe von Vokalen, im Schachspiel der Turm hinsichtlich seiner relativen Überlegenheit gegenüber Läufer oder Springer und die gewinnen: Läufer oder Springer gegen einen Turm eintauschen. Aufgrund der Definition im Duden ist Qualität also eine Eigenschaft. So gesehen kann man also schon „gute" aber auch „schlechte Eigenschaften" kaufen oder eintauschen.

Doch Vorsicht ist geboten – Qualität steht naturgemäß immer in einem proportionalen Verhältnis!

Gute Qualität = hohe Güte, hoher Wert. Mindere Qualität = mindere Güte, minderer Wert. So einfach diese Formel auch ist, umso schwieriger lässt sie sich nach heutigen Maßstäben vermeintlich umsetzen! Warum ist das so?

Nun soll es ja Strategen geben, die sich zur Aufgabe gemacht haben, Qualität durch einen proportionalen Umkehrprozess kontinuierlich steigern zu müssen. Man wird das Gefühl nicht los, dass diesbezüglich die ganze Welt aus den Fugen zu sein scheint. Wer hätte gedacht, dass die in den neunziger Jahren geprägte Devise „Höher – Schneller – Weiter – Satter....." noch steigerungsfähiger zu sein scheint?

Doch wie ist es wirklich um das deutsche Gesundheitswesen mit seinen 3 Säulen bestellt?

Überträgt man die Überschrift dieses Absatzes auf das deutsche Gesundheitswesen wird man es auch für seine 3. Säule, den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), schwer haben, eine präzise Antwort zu finden. Ob dieses Phänomen auch hier mit der zuvor genannten Qualitätsproportionalität zusammenhängen könnte? Längst ist nicht nur im ÖGD allen Mitarbeitenden klar geworden, dass zwischen Qualitätssicherung und Kostendruck der Spagat immer schmerzhafter wird! Nur wer hat schon ein probates „Schmerzmittel"? Die Lösung scheint denkbar einfach. Denn wenn man genau hinhört, wird auch im ÖGD immer öfter das hohe Lied der sog. Gewährleistungsverwaltung angestimmt. Doch so sehr sich der Chor der Mitsingenden auch bemüht – die dadurch entstehenden Missklänge lassen sich auch durch lauteres Singen nicht so einfach überstimmen. Das könnte damit zu tun haben, dass das Gebot der engen Zusammenarbeit des ÖGD mit allen gesellschaftlichen Institutionen und Akteuren der gesundheitlichen Versorgung sowie eine mögliche Auftragsvergabe an vermeintlich günstigere (private) Dritte morgen schon übermorgen einem weiteren Stellenabbau im ÖGD gegenübersteht. Auch hier gilt dann – Qualität hat ihren proportionalen Preis oder ihr proportionales Preisgefälle!

Aber bei genauerer Betrachtung wird sich der logisch denkende Mensch schon die Frage stellen dürfen, ob dieser ganze Zirkus um die „vermeintlich noch steigerungsfähigere Qualität" auf einigen gesellschaftspolitischen Ebenen nicht längst nur noch eine Illumination ist?

Wenn nämlich durch antiproportionale „Qualitätssicherungsprozesse" politisches Handeln nur noch als die Kunst der Illumination verstanden wird, dürfen sich „Qualitätsbeauftragte" nicht über die zurückhaltende oder gar fehlende Akzeptanz bei den Qualitätsbewussten wundern, wenn der Strom einmal ausfällt.

*Thomas Seitz
Vorsitzender der BHN e.V.

Landesverband Rheinland-Pfalz

NICOLE WALTER *

Ein Erfahrungsbericht eines Gesundheitsamts mit circa 400.000 Einwohner*innen zur Abwicklung des Geschäftsablaufs während der sogenannten Corona-Pandemie. Mit der Einstellung eines neuen Kollegen und Weggang von zwei verantwortlichen Ärztinnen im Bereich Infektionsschutz/Gesundheitsamt sowie sehr hohen Inzidenzen musste das Amt im Oktober neu strukturiert werden.

Die Fallbearbeitung bis Oktober 2020:

- In der Pandemie wurde begonnen mit den vorhandenen 6 Hygieneinspektoren*innen Teams zu bilden, die für die Fallbearbeitung verantwortlich waren.
- Dazu hatte jeder Hygieneinspektor*in mindestens 3-4 Helfer (meist Fachfremd) zu geordnet bekommen, die bei der Fallbearbeitung und Organisation/QB Schreiben unterstützt haben.
- Die Fallbearbeitung war zu Beginn nicht nach Themen getrennt, sondern jeder Hygieneinspektor*in hat einen Fall mit seinen Helfern von Anfang bis Ende zu bearbeiten. Dazu wurden die engen Kontaktpersonen im Privatbereich, Haushalt, aber auch in Einrichtungen oder Arbeitgebern ermittelt, kontaktiert und entsprechenden Absonderungen ausgesprochen.

In der 2. Welle ab Oktober konnten mit den zur Verfügung stehenden Personal/Helfern und vorhandenen Strukturen kaum mehr Fälle komplett abarbeiten, so dass weitere Neueinstellungen und die Unterstützung der Bundeswehr notwendig wurden sowie eine Neustrukturierung der Aufgabengebiete bei der Fallbearbeitung. Nach einer Vorlage aus einem anderen Gesundheitsamte wurde das Amt neu ausgerichtet und strukturiert. Aufgabenspezifische Teams mit Hygieneinspektoren als Teamleiter wurden aufgestellt:

- **Team Fälle** zur Fall-Bearbeitung der positiven Befunde und Ermittlung der engen Kontaktpersonen im Haushalt inklusive der Bescheinigungen/Anordnungen zur Quarantäne.
- **Team KP** zur Fall-Bearbeitung der engen Kontaktpersonen eines Falles außerhalb der Hausgemeinschaft.
- **Team Einrichtungen/Cluster** zur Fall-Bearbeitung von Fällen und engen Kontaktpersonen in Gemeinschaftseinrichtungen, Sammelunterkünften, Alten- und Pflegeheimen, Krankenhäuser, ambulante Pflegediensten Arztpraxen, amb., allen gewerblichen oder sonstigen Einrichtungen bei Häufung (ab 2. Fall im Zusammenhang)

Dazu kamen dann noch folgende Teams:

- **Vorteam** – für den Posteingang, Suvnet und Eingang/Vorbereitung der eingehenden Befunde für das Team Fälle
- **Team Strategie** – für die Abwicklung von Reihentestungen und Kontakt zu den Abstrichzentren
- **Team Fragen** – Ärzte zur Bearbeitung u.a. von medizinischen Einrichtungen wie Arztpraxen, Sonderfragenbeantwortung, Sammelunterkünfte Asyl und Obdachlosenunterkünfte
- **Team Cluster** – wurde nach der Installation der Arbeitsabläufe von Team Einrichtungen getrennt und ein eigenes Team zur Verwaltung und Zusammenführung von Clustern integriert

Jedes Teams erhielten eigene Emailadresse, z.B. covid19 Einrichtungen@...

Die Teams wurden strukturiert und Arbeitsabläufe festgelegt, dass das Personal entsprechend autark entsprechend ihrer Aufgaben die Fälle bearbeiten konnten. Diese Strukturen und Erstellen von Unterteams haben die jeweiligen Hygieneinspektoren*innen (Teamleiter) selbstständig vorgenommen.

Die Wochenenden wurden und werden bis heute ausschließlich von den Hygieneinspektoren*innen vor Ort im Amt mit entsprechend vielen Helfern zwischen 9.00 und 18 Uhr abgedeckt. Dabei musste dann der diensthabende Hygieneinspektor*in auch die Posteingänge und Fallbearbeitung der anderen Teams kontrollieren und mit den vorhandenen Helfern bearbeiten. Dadurch müssen auch die Prozesse der anderen Teams für jeden Hygieneinspektor*in bekannt sein.

Beispielhaft nunmehr das **Team Einrichtungen**:

Teamleiter: 2 Vollzeit Hygieneinspektorinnen, 1 Teilzeit Hygieneinspektorin

- Fallermittlung bei Altenheimen, Krankenhäuser, Ausbrüchen in Firmen, amb. Pflegedienste,
- Kontrolle und Bearbeitung des Posteingangs Einrichtungen,
- Verteilung der eingehenden Meldungen an die Unterteams
- Beantwortung von fachspezifischen Fragen im Team Einrichtungen
- Ansprechpartner für die Helfer für alle Fallentscheidungen
- Festlegung von Arbeitsabläufen und Prozesses in diesem Team
- Durchführung von Schulungen und Festlegung von Handlungsanweisungen bei gesetzlichen Neuerungen für die Helfer mittels PowerPoint
- Erstellung von schriftlichen Handlungsanweisung zur Festlegung einheitlicher Vorgehensweisen
- Anpassung von neuen Teams/Umstrukturierungen im Team immer abhängig von den eingehenden Fällen/Inzidenzen
- Erstellung von Informationsblättern für Gemeinschaftseinrichtungen
- Erstellung von Musterschreiben für die Fallbearbeitung in Gemeinschaftseinrichtungen, Firmen u.a.
- Ausarbeitung und Bewertung von LineListen bei Ausbrüchen
- Versendung der Formblätter bei Fällen in Gemeinschaftseinrichtungen an das Ministerium RLP

- Festlegung von Prozesse für das elektronische Meldesystem Sormas

Unterteams (14 fachfremde Helfer):
- Eigene Teamleiter
- Erstellung von Vorentwürfen für Infoblätter und Arbeitsanweisungen
- Erstellung und Pflegen eigener Access-Datenbanken zur besseren und schnelleren Kontrolle, insbesondere von Folgefällen und Statistiken
- Bearbeitung und Ausfüllung der Formblätter bei Fällen in Gemeinschaftseinrichtungen für das Ministerium RLP
- Multiplikatoren für das elektronische System Sormas für das Team Einrichtungen

Team Grundschule und Kita
- Abarbeitung von Fällen ab Kita bis 4. Klasse Grundschule
- Ermittlung und Einstufung der engen Kontaktpersonen in den o.g. Einrichtungen
- Maßnahmenabsprache mit Einrichtungsleitern/innen
- Versendung von Informationsblättern für die Klassen/Gruppen
- Fertigstellung und Versendung der notwendigen Absonderungsbescheinigungen/Anordnen

Team ab 5. Klasse
- Abarbeitung von Fällen ab der 5. Klasse bis Berufsschulen/Fachhochschulen
- Ermittlung und Einstufung der engen Kontaktpersonen in den o.g. Einrichtungen
- Maßnahmenabsprache mit Einrichtungsleitern/innen
- Versendung von Informationsblättern für die Klassen
- Fertigstellung und Versendung der notwendigen Absonderungsbescheinigungen/Anordnen

Team Controlling
- Hintergrundarbeit für Clusterfälle (Ausbrüche) wie z.B.
- Absonderungsbescheinigungen/Anordnungen schreiben,
- anderen Gesundheitsämtern von Ausbrüchen/Cluster informieren,
- Listen auf Konformität prüfen auf u.a. Einzelfälle oder Cluster
- Nachermittlungsarbeiten
- Unterstützung Team KP und Team Fälle beim Erheben von relevanten Daten und Ausstellung von Bescheinigungen/Anordnungen

Die Fallbearbeitung wird seit März 2021 mit Sormas durchgeführt und Abspeicherung von Schriftverkehr/QBs/Listen u.a. auf der Explorerebene sichergestellt. Dabei haben insbesondere die Ausstattung von Headsets, zwei Bildschirmen u.a. für eine angenehmere und schnellere Abarbeitung von Fällen geholfen.
Durch die unterschiedlichen Emailadressen pro Team sowie später dann durch die Aufgabenverteilung mit Sormas war es möglich untereinander schnell fallbezogen den entsprechenden anderen Teams Infos und Fälle zuordnen zu können, damit hier kaum Zeitverzug zu verzeichnen war in der Fallbearbeitung.
Die Pandemie hat gezeigt, dass ein Gesundheitsamt und insbesondere die Hygieneinspektoren*innen sich fast täglich neu erfinden müssen, um die aktuellen gesetzlichen und normativen Bestimmungen schnell und zeitnah umsetzen zu können. Dabei fehlte es häufig an Hilfestellungen sowie Durchführungsbestimmungen der Landesregierung / Gesundheitsministerium. Dadurch war die tägliche Arbeit in den Gesundheitsämtern anstrengend und schwierig zu bewältigen.

*Nicole Walter, G RPK RLP

Prozessorientierte Gesundheitsverwaltungen - Vision oder Wirklichkeit?

OSKAR WEINIG*

- **Arbeiten Gesundheitsämter digital?**
- **Wie ist das digitale Teamwork organisiert?**
- **Welchen digitalen Reifegrad haben Hygienekontrolleur*innen?**
- **Wer definiert digitale Arbeitsprozesse in Gesundheitsämtern?**
- **Welche Softwareprodukte nutzen Gesundheitsämter?**
- **Was hat das Onlinezugangsgesetz (OZG) mit Hygienekontrolleur*innen zu tun?**

Auf viele Fragen mussten in den letzten 15 Monaten die Amtsleitungen deutscher Stadt- und Kreisverwaltungen sowie die Leitungen der Gesundheitsämter detaillierte Antworten geben.
Ergebnis der Befragungen:
Nahezu alle deutschen Gesundheitsämter verfügen über leistungsfähige, das Teamwork fördernde und verzahnende Plattformensysteme, sowie auch seit vielen Jahren etablierte ÖGD-Spezialverfahren, mit welchen u. a. auch die besonderen Anforderungen einer Pandemie, digital gut gemeistert werden können.
Berichterstattungen, in welchen Behauptungen aufgestellt wurden, dass deutsche Gesundheitsämter noch mit „Zettel und Bleistift“ die Pandemie bearbeiten, wurden von den Ämtern zurückgewiesen.

Digitalisierungsstatus der deutschen Gesundheitsämter
Der Nutzungsgrad der im ÖGD etablierten Plattformsysteme* und Spezialverfahren*, ist in vielen Gesund-

heitsämtern auf einem hohen Level. Insbesondere in den Aufgabenbereichen Infektionsschutz, Hygiene-/Trink-/Bade-, sowie der Gewässerüberwachung liegt die Nutzung der Softwareprodukte bei nahezu hundert Prozent.
**Anbieterübersicht (nach Produktkategorie, alphabetisch sortiert)*

Behörden-Plattformsysteme – Mandant: Gesundheitswesen (ÖGD):

Anbieter:
DEVAGENCY GmbH & Co. KG
Produkt: R23
Webseite: https://devagency.de/

ÖGD-Spezialverfahren:

Anbieter:
Computer Zentrum Straußberg GmbH
Produkt: ISGA
Webseite: https://www.computerzentrum.de/

Anbieter:
easy-Soft GmbH Dresden
Produkt: OctoWare TN
Webseite: https://www.easy-soft.de/

Anbieter:
Mikroprojekt GmbH
Produkt: mikropro
Webseite: https://www.mikroprojekt.de/

Anbieter:
software.house GmbH
Produkt: GUMAX
Webseite: https://www.software-house.de/

Anbieter:
Unisoft GmbH
Produkt: Äskulab21
Webseite: https://unisoft.de/

Alle Datenerhebungen in den Plattformsystemen und Spezialverfahren des ÖGD erfolgen konform zur DSGVO und ermöglichen den Nutzern eine durchgängig digitale Vorgangsbearbeitung einschließlich elektronischer Aktenführung. Jegliches Schriftgut wird gemäß den behördlichen Archivierungsrichtlinien und den Vorgaben der Stadt- und Kreisverwaltungen archiviert.

Digitalisierungsvergangenheit: Was war „gestern"?

Aufgabenbereich: Infektionsschutz

Von 380 Gesundheitsämtern, nutzen ca. 240 Ämter, das vom Robert-Koch-Institut eigenentwickelte Fallverwaltungs- und Meldeprogramm SurvNet@RKI.
Ämter ohne ein dem Meldeprogramm SurvNet@RKI vorgeschalteten Plattformsystem oder Spezialverfahren benutzen das staatliche Programm als eine Stand-Alone-Lösung für den Falltransfer, sowie die zentrale Verwaltung aller Erkrankungsfälle.
Über die von Seiten des RKI bereitgestellte Labor-Schnittstelle DEMIS werden labordiagnostische Nachweise zu COVID-19, bereits seit Juni 2020, an deutsche Gesundheitsämter digital übermittelt. Die Nachweise, werden über die etablierten Plattformsysteme, sowie die Spezialverfahren automatisiert weiterverarbeitet.

Digitalisierungszukunft: Was kommt „morgen"?

Aufgabenbereich: Infektionsschutz

Seit dem Frühjahr 2020 sind deutsche Gesundheitsämter bemüht, das aktuell noch in Entwicklung befindliche Softwareprodukt SORMAS des Helmholzzentrums für Infektionsforschung (HZI) für eine Erleichterung bei der Kontaktpersonennachverfolgung, zu einer deutschlandweit einsetzbaren Nachverfolgungs-Plattform weiter zu entwickeln.
Die dafür notwendigen Funktionen und insbesondere die bidirektionale Schnittstelle zu der staatlichen Meldesoftware SurvNet@RKI, sowie den

DEVAGENCY

R23®
INTELLIGENT ASSISTANT

Die Plattformlösung für digitales Arbeiten

Gemeinsam digital durchstarten mit **R23** für das **Gesundheitswesen (ÖDG)**

Sichern Sie sich jetzt Ihr lizenzkostenfreies Einstiegspaket aus der Produktedition BASIC.

Vereinbaren Sie Ihren Live-Demo-Termin unter:

www.devagency.de

Foto: © adobe stock, Jacob Lund

Plattformsystemen und den ÖGD-Spezialverfahren werden voraussichtlich bis zum Ende des Jahres 2021* verfügbar sein. *Stand: 07/2021
Von Seiten des RKI wird angestrebt, noch in 2021 das Meldeportal DEMIS für alle gegenüber den Gesundheitsämtern meldepflichtigen Akteure zu aktivieren. Damit wird es für Hygienekontrolleur*innen, und Ärzt*innen zu weiteren nachhaltigen Erleichterungen im Infektionsschutz kommen.
Die Plattformsysteme und Spezialverfahren erweitern ihre Funktionen für eine ganzheitliche Vernetzung im ÖGD, sowie auch eine elektronische Übergabe von Fällen und auch sonstigen E-Akten zwischen den Behörden.

Herausforderungen: Prozesse und Personaleinsatz
In allen COVID-19-Pandemiewellen wurden die Führungskräfte der Stadt- und Kreisverwaltungen, die Leitungen der Gesundheitsämter, als auch alle Mitarbeiter aller Berufsgruppen mit bislang noch nie dagewesenen organisatorischen, personellen und prozesstechnischen Anforderungen konfrontiert.
Von einem Tag auf den Nächsten, mussten organisatorische Mammutaufgaben gestemmt werden, für welche vorher niemand vollumfassend ausgebildet wurde.
Alle an deutsche Gesundheitsämter gestellten Herausforderungen der Pandemie, konnten gemeinsam mit den ÖGD-Softwareanbietern technisch und organisatorisch gut gemeistert werden.

Prozesse bestimmen – wie geht man vor?
Die Berufsgruppe der Hygienekontrolleur*innen steht täglich vor den unterschiedlichsten organisatorischen und prozesstechnischen Herausforderungen.
Bei der Bewältigung hat sich folgendes Vorgehen bewährt:

- Ist-Zustand analysieren
- Soll-Zustand definieren
- Rollen und Arbeitsprozesse beschreiben

Was einfach und plausibel klingt, stellt Führungskräfte und auch Mitarbeiter in Behörden wiederkehrend vor Herausforderungen. Insbesondere dann, wenn ein festgelegter Prozess als ein Standard, auch anderen Mitarbeitern in einem Amt vermittelt werden muss.
Unterstützung bieten Spezialtools zur Prozessdarstellung und -dokumentation. Diese können neben dem reinen Prozessablauf, auch das „Was ist zu tun" für alle Akteure übersichtlich darstellen. Zudem können zu allen Arbeitsschritten auch die aufzuwendenden Zeiten hinterlegt werden. Eine Einweisung von neuen Mitarbeitern in die Arbeitsprozesse wird für Führungskräfte nachhaltig vereinfacht.

Personaleinsatz bestimmen – wie geht man vor?

- Prozessdurchlaufzeiten an den jeweiligen Stationen (Rollen) ermitteln
- Verfügbares Personal ermitteln (bestimmen)
- Maximale Leistungskapazität bestimmen

Besteht Klarheit in den Arbeitsprozessen, so kann der erforderliche Personaleinsatz einfach und schnell bestimmt werden und die Grenzen des Machbaren aufgezeigt werden.

Das Teamwork
Ärzt*innen im öffentlichen Dienst, Hygienekontrolleur*innen, Sozialpädagogische Fachkräfte, Fachkräfte der Sozialmedizin, Verwaltungsfachkräfte, als auch externe Unterstützungskräfte können in einer prozessorientierten Gesundheitsverwaltung zu einem leistungsfähigen Team, welches von „Hand zu Hand arbeitet" entwickelt werden.

Team-Coach Rolf Dindorf aus Kaiserslautern gibt zu bedenken:
Jeder kocht sein eigenes Süppchen? Eine gute Zusammenarbeit im Team ergibt sich dauerhaft nicht von selbst. Krisenzeiten sind „Windows of Opportunities". Jetzt ist die beste Zeit und Möglichkeit um über die Führungsgrundsätze und die Zusammenarbeit in Gesundheitsämtern nachzudenken. Arbeitsabläufe, Teamarbeit und Führungspraktiken müssen reflektiert und gegebenenfalls nachjustiert werden.
Welche Veränderungen sollten auch nach der Pandemie gelten, respektive ausgebaut werden? Wie werden die Errungenschaften in der Behörde nachhaltig gesichert, damit in Gesundheitsämtern dauerhaft im Team gearbeitet wird und ein echter Aufbruch, anstatt nur ein digitales Strohfeuer einsetzt? Lösung: Es bedarf eines strategischen Personalentwicklungskonzeptes. Dieses gilt es jetzt zu erarbeiten und konsequent umsetzen.

Qualifizierungsmaßnahmen – wie geht man vor?
Je strukturierter und kleiner die Aufgabenpakete festgelegt werden können, desto einfacher können auch neue Mitarbeiter qualifiziert und in die Arbeitsprozesse, wie z. B. das Pandemiemanagement von Stadt- und Kreisverwaltungen eingewiesen werden.
Eine konsequente, elektronische Dokumentation der Prozesse fungiert u. a. als ein „Benutzerhandbuch" und ermöglicht zudem auch die Einbindung von Aus- und Durchführungsverordnungen sowie Schulungsvideos.

Die „Technik" – was wird benötigt?
In Abhängigkeit von den festgelegten Prozessen, dem Personal und dem Einsatzort des Personals empfiehlt es sich, die gesamte, den Behörden zur Verfügung gestellte Technik wiederkehrend auf den Prüfstand zu stellen. Eine Bewertung der Technik sollte stets in Zusammenarbeit mit den Anwendern, der Organisations- und IT-Abteilung erfolgen.
Für ein optimales Teamwork, ganz speziell in den Aufgabenbereichen Hygiene und Infektionsschutz, sollten alle primär tätigen Berufsgruppen, wie die Ärzt*innen und

Hygienekontrolleur*innen mit mobilen Endgeräten als einem Standard-Arbeitswerkzeug ausgestattet werden. Aber, auch die eingesetzten Softwareprodukte müssen regelmäßig mit auf den Prüfstand. Sind diese wirklich teamfördernd und können jederzeit an veränderte Arbeitsprozesse agil angepasst werden?
Produkte, mit welchen Mitarbeiter in Gesundheitsverwaltungen, nicht vorgangs-, team- und prozessorientiert arbeiten können, sollten zeitnah gegen zeitgemäße und insbesondere das Teamwork fördernde Lösungen ausgetauscht werden.

Onlinezugangsgesetz (OZG) und ÖGD – Wozu?

Verwaltungsintensive Vorgänge … Anzeige und Antragstellung im Web!
Zur Verdeutlichung warum im ÖGD etablierte Plattformsysteme und Spezialverfahren in Kombination mit dem OZG dringendst eingesetzt und ausgebaut werden müssen, zeigt beispielhaft der § 13 der Trinkwasserverordnung (TrinkwV), in welchem die Anzeigepflichten für die Betreiber und sonstige Inhaber von Wasserversorgungs-anlagen festgelegt sind.
Konkret heißt es in der Verordnung über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch Trinkwasserverordnung:
„(1) Dem Gesundheitsamt ist schriftlich oder elektronisch anzuzeigen:

- die Errichtung einer Wasserversorgungsanlage spätestens vier Wochen im Voraus;
- die erstmalige Inbetriebnahme oder die Wiederinbetriebnahme einer Wasserversorgungsanlage spätestens vier Wochen im Voraus
- sowie die Stilllegung einer Wasserversorgungsanlage oder von Teilen von ihr innerhalb von drei Tagen; die bauliche oder betriebstechnische Veränderung an Trinkwasser führenden Teilen einer Wasserversorgungsanlage, die auf die Beschaffenheit des Trinkwassers wesentliche Auswirkungen haben kann, spätestens vier Wochen im Voraus;
- der Übergang des Eigentums oder des Nutzungsrechts an einer Wasserversorgungsanlage auf eine andere Person spätestens vier Wochen im Voraus;
- die Errichtung oder Inbetriebnahme einer Wasserversorgungsanlage sowie die voraussichtliche Dauer des Betriebes so früh wie möglich."

Die im Einzelnen bestehen Anzeigepflichten für den Unternehmer und den sonstigen Inhaber einer Wasserversorgungsanlage sind danach im Absatz 2 aufgeführt.
Auch die in Absatz 3 aufgeführten Aufgaben, wonach auf Verlangen dem Gesundheitsamt Unterlagen vorzulegenden sind, wie zum Beispiel die technischen Pläne einer bestehenden oder geplanten Wasserversorgungsanlage, sowie bei einer baulichen und betriebstechnischen Änderung oder Unterlagen über die Schutzzonen, verlangen für den ÖGD ein effektives den Erfordernissen angepasstes Softwareprodukt.

Ergänzungslösung: Das Onlinezugangsgesetz (OZG)

Einen Weg zur nachhaltigen Erleichterung der Arbeit von Hygienekontrolleur*innen beschreitet u. a. auch das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat mit dem Onlinezugangsgesetzeses (OZG).
https://www.bmi.bund.de/DE/themen/moderne-verwaltung/verwaltungsmodernisierung/onlinezugangsgesetz/onlinezugangsgesetz-node.html

https://www.onlinezugangsgesetz.de/SharedDocs/kurzmeldungen/Webs/OZG/DE/2021/02_4_Go_Lives_aus_Niedersachsen.html

ÖGD-Praxis-Beispiel:

Online-Anzeige nach § 13 TrinkwV
Gesundheitsamt im Landkreis Osnabrück
https://service.landkreis-osnabrueck.de/alle-dienstleistungen-a-z/-/egovbis-detail/dienstleistung/14033/show#

Entwicklung in Kooperation mit dem Land Niedersachsen
https://www.navo.niedersachsen.de/navo2/portal/a3start/0/client/index.html?verfahrenId=710&startAPI=https%3A%2F%2Fwww.navo.niedersachsen.de%2Fnavo2%2Fportal%2Fa3start%2F58065%2Fapi1#/introo

Fazit

Der „digitale Reifegrad" der Berufsgruppe Hygienekontrolleur*innen im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) ist durch die langjährige, digitale Arbeitsweise in den Aufgabenbereichen Infektionsschutz und Trinkwasserüberwachung, sowie auch durch die enge Zusammenarbeit mit den auf die Aufgaben des ÖGD spezialisierten Softwareherstellern, auf ein sehr gutes Niveau angewachsen. Auf das digital bereits Erreichte, kann in Zukunft weiter aufgebaut werden um die Bürger*innen, öffentlichen Einrichtungen und auch gewerblich tätige Organisationen, noch besser digital zu bedienen.

Hinweis

Unter der Rubrik „Hygiene digital" folgen in zukünftigen Ausgaben der Fachzeitschrift „Der Hygieneinspektor", diverse Beiträge zur digitalen Transformation in deutschen Gesundheitsämtern.
Zu den für unsere Berufsgruppe wichtigen digitalen Themen können uns alle Leserinnen und Leser, ihre Wünsche und Anregungen für ein noch besseres digitales Teamwork einsenden. Alle Anregungen werden an die im ÖGD etablierten Softwareanbieter zur Prüfung weitergeleitet.

*Oskar G. Weinig, M.A.
Schriftleiter
Norbertstr.5, 97204 Höchberg

„Die Daten unserer Bürgerinnen und Bürger müssen weiterhin sicher sein“

Landratsamt Starnberg als erste Kreisverwaltung komplett nach ISO 27001 zertifiziert

Das Thema IT-Sicherheit nimmt einen immer größeren Stellenwert ein. „Dazu gehört an oberster Stelle der Schutz der persönlichen Daten unserer Bürgerinnen und Bürger.“, erklärt Landrat Stefan Frey. Das Landratsamt Starnberg hat daher sein gesamtes Informationssicherheitskonzept auf neue Beine gestellt. Jetzt wurde es bundesweit als erste Kreisverwaltungsbehörde komplett nach ISO 27001 zertifiziert – der höchste Standard für Informationssicherheit in Deutschland.

Schutz persönlicher Daten

Auf unsere Bedürfnisse zugeschnittene Anzeigen im Internet, Lieferung unserer Online-Bestellungen direkt vor die Haustüre, bequemes Bezahlen mit nur einem Klick, die Lauf-App, die meine abendliche Joggingrunde dokumentiert. Das alles funktioniert nur mit Daten – unseren Daten. An diesen wenigen Beispielen ist zu erkennen: Persönliche und sensible Daten werden, gerade in der digitalen Welt, immer wertvoller. Und das nicht nur für Unternehmen, auch Hacker gieren danach. Umso wichtiger ist es, sie maximal zu schützen. „Unsere Bürgerinnen und Bürger vertrauen darauf, dass ihre Daten in unserer Verwaltung sicher sind“, erklärt Landrat Stefan Frey. „Es muss daher alles dafür getan werden, um diese Daten weiterhin abzusichern und unser Haus bestmöglich vor Diebstahl, Erpressung oder gar Sabotage zu schützen.“ „Das Landratsamt Starnberg ist derzeit im Monat durchschnittlich etwa 1.500 externen Angriffen ausgesetzt. Davon sind immerhin rund zwei Drittel als kritisch einzustufen“, untermauert IT-Leiter Thomas Eberhard die Anstrengungen im Starnberger Landratsamt.

Zertifizierung nach BSI-Grundschutz

Die Starnberger Kreisbehörde leistete schon 2017 absolute Pionierarbeit in Sachen IT-Sicherheit und erhielt als bundesweit erste Kreisverwaltungsbehörde das ISIS12-Zertifikat. „Wir wollten den eingeschlagenen Weg konsequent weitergehen. Daher haben wir uns entschieden, auch die weitaus umfangreichere und aufwendigere Zertifizierung nach der Norm ISO 27001 und den IT-Grundschutz des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik, kurz BSI, zu erfüllen“, erläutert Eberhard. Alle IT-Prozesse und das gesamte IT-Sicherheitsmanagement wurden daher in intensiver Projektarbeit zu einem übergeordneten IT-Sicherheitskonzept entwickelt. Untersuchungsgegenstand des Zertifikats waren alle IT-Dienstleistungen des Landratsamts für die Bürgerinnen und Bürgern, als auch diejenigen, die das Landratsamt für Kommunen, Behörden und Organisationen bereitstellt.

Begleitet wurde die Behörde von einem externen Informationssicherheitsexperten. „Es freut mich besonders, dass wir das Landratsamt Starnberg als das erste Landratsamt in Deutschland, das komplett die Zertifizierung nach BSI-Grundschutz umsetzt, begleiten dürfen. Dies ist ein wichtiger Schritt, um für die Bürgerinnen und Bürger die größtmögliche Datensicherheit zu bieten“, erläutert Franz Obermayer von der den Prozess begleitenden complimant AG. Das kann Landrat Stefan Frey nur unterstreichen: „Daher werden wir auch in Zukunft stetig daran arbeiten, das hohe Schutzniveau beizubehalten und weiter auszubauen.“

Quelle: Pressemitteilung Landratsamt Starnberg

Landrat Stefan Frey und IT-Leiter Thomas Eberhard nehmen die Zertifizierungs-Urkunde von Franz Obermayer von der complimant AG entgegen.

Das Interview mit Landrat Frey: Corona und die Digitalisierung im Landratsamt Starnberg

Rolf Dindorf*

Plötzlich Digitalisierung? Die Corona-Herausforderung mischt die digitalen Karten neu. Jahrelang diskutiert und wenig praktiziert in Kommunalverwaltungen führt die aktuelle Krisenlage zum deutlichen Ausbau digitaler Infrastruktur. Einen spektakulären Boom erlebt die Büroarbeit im Homeoffice. Das Arbeiten in den eigenen vier Wänden stand bisher nicht im Fokus des strategischen Personalmanagements öffentlicher Einrichtungen. Daher mangelt es auch an Erfahrungen, wie man damit umgeht. Doch was heißt die Corona-Krise konkret für die Kommunalverwaltungen vor Ort?
Praktiker nehmen dazu kurz und knackig Stellung. Heute mit Stefan Frey, Landrat von Starnberg.

Ich leiste einen Beitrag, damit der öffentliche Sektor personell noch besser wird.

Wie ist die Lage derzeit im Landratsamt Starnberg (Stichworte z.B. Arbeitszeitrahmen, veränderte Verwaltungsabläufe)
Der Arbeitszeitrahmen hat sich nicht verändert, bei uns gibt es schon seit vielen Jahren eine gleitende Arbeitszeit. Die Beschäftigten können und müssen ihren Tagesablauf, ausgerichtet auf ihr Aufgabengebiet eigenverantwortlich regeln. Neu ist, dass wir den Beschäftigten jetzt bis zu 60 Prozent der regulären Arbeitszeit im home office ermöglichen.

Landrat Frey

Wie viele Mitarbeiter des Landratsamtes arbeiten derzeit im Homeoffice? Wie sind die ersten Erfahrungen mit dem Arbeiten im Homeoffice?
Derzeit arbeiten ca. 320 Mitarbeiter*innen im home office. Die Erfahrungen sind sehr positiv. Die Beschäftigten ersparen sich vielfach weite Anfahrtswege. Die Erreichbarkeiten sind gewährleistet. Für viele bietet die Arbeit zu Hause auch Entlastung, gerade wenn Kinder betreut werden müssen.

Aus der Not eine Tugend machen: Kommt jetzt das Ende der Papierverwaltung? Wird jetzt das kommunale Leben vollends digital?
Mittelfristig ist das genau das Ziel. Immer weniger Papier, immer mehr digitale Vorgangsbearbeitung. Man hat die komplette Akte stets griffbereit

Wann ist es aus Ihrer Sicht auch mal sinnvoll analog unterwegs zu sein?
Wenn es um persönliche Anhörungen in einigen Rechts- und Verfahrensbereichen geht oder unmittelbarer Sichtkontakt zwingend notwendig ist.

Ein Blick in die optimistische Glaskugel: Was wird sich aus Ihrer Sicht nach der Corona-Krise im Landkreis Starnberg verändern?
Die Menschen werden viele Verwaltungsgeschäfte online, telefonisch oder per E-Mail abwickeln. Ein unmittelbarer persönlicher Kontakt zwischen

Rolf Dindorf
Sinn führt.
Strategisches Personalmanagement

Aufbruchs-stimmung durch moderne Arbeitskultur

Schaffen Sie dauerhaft attraktive Arbeitsbedingungen

Wozu das alles?

- **Teamarbeit:** "Ich erlebe mehr wir im Gesundheitsamt"
- **Digitales Amt:** "Ich sehe den Sinn in der Veränderung"
- **Personalgewinnung:** "Als Generation Z kann ich mich hier verwirklichen"

Worauf warten Sie noch?
Engagieren auch Sie
Rolf Dindorf

Telefon: 0631 6259657
Mobil: 0179 1261035
mail@rolf-dindorf.de

www.rolf-dindorf.de

Foto: © adobe stock, NDABCREATIVITY

Antragsteller und Behörde wird in weniger Fällen als notwendig erachtet werden. Das spart vor allem eines, Zeit!

Sehr geehrter Herr Landrat Frey, vielen herzlichen Dank für die Beantwortung meiner Fragen.

*Rolf Dindorf M.A., M.A, Betr. (IWW), 67657 Kaiserslautern

Machen Sie Ihr Gesundheitsamt personell zukunftsfest!

Rolf Dindorf*

Mit Herz und Verstand das digitale Gesundheitsamt voranbringen

Wäre es nicht wünschenswert in einem Gesundheitsamt mit einer spannenden und sinnstiftenden Arbeitsatmosphäre zu arbeiten? Wo alle Führungskräfte und Mitarbeitenden gut gedeihen. Wo die Mitarbeitermotivation hoch, die Zusammenarbeit effizient und die Einstellung zur Veränderung optimistisch ist?

Die digitale Transformation der Verwaltung ist ein Marathonlauf. Daher bedarf es fortlaufend kompetenter und motivierter Mitarbeitender. Dabei gilt: Es ist einfacher Technik zu kaufen als das Mindset zu ändern. Mitarbeitermotivation im Gesundheitsamt fällt nicht vom Himmel. Die Bereitschaft, sich auf Neues einzulassen hängt beispielsweise vom Verhalten des direkten Vorgesetzten als auch der Amtsleitung, der Arbeitsorganisation und dem Sinn der Aufgabe ab. In Zeiten der Digitalisierung und Demographie heißt das: Akzeptanz und Innovation durch erreichbare Etappenziele fördern. Zur gleichen Zeit müssen aber auch die Ängste und Bedenken von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Hinblick auf digitale Prozesse ernst genommen werden.

Goldene Zeiten: Aufbruchsstimmung durch moderne Arbeitskultur

Doch ohne zukunftsgerichtete Arbeitsorganisationen wird es schwierig werden, Personal für den ÖGD zu gewinnen. Denn es geht bei der Personalgewinnung in den Gesundheitsämtern um mehr als eine bessere Bezahlung. Gesundheitsämter, die zukünftig oben auf der Welle schwimmen möchten, brauchen Führungskräfte und Mitarbeitende die New Work und damit agiles, selbstbestimmtes, flexibles Arbeiten begrüßen und einfordern. Die Erwartungshaltung der Beschäftigten generell hat sich drastisch verändert (Stichwort Wertewandel). Dies betrifft keineswegs nur die Generation Y und Z. Dabei lautet die Kernfrage: Wie binden und finden wir qualifiziertes und motiviertes Personal?

Handeln statt warten: Fachkräftemangel mit Strategie anpacken

Die Gesundheitsämter steht erheblich unter Druck sich zum interessanten Arbeitgeber für Fachkräfte und Führungskräftenachwuchs zu entwickeln. Der eklatante Personalmangel in den annähernd 400 Gesundheitsämtern wird in den nächsten Jahren durch den demographischen Wandel noch schlimmer. Jeder zweite Arzt im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) geht im kommenden Jahrzehnt in Pension. Im Fokus stehen aber nicht nur die Fachärzte. Auch die Mitarbeitenden in den Gesundheitsämtern wie beispielsweise die Hygienekontrolleure darf man nicht vergessen. Nicht nur, dass sie hervorragende Arbeit in Pandemiezeiten leisten, auch für sie muss eine Personalstrategie entworfen werden. Dabei gilt zunehmend: Mitarbeiterbindung ist ebenso wichtig wie Personalgewinnung.

Das Herzstück: Personalstrategie

In Zeiten wachsender Herausforderungen verleiht ein strategisches Personalkonzept für die einzelnen Gesundheitsämter Flügel. Ein strategisches Personalmanagement mit digitalem Fokus im Gesundheitsamt muss Antworten auf folgende Fragen liefern:

- Was ist das ‚Warum' für die Weiterentwicklung unserer Arbeitskultur im Amt?
- Welche Sinnangebote machen wir unseren Führungskräften und Mitarbeitenden?
- Wie verändern sich die Arbeitsbedingungen in einem digitalen Gesundheitsamt?
- Mit welcher digitalen Verwaltungskultur lassen sich hochwertige Dienstleistungen für die Bürgerinnen und Bürger erbringen?
- Wie kann ich mich als attraktiver Arbeitgeber positionieren?
- Wie lässt sich der digitale Fortschritt mit einer älter werdenden Belegschaft erreichen?
- Wie kann der Kulturwandel hin zu einer digitalen Behörde erfolgreich angegangen werden?
- Wie wandeln wir Verlustängste in Veränderungsbereitschaft bei unseren Beschäftigten um?
- Selbstverständlich auf Distanz vernetzt – Welche Führungsleitlinien geben Optimismus und fördern digitale Teamarbeit?
- Welche Maßnahmen lassen sich ergreifen damit wir noch besser zusammenarbeiten?

Lassen Sie das digitale Gesundheitsamt nicht zum personellen Strohfeuer werden. Schaffen Sie dauerhaft attraktive Arbeitsbedingungen.

*Rolf Dindorf M.A., M.A, Betr. (IWW), 67657 Kaiserslautern

NITRAS® MEDICAL

PROTECTASEPT
desinfektion

Die **neue Ära der Sprühdesinfektion** hat begonnen!

PROTECTASEPT FX PLUS ist eine gebrauchsfertige Sprüh- und Wischdesinfektion mit dem neuartigen, wasserbasierenden Wirkstoff **NEUTRAL+ION®**, das von einem Forscherteam an der Universitätsklinik des Saarlandes entwickelt wurde.

Die neue Sprüh- und Wischdesinfektion **PROTECTASEPT FX PLUS** zeichnet sich durch kurze Einwirkzeiten (unter hoher Belastung getestet) aus und ist daher sehr wirtschaftlich im Gebrauch.

IHRE VORTEILE MIT 52995 // PROTECTASEPT FX PLUS:

- VAH-konform getestet
- Voll viruzid
- Biologisch abbaubar
- Dermatest „sehr gut“
- Kein Gefahrgut
- Kein Gefahrstoff
- Nicht kennzeichnungspflichtig
- Nicht brennbar
- Ohne Alkohol
- Ohne Aldehyde
- Ohne Tenside
- Gebrauchsfertig
- Sehr gute Einwirkzeiten
- Made in Germany

ORIGINAL 07 SEHR GUT 2017 dermatest® — dermatest-garantie.de

NEUTRAL+ION® inside

Wünschen Sie weitere Informationen?

Spechen Sie uns gerne an!

Tel.: +49 2272 401 111

E-Mail: info@nitras-medical.com

WWW.NITRAS-MEDICAL.COM

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Oskar Weinig*

Diskussionen um den ÖGD werden kontrovers in den unterschiedlichsten Gremien diskutiert. Ein kleiner Überblick der unterschiedlichsten Ansätze sollen die Beiträge aus den verschieblichen Zirkeln geben. Ich bitte die einzelnen Leser*innen um eine angeregte Diskussion wie sich die Hygieneinspektoren in den Aussagen wiederfinden.
Die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. und der Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. veröffentlichte am 22.10.2020 eine Pflegerische Expertise zum Öffentlichen Gesundheitsdienst - ÖGD. Hierbei ist der Begriff ÖGD weiter gefasst als nur der auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene umfassenden Einrichtungen der Gesundheitsverwaltung. Jedoch diese Aussagen sind auch für den ÖGD übertragbar.
In einer Abhandlung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unter dem Titel „Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung“ geben Dr. med. Veronika Reisig MPH und Dr. Dipl.-Psych.Joseph Kuhn einen Überblick über den ÖGD. Wobei die Gesundheitsförderung im kommunalen Kontext überproportional hervorgehoben und die hoheitliche Überwachungsaufgaben nach den einschlägigen Gesetzen wie zum Beispiel das Infektionsgesetz unzureichend gewürdigt wird.
Eine länderübergreifende Projektgruppe „Leitbild ÖGD“ hat 2018 ein Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst formuliert. Hierbei werden die Zuständigkeiten, die Ziele und die Zukunft eines modernen ÖGD benannt.
Allen drei Abhandlung ist gemeinsam, die Negierung der Hygieneinspektoren, die den Vollzug der gesetzlichen Vorgaben durchführen müssen.

* Oskar G. Weinig,
M.A. im Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen
BHC in Gesundheitskommunikation
Höchberg

Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst Zuständigkeiten. Ziele. Zukunft.

Leitbild ÖGD*

Der Öffentliche Gesundheitsdienst

1. hat die öffentliche Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung
2. ist integraler Baustein des modernen Sozialstaats
3. ist bürgernah und eingebunden in kommunale Strukturen
4. orientiert sich an lokalen und globalen Herausforderungen
5. ist gemeinwohlorientiert, ohne kommerzielle Interessen
6. hat als Kernaufgaben Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung, Beratung und Information sowie Steuerung und Koordination
7. nimmt hoheitliche Aufgaben wahr und arbeitet sozialkompensatorisch, planerisch und gestalterisch, um gesundheitliche Chancengleichheit und bestmögliche Gesundheit für alle zu ermöglichen (Public Health)
8. basiert auf medizinischen, insbesondere fachärztlichen, und sozialsowie gesundheitswissenschaftlichen Qualifikationen
9. arbeitet wissenschaftsbasiert und vernetzt
10. ist ethisch reflektiert in Respekt vor der Würde des einzelnen Menschen

Präambel:
Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) befindet sich in einem Wandel. Hoheitliche Schutz- und Überwachungsaufgaben werden um steuernde, partizipative und gesundheitsfördernde Tätigkeiten ergänzt. Dieses Leitbild will dabei insbesondere den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Gesundheitsämtern Orientierung geben. Es sieht den ÖGD als einen zentralen Akteur der öffentlichen Sorge um die Gesundheit aller (Public Health) und schlägt eine Brücke zwischen Theorie und Praxis ebenso wie zwischen Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung.

1. Der Öffentliche Gesundheitsdienst im modernen Sozialstaat
Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist ein unverzichtbarer Teil eines modernen Sozialstaats. Er gehört neben der ambulanten und stationären Versorgung zur Basis des Gesundheitswesens. Der ÖGD nimmt im Rahmen der Daseinsvorsorge öffentliche Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung wahr, ist zivilgesellschaftlich orientiert und arbeitet partnerschaftlich mit vielen Akteuren zusammen. Dies gilt für alle Ebenen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, von den Bundesbehörden über die Landesebene bis hin zu den Gesundheitsämtern.

2. Leitorientierung im ÖGD

Mit dem Wandel der Gesellschaft insgesamt geht auch ein Wandel des Selbstverständnisses und der Leitorientierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einher.

Neben seinen hoheitlichen Aufgaben muss er verstärkt modernen zivilgesellschaftlichen Erwartungen und sozialen Herausforderungen gerecht werden und in seiner Arbeitsweise zugleich auch dem wissenschaftlichen Anspruch an das Gesundheitswesen Rechnung tragen. Er strebt daher eine stärkere Berücksichtigung von Evidenz in Steuerungsprozessen an. Der ÖGD setzt sich für gesundheitliche Chancengleichheit ein. Dies prägt als Vision den ÖGD.

Er arbeitet daher

- orientiert an prioritären Bedarfen der Bevölkerungsgesundheit,
- ethisch reflektiert und in Respekt vor der Würde des einzelnen Menschen,
- mit Blick auf gesundheitliche Chancengleichheit,
- frei von kommerziellen Interessen,
- auf aktueller wissenschaftlicher Basis,
- bürgernah, vernetzt und partnerschaftlich mit vielen anderen Akteuren,
- multiprofessionell und interdisziplinär,
- ergebnisorientiert, verantwortlich und transparent.

Dabei bezieht sich der ÖGD konzeptionell auf Gesundheit als einen umfassenden körperlichen, psychischen und sozialen Zustand des Wohlbefindens. Er berücksichtigt dabei die wichtige Rolle einer gesundheitsförderlichen sozialen und ökologischen Lebenswelt.

3. Kernaufgaben des ÖGD

Der Öffentliche Gesundheitsdienst fördert und schützt die Gesundheit der Bevölkerung. Er trägt in einem arbeitsteiligen Gesundheitswesen dazu bei, Public Health in die Praxis umzusetzen. Die konkreten Aufgaben unterscheiden sich nach Maßgabe der jeweiligen Ländergesetze. Gemeinsame verbindende Schwerpunkte sind:

- Gesundheitsschutz (Hygiene, Infektionsschutz, einschließlich Impfen, umweltbezogener Gesundheitsschutz, Medizinalaufsicht, Ausbruchs- und Krisenmanagement),
- Beratung und Information, Begutachtung, Gesundheitsförderung und Prävention, niedrigschwellige Angebote und aufsuchende Gesundheitshilfen, insbesondere bei Personen mit besonderen Bedarfen (z.B. Kinder- und Jugendgesundheit, Mund- und Zahngesundheit, sozialmedizinische Aufgaben, wie Schwangerenberatung, Sozialpsychiatrie, Suchtberatung),
- Koordination, Kommunikation, Moderation, Anwaltschaft, Politikberatung, Qualitätssicherung (Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung, Gesundheitskonferenzen, Öffentlichkeitsarbeit etc.).

Darüber hinaus werden in den einzelnen Ländern weitere Schwerpunktaufgaben durch den ÖGD wahrgenommen, z.B. gesundheitlicher Verbraucherschutz, subsidiäre Versorgung besonderer Zielgruppen oder Umweltmedizin.

Dabei sind die traditionellen Aufgaben des Gesundheitsschutzes sowie der Fürsorge und die in den letzten Jahren verstärkt hinzu gekommenen planerischen und koordinativen Aufgaben gleichermaßen bedeutsam. Vom ÖGD werden heute sowohl hoheitliche Funktionen als auch das Gemeinwesen unterstützende und beratende Leistungen erwartet. Dies spiegelt sich auch auf europäischer Ebene in den dort definierten sog. Essential Public Health Operations (EPHOs) wider. Der ÖGD mit seinen multiprofessionellen Teams leistet einen wichtigen Beitrag, das Prinzip von „health in all policies" in die Gremien der jeweiligen Handlungsebenen hineinzutragen. Der ÖGD unterstützt in bevölkerungsmedizinischen und gesundheitsplanerischen Fragen des Gesundheitswesens die jeweiligen politischen Entscheidungsträger, wodurch das Thema „Gesundheit" im Bewusstsein der Akteure gestärkt wird und als Standortfaktor auf lokaler Ebene mehr Gewicht erhält.

4. Arbeitsweisen, Ansätze und Funktionen

Das genannte Aufgabenspektrum erfordert vom ÖGD verschiedene Kompetenzen.

Seine Tätigkeit ist sowohl:

- risikoorientiert (pathogenetischer Ansatz) als auch ressourcenorientiert (salutogenetischer Ansatz),
- hoheitlich als auch partizipativ bzw. partnerschaftlich,
- bevölkerungs- bzw. sozialraum- als auch einzelfallbezogen.

Die Arbeitsweise umfasst dabei untersuchende, analysierende, planende, beratende, vernetzende, moderierende, koordinierende, steuernde, überwachende, kontrollierende und eingreifende Funktionen. Je nach Aufgabe sind dazu Kenntnisse aus unterschiedlichen medizinischen Fachgebieten, wie der Infektiologie, der Hygiene, der Kinder- und Jugendmedizin, der Toxikologie, der Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Zahnmedizin und Psychiatrie sowie auch Prävention und Gesundheitsförderung, der Epidemiologie, der Sozialen Arbeit, der Psychologie und anderen Wissenschaftsbereichen essentiell.

Für die Erfüllung dieser Aufgaben arbeitet der ÖGD multiprofessionell, interdisziplinär und vernetzt. Medizinische - insbesondere fachärztliche - Qualifikationen bilden nach wie vor die Basis im Öffentlichen Gesundheitsdienst, sozialwissenschaftliche und gesundheitswissenschaftliche Qualifikationen sowie eine moderne Verwaltung sind heute jedoch ebenso unverzichtbar.

Wissenschaftlichkeit ist eine unverzichtbare Grundlage des ÖGD. Er benötigt eine enge Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Einrichtungen, insbesondere auch im Bereich Forschung und Lehre.

Zunehmende Bedeutung gewinnt darüber hinaus das systematische Zusammenspiel örtlicher Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit

überregionalen Stellen (z.B. Landes- und Bundesbehörden), um Kompetenzen besser zu nutzen und Konzepte zu entwickeln und somit den ÖGD in seinen vielfältigen Aufgaben zu stärken.

5. Stärken des ÖGD

Der ÖGD hat traditionell einen bevölkerungsbezogenen Blickwinkel und arbeitet sozialkompensatorisch, gemeinwohlorientiert und frei von kommerziellen Interessen. Dies unterscheidet ihn von vielen anderen Akteuren des Gesundheitswesens. Wie kein anderer Akteur bündelt er zudem ein breites Spektrum an fachlicher Kompetenz aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen. Auf der örtlichen Ebene zeichnet er sich durch seine Bürgernähe und die Einbindung in die kommunalen Strukturen mit vielfachen Arbeitsbeziehungen zu anderen kommunalen Behörden (z.B. Schul-, Sozial- oder Jugendamt) und Institutionen aus. Er verfügt über Zugangsmöglichkeiten zu den verschiedenen Institutionen, Zielgruppen und Lebenswelten vor Ort (Krankenhäuser, Arztpraxen, Kindertagestätten, Schulen, Senioren- und Pflegeheime, Wohnbezirken, Stadt- oder Gemeindeteilen usw.). Neben den bevölkerungsmedizinischen Aufgaben wird der ÖGD bei Bedarf für besondere Personengruppen auch individualmedizinisch tätig und bietet aufsuchende Hilfen an.

6. Den ÖGD stärken

Für die Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind drei Punkte von entscheidender Bedeutung:

- Der ÖGD braucht eine breite und nachhaltige politische Unterstützung aller Ebenen, von Kommune bis Bund. Es ist notwendig, die Personalentwicklung und Personalausstattung im ÖGD am Umfang seiner fachlichen Aufgaben auszurichten und nicht allein an finanzpolitischen oder verwaltungspolitischen Vorgaben.
- Die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Zusammenspiel der Akteure im Gesundheitswesen muss entlang der genannten Kernaufgaben profiliert werden, insbesondere mit Blick auf die Stärkung der bevölkerungs- und sozialraumbezogenen Arbeit.
- Die Verbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit der Wissenschaft muss sowohl in der Forschung als auch in der Aus- und Weiterbildung sowie in der Praxis gestärkt werden.

Ein starker ÖGD ist eine Voraussetzung für das Funktionieren des Public Health-Systems insgesamt. Dieser Feststellung der Wissenschaftsakademien ist in einem substanziellen Entwicklungsprozess Rechnung zu tragen. Es gilt, den Öffentlichen Gesundheitsdienst zukunftsfähig zu gestalten. Dazu will dieses Leitbild einen Beitrag leisten.

Dieses Leitbild wurde von der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 2016 angeregt und in einem offenen Diskussionsprozess mit dem ÖGD, Verbänden, zuständigen Gremien sowie der Wissenschaft konsentiert und von der GMK 2018 befürwortet.

Literatur

Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V., acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften e. V., Union der deutschen Akademien der Wissenschaften e. V. Public Health in Deutschland. Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen. Halle, München, Mainz; 2015

Grunow D, Grunow-Luther V. Der öffentliche Gesundheitsdienst im Modernisierungsprozess. Weinheim/ München: Juventa Verlag; 2000

Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt), Ziele, Leistungen und Steuerung des kommunalen Gesundheitsdienstes. KGSt-Bericht 11/1998. Köln

Kuhn J, Wildner M, Zapf A, Der Öffentliche Gesundheitsdienst: Standortbestimmung mit hoffnungsvollem Ausblick. Deutsches Ärzteblatt 109(9) 2012, A 413-416

Steen R. Soziale Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst. München: Ernst Reinhardt Verlag; 2005

Teichert-Barthel U, Bornhofen B, Vom Physicus zum/zur Facharzt/-ärztin für Öffentliches Gesundheitswesen- Ein Berufsbild im Wandel, HygMed2011; 36-1/2

Weltgesundheitsorganisation, Europäisches Regionalbüro. Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Kopenhagen: WHO; 2012

*Redaktion: Länderoffene Projektgruppe „Leitbild ÖGD“, 20.02.2018

Sie suchen schnellen Kontakt zu Ihrem Mitgliedsverband?

Die Internetadressen finden Sie unter:

www.bundesverband-hygieneinspektoren.de

Tag und Nacht weltweit online

Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung

Veronika Reisig, Joseph Kuhn*

Zusammenfassung
Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist auf der Bundes-, Länder- und kommunalen Ebene vertreten. Zu Letzterer gehören die 377 Gesundheitsämter Deutschlands. Diese sind grundsätzlich prädisponiert als Akteure der Gesundheitsförderung vor Ort. Trotz gelungener beispielhafter Ansätze wird der ÖGD in der Breite dem Potenzial als Träger der Gesundheitsförderung im kommunalen Kontext jedoch nicht gerecht, nicht zuletzt aufgrund langjährigen Personalabbaus und der Konzentration auf hoheitliche Überwachungsaufgaben. Das Präventionsgesetz (2015), das Leitbild für einen modernen ÖGD (2018) sowie der im Zuge der Corona-Pandemie (2020) beschlossene „Pakt für den ÖGD" bieten Chancen für mehr Gesundheitsförderung durch den ÖGD vor Ort.

Begrifflichkeit Öffentlicher Gesundheitsdienst ÖGD
Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) umfasst Einrichtungen der Gesundheitsverwaltung auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene. Auf Bundesebene gehören z. B. das Bundesgesundheitsministerium, Bundesbehörden wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, das Robert Koch-Institut (Infektionsschutz, Epidemiologie, Gesundheitsberichterstattung) oder das Paul-Ehrlich-Institut (Impfstoffe) zum ÖGD. Auf Länderebene sind dies die Ländergesundheitsministerien und Landesämter bzw. Landesinstitute für Gesundheit, und auf der kommunalen Ebene die Gesundheitsämter. Darüber hinaus gibt es weitere Behörden, die gesundheitsbezogene Aufgaben wahrnehmen, aber gemeinhin nicht unter den Begriff „Öffentlicher Gesundheitsdienst" subsummiert werden, z. B. Lebensmittelüberwachungsbehörden oder Arbeitsschutzbehörden.

Der ÖGD nimmt ein breites Aufgabenspektrum mit dem Ziel des Erhalts und der Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit wahr (Gesundheitsschutz), darunter auch Aufgaben der Gesundheitsförderung. Das Augenmerk der folgenden Ausführungen liegt auf der kommunalen Ebene des ÖGD, den Gesundheitsämtern, und der Gesundheitsförderung als dezidiert Ressourcen-orientiertem Ansatz (Salutogenese) in Abgrenzung zur Prävention und anderen Bereichen des Gesundheitsschutzes wie zum Beispiel dem Infektionsschutz. Die Aufgaben anderer u. a. staatlicher Akteure in der Gesundheitsförderung werden unter den Stichpunkten Gesundheitsförderung 5: Deutschland und Gesundheitsförderung und Gesunde - Soziale Stadt - Kommunalpolitische Perspektive dargestellt.
Insgesamt gibt es derzeit 377 Gesundheitsämter in Deutschland in sehr unterschiedlichen Größenordnungen, von sehr kleinen Ämtern mit weniger als zwanzig Beschäftigten in ländlichen Bereichen bis hin zu sehr großen mit einer Personaldecke von weit mehr als hundert Beschäftigten in urbanen Regionen. Gesundheitsämter sind multiprofessionell besetzt. Die Mitarbeitenden kommen u. a. aus den Bereichen Medizin, Soziale Arbeit und Hygiene. In den meisten Bundesländern sind die Gesundheitsämter kommunalisiert, d. h. sie sind fachlich und personell vollständig in die Landratsämter eingegliedert. Zu den Ausnahmen zählt z. B. Bayern mit 71 staatlichen Gesundheitsämtern, die nur verwaltungsorganisatorisch den Landratsämtern zugeordnet sind, und nur fünf „echten" kommunalen Gesundheitsämtern. In Baden-Württemberg sind die Gesundheitsämter ebenfalls nicht vollständig kommunalisiert, außerdem haben die Stadtstaaten besondere Strukturen. In den letzten Jahren wurde eine Reihe von Gesundheitsämtern umbenannt, so dass es eine Vielzahl von Bezeichnungen gibt ist, u. a. „Fachdienst Gesundheit", „Abteilung/Sachgebiet Gesundheitswesen" (z. B. in Landratsämtern) oder „Untere Gesundheitsbehörde".
Der Aufgabenkanon des ÖGD ist in einem komplexen Geflecht aus bundes- und landesrechtlichen Bestimmungen geregelt, u. a. in den Gesundheitsdienstgesetzen der einzelnen Bundesländer. In allen Bundesländern zählt neben dem Gesundheitsschutz explizit auch die Gesundheitsförderung und als fachlich benachbarter Bereich die Gesundheitsberichterstattung zu den Aufgaben des ÖGD. Allerdings unterscheiden sich die diesbezüglichen Formulierungen und Ausgestaltungsvorgaben in den einzelnen Landesgesundheitsdienstgesetzen voneinander.
Das im Jahr 2015 verabschiedete Präventionsgesetz („Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention") adressiert vorrangig die Sozialversicherungsträger, insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung. Kommunen werden allerdings als wichtige Settings für Prävention und Gesundheitsförderung benannt. Für die Umsetzung des Gesetzes wird eine Regelung der Zusammenarbeit mit dem ÖGD explizit eingefordert (Präventionsgesetz 2015; Nationale Präventionskonferenz 2018).

Aufgaben der Gesundheitsämter
Die Aufgaben der Gesundheitsämter in Bezug auf Gesundheitsschutz/Prävention und Gesundheitsförderung sind sehr vielfältig. Sie umfassen unter anderem:

- Infektionsschutz (z. B. Meldewesen, Ausbruchsuntersuchungen, Kontaktpersonenmanagement, Anordnung von Hygienemaßnahmen)
- Hygiene (z. B. Trinkwasser- oder Krankenhaushygiene)
- Umweltmedizin (z. B. Altlasten)
- Schuleingangs- und andere Reihenuntersuchungen

- Impfangebote
- Beratungs- und Unterstützungsangebote (z. B. zur Kindergesundheit, Suchtberatung, Behindertenberatung, psychische Gesundheit, HIV/Aids, Auslandsreiseimpfungen)
- Durchführung bzw. Koordination von Projekten und Aktionen auf lokaler Ebene (z. B. Schulprojekte, Gesundheitstage)
- Netzwerkarbeit in größeren Zusammenhängen (z. B. Netzwerke der Suchtprävention oder psychischen Gesundheit, Gesundheitskonferenzen)

Dabei stehen sich traditionelle „behördliche" Interventionsformen und der Ansatz der Gesundheitsförderung oft unvermittelt gegenüber. Den Gesundheitsämtern wird somit im präventiven Bereich Arbeit in „doppelter Kompetenz" auf mehreren Ebenen abgefordert: Erstens hinsichtlich einer pathogenetischen wie auch salutogenetischen Sichtweise (Salutogenese). Zweitens hinsichtlich hoheitlicher Kontroll- und Überwachungsaufgaben wie auch einer partnerschaftlichen und partizipativen Arbeitsweise mit dem Ziel der Unterstützung, Befähigung (Empowerment/Befähigung) und Ressourcenstärkung der Bürgerinnen und Bürger. Drittens hinsichtlich einer Mischung der Steuerungsmethoden von hoheitlichem „Government" und beteiligender „Governance", d. h. moderierenden Vorgehensweisen.

Kommunale Gesundheitsförderung: Das Potenzial des ÖGD

Gesundheit entsteht im alltäglichen Leben. Viele der Rahmenbedingungen für Gesundheit werden vor Ort, auf der kommunalen Ebene, gestaltet bzw. zumindest mitgestaltet, z. B. bei der Stadtentwicklung oder Verkehrsplanung, der Vorhaltung örtlicher Angebote für Kinderbetreuung, Bildung, Sport- und Freizeitmöglichkeiten, dem lokalen Umweltschutz oder der kommunalen Wirtschaftsförderung. Kommunen sind zentrale Akteure auf dem Schauplatz der Gesundheitsförderung. Unter den kommunalen Institutionen haben vor allem die Gesundheitsämter den ausdrücklichen Auftrag zum Erhalt und Förderung der Gesundheit der Menschen vor Ort.

Sie sind – zumindest grundsätzlich – in besonderer Weise als „kommunaler Anwalt für Gesundheit" prädisponiert: Gesundheitsämter zeichnen sich aus durch ihr gesundheitsbezogenes Kompetenzprofil, Multiprofessionalität und Interdisziplinarität der Beschäftigten, öffentliche Präsenz und Nähe zu den Menschen vor Ort.

Sie besitzen den Zugang zu und die Kompetenz zur anwendungsorientierten Aufbereitung der Gesundheitsdaten der örtlichen Bevölkerung.

Sie sind in die Strukturen vor Ort mit einer Art „Drehscheibenfunktion" für viele kommunale Dienste eingebunden und pflegen vielfache Arbeitsbeziehungen zu anderen kommunalen Behörden wie dem Schul-, Sozial- oder Jugendamt.

Sie verfügen über Zugangsmöglichkeiten zu den verschiedenen, auch vulnerablen, Zielgruppen und Lebenswelten vor Ort (v. a. Kindertagestätten, Schulen, Alten- und Pflegeheimen, Wohnbezirken, Stadt- oder Gemeindeteile).

Sie nehmen eine interessenneutrale, gemeinwohlorientierte und sozialkompensatorische Stellung ein.

Angefangen von Bedarfserhebungen bzw. einer Gemeindediagnose auf der Basis einer aussagekräftigen Gesundheitsberichterstattung, über die Sichtung und Interpretation gesundheitswissenschaftlicher Evidenz bis hin zur partnerschaftlichen Planung, Umsetzung und Evaluation (Public Health Action Cycle/Gesundheitspolitischer Aktionszyklus) kann der kommunale ÖGD grundsätzlich eine zentrale Rolle bei Gesundheitsförderungsprojekten und -prozessen einnehmen.

Der ÖDG braucht Partner

Dabei kann das gesundheitsförderliche Engagement des ÖGD aufgrund der vielfältigen und komplexen Einflussfaktoren auf Gesundheit (Determinanten von Gesundheit) nicht im Alleingang erfolgen. Es braucht vielmehr kommunale Partner zum Beispiel im Jugend-, Bildungs-, Stadtentwicklungs- oder Gesundheitsversorgungsbereich. Im Sinne von integrierten kommunalen Strategien, die eine sektorenübergreifende Bündelung und Abstimmung von Ressourcen und Angeboten für alle Lebensphasen bezwecken, kann der ÖGD mit seinen kommunalen Partnern die ganze Bandbreite gesundheitsrelevanter Handlungsfelder im Auge haben. Somit kann der ÖGD zur Umsetzung von „Health in all Policies" (Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik/Healthy Public Policy), einem zentralen Element der Gesundheitsförderung, auf kommunaler Ebene beitragen. In Ansätzen wie den Frühen Hilfen, den Gesundheitsförderungs- und Präventionsketten oder den „Kommunalen Gesundheitslandschaften" (Luthe 2013) wird versucht, dies konzeptionell zu systematisieren.

Der ÖGD kann hierbei vielfältige Rollen einnehmen: von der Impulsgebung bzw. Initiierung über die Vernetzung und Moderation bis hin zur Koordination und ggf. Steuerungsfunktion auf der kommunalen Ebene. Konzeptionelle und wissenschaftliche Unterstützung können Gesundheitsämter durch überregionale Kompetenzträger wie z. B. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder die Landesgesundheitsämter erhalten. Kommunale Gesundheitskonferenzen, wie sie z. B. in Nordrhein-Westfalen gesetzlich verankert sind, in Baden-Württemberg im Rahmen der Landesgesundheitsstrategie oder in Bayern als Gesundheitsregionenplus umgesetzt werden, bieten kooperative Strukturen zur Gesundheitsförderung.

Unter Moderation, Koordination bzw. Begleitung durch den ÖGD können die Analyse der gesundheitlichen Situation vor Ort, die Festlegung regionaler Gesundheitsziele sowie die Vernetzung, Bündelung und bedarfsgerechte Entwicklung von Ressourcen und Angeboten erfolgen. Eine Form der Analyse ist auch die Abschätzung

von Gesundheitsfolgen primär nicht gesundheitsbezogener Strategien bzw. Vorhaben, wie zum Beispiel der Verkehrsplanung oder von großen Bauvorhaben. Im Rahmen von (Raum-) Planungsverfahren sind hier dem ÖGD auch gesetzlich verankerte Aufgaben zugewiesen (Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsverträglichkeitsprüfung). Strukturelle Andockstellen für das gesundheitsförderliche Engagement des ÖGD bieten des Weiteren das Gesunde Städte-Netzwerk der WHO, dem deutschlandweit über 70 Städte und Kommunen angehören, oder das Bund-Länder-Programm Soziale Stadt, das integrierte Ansätze zur Entwicklung benachteiligter Stadtteile unterstützt (Gesundheitsförderung und Gesunde - Soziale Stadt - Kommunalpolitische Perspektive).

Der kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle", eine von der BZgA zusammen mit den kommunalen Spitzenverbänden und dem Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit ins Leben gerufene Plattform, stellt einen weiteren wichtigen Rahmen für die Integration des ÖGD in den Aufbau kommunaler Gesundheitsförderungs- und Präventionsnetzwerke dar. Auch das Präventionsgesetz gibt eine strukturelle Verankerung des ÖGD in der Prävention und Gesundheitsförderung vor. In den auf Länderebene zu schließenden Landesrahmenvereinbarungen sollen Festlegungen zur Zusammenarbeit mit dem ÖGD getroffen werden (§ 20 f Abs. 2 Nr. 5 SGB V).

Kommunale Gesundheitsförderung: Die Realität des ÖGD

Zu den veröffentlichten Beispielen gelungener Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung unter Beteiligung des lokalen ÖGD zählt z. B. „Lenzgesund", ein Präventionsprogramm für das sozial benachteiligte Quartier „Lenzsiedlung" in Hamburg-Eimsbüttel, das durch das Gesundheitsamt gemeinsam mit anderen Partnern vor Ort entwickelt und umgesetzt wurde. Weitere Beispiele wie z. B. die „Kommunale Koordinierungsstelle Migration und Gesundheit" des Amts für Gesundheit Frankfurt a. M., das „Netzwerk Suchtprävention" des Gesundheitsamts Erlangen-Höchstadt oder die kommunale „Präventionskette (München) Freiham" lassen sich u. a. in den Projektdatenbanken bzw. Internetportalen bundesweiter Initiativen finden wie dem Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit oder dem Internetportal zum kommunalen Partnerprozess „Gesundheit für alle".

Trotz dieser gelungenen Modelle und der Beobachtung, dass in zahlreichen großen, städtischen Gesundheitsämtern Gesundheitsförderung als Aufgabe etabliert werden konnte, wird der ÖGD in der Breite seinem Potenzial als Träger der Gesundheitsförderung im kommunalen Kontext noch nicht gerecht. Auch der Nationale Präventionsbericht zur Umsetzung des Präventionsgesetzes kommt zum Schluss, dass die im Gesetz geforderte Einbeziehung des ÖGD zwar eine Entsprechung im Wortlaut der Landesrahmenvereinbarungen der 16 Bundesländer findet, vor Ort jedoch zu wenig umgesetzt wird (Nationale Präventionskonferenz 2019, S. 150–194).

Die Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt) hat bereits Ende der 1990er-Jahre nicht zuletzt auch mit Blick auf die Gesundheitsförderung einen Paradigmenwechsel weg von der Einzelfallarbeit hin zur sozialraumorientierten Arbeit formuliert. 2018 hat das von der Gesundheitsministerkonferenz verabschiedete „Leitbild für einen modernen ÖDG" diesen Paradigmenwechsel erneut bekräftigt. Dennoch ist er bisher oft noch Programmatik (KGSt 1998, S. 7–8; GMK 2018). Eine Weiterentwicklung und Stärkung des ÖGD im Sinne des Leitbilds für einen modernen ÖGD wird daher auch im Nationalen Präventionsbericht zur Stärkung der Rolle des ÖGD in Prävention und Gesundheitsförderung betont (Nationale Präventionskonferenz 2019, S. 249–251). Der Deutsche Landkreistag markiert in seiner Stellungnahme zur Weiterentwicklung des ÖGD Nachholbedarf und sieht Gesundheitsförderung und Prävention sogar als eine der „Hauptaufgaben des ÖGD" (Deutscher Landkreistag 2013). Auch das Zukunftsforum Public Health, das sich für die Entwicklung einer Public-Health-Strategie für Deutschland einsetzt, sieht im ÖGD grundsätzlich einen wichtigen Akteur zur Umsetzung eines Health in all Policies-Ansatzes, der jedoch diesen Erwartungen aktuell kaum gerecht werden kann (Zukunftsforum Public Health 2019).

Die Gründe für dieses Entwicklungsdefizit sind vielfältig. Sie reichen vom Funktionsverlust des ÖGD in der Nachkriegszeit und der Dominanz individualmedizinischen Denkens im bundesrepublikanischen Gesundheitswesen über professionelle Traditionen im ÖGD bis hin zur allgemeinen Kürzung der öffentlichen Stellenhaushalte – alles Faktoren, die die Entwicklungspotentiale im ÖGD stark einschränken. Konzeptionelle Perspektiven könnten zudem leichter erschlossen werden, wenn der ÖGD als Forschungsfeld in den Gesundheitswissenschaften präsenter wäre. Statt einer wissenschaftlich fundierten, in die Public Health-Landschaft integrierten Weiterentwicklung des ÖGD – wie es u. a. im Leitbild für einen modernen ÖGD gefordert wird –, kam es vielfach sogar zu einer Verfestigung herkömmlicher Handlungsorientierungen und einer Konzentration auf die hoheitlichen Aufgaben im ÖGD.

Auch mit Blick auf den im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie beschlossenen „Pakt für den ÖGD" (GMK 2020) ist noch offen, ob er primär nur die hoheitlichen Kontroll- und Überwachungsfunktionen stärkt oder ob es auch Impulse für eine umfassendere Wahrnehmung von gesundheitsförderlichen Aufgaben durch den ÖGD geben wird. Eine Stärkung des ÖGD sollte daher in ein Gesamtkonzept zur Zukunft des ÖGD eingebettet sein und sich an dem von der Gesundheitsministerkonferenz beschlossenen Leitbild für einen modernen ÖGD orien-

tieren (Zukunftsforum Public Health 2020).

Ausblick

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der ÖGD vor Ort in vielerlei Hinsicht für die Rolle als zentraler Akteur kommunaler Gesundheitsförderung geeignet ist. Er wird diesem Potenzial jedoch vor dem Hintergrund seiner geschichtlich verorteten, rechtlichen und personellen Rahmenbedingungen sowie seiner Organisationskultur und seinem Selbstverständnis vielerorts nicht gerecht. Dennoch stellen die Gesundheitsförderung bzw. – weiter gefasst – moderne (New) Public Health-Ansätze eine konzeptionelle Leitvision für den ÖGD dar.

Ein wichtiger Schritt auf dem Weg dorthin ist die Schaffung entsprechender rechtlicher Rahmenbedingungen, nicht zuletzt durch das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz, auch wenn die kommunalen Gestaltungsmöglichkeiten darin begrenzt erscheinen bzw. bisher nicht ausgeschöpft werden. Weitere Meilensteine sind eine Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen, die dem ÖGD als vielzitierter „dritter Säule" neben der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung etwas gerechter wird und dabei sowohl Kontroll- als auch partnerschaftlich moderierende Ansätze unterstützt, ein Ausbau bevölkerungsmedizinischer Kompetenzen im ÖGD sowie die Annäherung des ÖGD an Public Health in Wissenschaft und Praxis, wie dies auch im Leitbild für einen modernen ÖGD formuliert ist.

Literatur:

Deutscher Landkreistag (2013). Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Beschluss des Präsidiums des Deutschen Landkreistages vom 9./10.04.2013. Zugriff am 15.09.2020 unter www.landkreistag.de/themen/medizinische-versorgung.

GMK – Gesundheitsministerkonferenz (2018). Beschlüsse der 91. GMK. TOP: 10.21 Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) – „Der ÖGD. Public Health vor Ort". Zugriff am 15.09.2020 unter www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=730&jahr=2018.

GMK – Gesundheitsministerkonferenz (2020). Beschluss. Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, 05.09.2020. Zugriff am 15.09.2020 unter www.berlin.de/sen/gpg/service/presse/2020/pressemitteilung.987155.php.

KGSt – Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (1998). Ziele, Leistungen und Steuerung des kommunalen Gesundheitsdienstes. KGSt-Bericht 11/1998, S. 7–8. Köln.

Luthe, E-W. (Hrsg.) (2013). Kommunale Gesundheitslandschaften. Berlin, Heidelberg, New York: Springer VS.

Nationale Präventionskonferenz (Hrsg.) (2018). Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V. Erste weiterentwickelte Fassung vom 29. August 2018. Berlin. Zugriff am 16.09.2020 www.npk-info.de/praeventionsstrategie/bundesrahmenempfehlungen.

Nationale Präventionskonferenz (Hrsg.) (2019). Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. Berlin. Zugriff am 16.09.2020 unter www.npk-info.de/praeventionsstrategie/praeventionsbericht.

Präventionsgesetz – PrävG. (2015). Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 31 ausgegeben am 24.07.2015, S. 1368–1379. Köln: Bundesanzeiger Verlag.

Zukunftsforum Public Health (Hrsg.) (2019). Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland.Berlin, 15.07.2019. Zugriff am 16.09.2020 unter https://zukunftsforum-public-health.de/health-in-all-policies.

Zukunftsforum Public Health (Hrsg.) (2020). Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.Berlin, 06.07.2020. Zugriff am 16.09.2020 unter https://zukunftsforum-public-health.de/stellungnahme-pakt-oegd.

Weiterführende Quellen:

Kilian, H., Block, P., Gerullis, M., & Lehmann, F. (2013). Der ÖGD als koordinierender Akteur? Prävention 36(4), 116–119.

Kuhn, J., & Heyn, M. (Hrsg) (2015). Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. Bern: Hans Huber.

Kuhn, J., Wildner, M., & Zapf, A. (2012). Der Öffentliche Gesundheitsdienst: Standortbestimmung mit hoffnungsvollem Ausblick. Deutsches Ärzteblatt 109(9), A 413–416.

Schmacke, N. (2013). Gesundheitsförderung in der Kommune als Aufgabe des ÖGD. Prävention 36(4), 124–126.

Internetadressen:

Gesunde Städte-Netzwerk: www.gesunde-staedte-netzwerk.de

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Internetportal zum kommunalen Partnerprozess „Gesundheit für alle" mit den Bereichen kommunale Gesundheitsförderung über alle Lebensphasen, Frühe Hilfen, Suchtprävention und Partizipative Gesundheitsforschung: www.inforo-online.de

*Dr. med. Veronika Reisig MPH

Dr. Dipl.-Psych.Joseph Kuhn

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Veterinärstr. 2, 85764 Oberschleißheim

Digitalisierung aber richtig

Sebastian Jenensch*

Im Rahmen von Digitalisierungsvorhaben von Arbeitsabläufen sollen diese durch den richtigen Einsatz von IT-Systemen effizienter gestaltet werden. Einzelne Tätigkeiten/Aktivitäten dieser Arbeitsabläufe/Geschäftsprozesse können hierbei vollautomatisiert, teilautomatisiert oder lediglich durch ein Informationssystem gestützt werden. Die richtige Wahl des Automatisierungsgrades ist hierbei der kritische Erfolgsfaktor für das Digitalisierungsvorhaben. Beispielsweise erfordern komplexe Aufgaben, zu deren Durchführung viel Know-how erforderlich ist, hohen Konzeptions- und Implementierungsaufwand, um automatisiert werden zu können.
Es ist also erforderlich um Digitalisierungsvorhaben „in quality, budget, time & scope" erfolgreich abzuschließen, zunächst die einzelnen Prozessschritte im Hinblick auf ihre jeweilige Automatisierbarkeit zu bewerten. Dies geht selbstverständlich nicht ohne die aktive Einbindung möglichst aller Prozessbeteiligten. Um die relevanten Informationen zur Bewertung (Workflow, Informationflow, Durchlaufzeiten etc.) zu erhalten, ist eine der zentralen Herausforderungen das Finden einer gemeinsamen Sprache, um die Prozessaufnahme effizient durchführen zu können. Gerade bei Digitalisierungsvorhaben ist besonders wichtig, dass im Rahmen der Prozessaufnahme die Bedürfnisse aber auch Grenzen der Prozessbeteiligten im Hinblick auf die mögliche IT-Unterstützung vollständig erfasst werden.
Die Methode entwickelte „PINN" (und das gleichnamige Modellierungswerkzeug), welche sich durch eine einfache Sprache auszeichnet, mit der komplexe Sachverhalte leicht verständlich und trotzdem verlustfrei abgebildet werden, so dass auch fachlich „Fremde" die Prozesse sofort verstehen können. Auf diese Weise kann besonders bei Digitalisierungsvorhaben schnell die notwendige Transparenz dazu geschaffen werden, welche Prozessschritte am besten wie durch entsprechende IT-Lösungen abzubilden oder zu unterstützen sind.

*Jenensch Sebastian
Dozent an der DHBW Stuttgart für Geschäftsprozessmanagement

Digitalisierung in 4 Schritten nach/mit PINN

Sebastian Jenensch

beschäftigt sich seit über 15 Jahren täglich mit den Themen Projekt-, Prozess-, und Innovationsmanagement sowie der Implementierung einer täglich gelebten Verbesserungskultur.
Seine berufliche Laufbahn startete er mit einem dualen Studium der Wirtschaftsinformatik an der Berufsakademie Stuttgart (heute DHBW Stuttgart). Bereits im Vorpraktikum entwickelte er zusammen mit Mitarbeitern aus den Bereichen Softwareentwicklung und Produktmanagement die veräusserte Gesamtdokumentation des genossenschaftlichen Bürokommunikations- und Organisationssystems „GEBOS" für die süddeutschen Genossenschaftsbanken.
Im Rahmen seines Studiums brachte er das Bezahlverfahren giropay von der Patentierung bis zur Umsetzung mit auf den Weg und führte beim damaligen Bankenrechenzentrum schon 1999 die zu diesem Zeitpunkt neue Kollaborationslösung IBM Sametime viral ein.
Nach Jahren Beratung und Softwareentwicklung in den Bereichen Benchmarking, Marktpreisbildung, Enterprise Content Management, Prozessmanagement und Serviceorientierte Architekturen in Industrie, Automotive, Bundes- und Landesbehörden, gründete er schließlich 2009 die JPS Software GmbH um sich voll auf den Themenkomplex gelebte Verbesserungskultur zu konzentrieren.
Sebastian ist neben seiner hauptberuflichen Tätigkeit mit Lehraufträgen im Bereich Wirtschaftsinformatik an der DHBW Stuttgart aktiv.

H_1N_1-09/10 Pandemie vis-à-vis COVID-19 Pandemie

Oskar Weinig*

Bereits 2009/2010 wurde unter dem Eindruck der H1N1-Pandemie ein erster Erfahrungsaustausch in einem Workshop vom 22.-23.März 2010 in Berlin durchgeführt. Teilnehmer aus den Bundesministerien, Bundeseinrichtungen, Landes- und Kommunalbehörden, klinische Ärzteschaft sowie anderen Berufsgruppen, Verbände und Institutionen diskutieren über die Pandemiesituation und über Ansätze für notwendige künftige Verbesserungen zur Beherrschung einer Pandemie. PD Dr. G. Krause vom Robert-Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie faste in seinem Beitrag im Bundesgesundheitsblatt die Ergebnisse zusammen.
Leider wurde der Bundesverband der Hygieneinspektoren, welche die Kernarbeit der Nachverfolgung in den Gesundheitsämtern verrichteten, zu dem Workshop nicht geladen. Im folgenden Beitrag werde ich mich mit den Ergebnissen des Workshops und dessen Umsetzung in der Folgezeit sowie bei der Covid-19 Pandemie auseinandersetzen, ohne auf die Entwicklung der beiden Epidemien näher einzugehen.
In der Zusammenfassung von PD Dr. G. Krause wurden Ansätze für die künftige Verbesserung stichpunktartig aufgezählt:

1. Konzeption

1.1 „Die Pandemieplanung sollte deutlich die lageabhängig statt die phasenabhängige Maßnahmenanpassung berücksichtigen.
1.2 Die Vor- und Nachteile Impfstoff Lieferung in Mehrfachdosen sollten sorgsam abgewogen und mögliche weitere Steigerungsmöglichkeiten der Lieferkapazitäten geprüft werden.
1.3 Die Umsetzung einzelner Infektionsschutzmaßnahmen sollten insbesondere bezüglich des Arbeitsschutzes in der ambulanten medizinischen Versorgung kritisch überprüft werden.
1.4 Es sollte geprüft werden, ob die Übermittlungsprozesse im Rahmen des IfsG nicht weiter automatisiert, beschleunigt und für einfangreiches Infektionsgeschehen flexibler gestaltet werden können.
1.5 Der Anpassungsbedarf für Geschäftsordnung und Zusammensetzung der Pandemiekommission sollte geprüft werden.
1.6 Es sollte geprüft werden, wie im Pandemiefall ethische Aspekte besser in die Politikberatung eingebracht werden (z.B. Zuteilung verknappter medizinischer Ressourcen).“ [1]

Anmerkung:
Bei der Betrachtung des Ausbruchsgeschehens der COVID-19 Pandemie (Coronavirus SARS-CoV-2) kann festgestellt werden, dass die Empfehlung zur Konzeption einer Pandemieplanung nicht oder nur teilweise erfolgt sind. Selbst nach zehn Jahren konnte bei der Coronaviruspandemie nicht auf fundierte Szenarien zurückgegriffen werden, welche eine schnelle und effektive Beherrschung des Pandemiegeschehens ermöglicht hätten. Weder wurden die ethischen Gesichtspunkte, noch die organisatorischen Konzeptionen für einen neuerlichen Epidemie-/Pandemiefall erstellt. Es hat den Anschein, als wären diese Empfehlung in den Kompetenzgerangel des Bundes und der Länder untergegangen.

2. Strukturen

2.1 „Ein System zur zeitnahen Erfassung der alters- und zielgruppenspezifischen Impfquote ist dringenden erforderlich
2.2 Der ÖGD sollte stärker in die Lage versetzt werden, Impfkampagnen durchzuführen und zu koordinieren.
2.3 System für eine schnelle und zuverlässige Information klinisch tätiger Ärzte sollte etabliert werden
2.4 Zur besseren Einschätzung der Krankheitslast sollte eine Mortalität -Surveillance eingerichtet werden.
2.5 Ein Sentinel zur Erfassung schwerer Infektionskrankheiten sollte eingerichtet werden
2.6 Ein im Pandemiefall handhabbares Monitoring zur Belastung der medizinischen Versorgungsstrukturen und des ÖGD sollte geschaffen werden.
2.7 Kurzfristig realisierbare Studien zur Messung epidemiologischer Parameter sollten fest eingeplant und mit Unterstützung des ÖGD und der Ärzteschaft umgesetzt werden. Die Ergebnisse sollten zeitnah verfügbar gemacht werden.
2.8 Ein handlungsfähiger und auch in Krisensituation belastbarer ÖGD braucht ausreichen Ressourcen auf allen Ebenen.“ [1]

Anmerkung:
Dieselben Ausführungen zur fehlenden Konzeption können auch bei den Strukturen angeführt werden. Der öffentliche Gesundheitsdienst verharrt immer noch auf den Strukturen des 19. Jahrhunderts. Wobei die Erkenntnisse Impfkampagnen durchzuführen und zu koordinieren bereits im 20. Jahrhundert zu Erfolgen geführt haben, jedoch nicht den heutigen Möglichkeiten angepasst wurden. Zu erwähnen seien die erfolgreichen Kampagnen zu Polioimpfungen, Pockenimpfungen und nicht zu vergessen die Röntgenreihenuntersuchungen, die diese Erkrankungen zurückdrängen bzw. auslöschen (siehe Pocken weltweit, Polio in Europa) konnten.
Politik und Wissenschaft nehmen Zuflucht zu den Mitteln, die in Zeiten

der Epidemien und Pandemien von Pest erfolgreich waren, dagegen in unserer komplexen globalen Zivilisation nicht funktionieren können. Es ist nicht möglich die Wirtschaft mit monatelangen Lockdowns, Teillockdowns oder sonstigen Wortschöpfungen herunterzufahren, wenn die Produktionsketten so stark aufeinander abgestimmt sind, dass die Weltwirtschaft bereits bei leichten Erkältungssymptomen ins Wanken gerät.
Keiner der acht Strukturpunkte wurden im Ansatz umgesetzt.

3. Koordination

3.1 „Rechtsverordnungen zum Impfen und andere Regelungen zur Kostenerstattung sollten so frühzeitig wie möglich abgeschlossen oder zumindest für die verschiedenen Szenarien vorbereitet sein.

3.2 Fachgesellschaften und Berufsverbände sollten auch in der aktuellen Lage früher in die Entwicklung und Vermittlung öffentlicher Empfehlungen eingebunden werden.

3.3 Gemeinsam beschlossene Strategien sollten zwischen den Bundesländern einheitlich umgesetzt werden.

3.4 Mechanismen zum Ausgleich lokal unterschiedlicher Personalbelastungen in den Versorgungsstrukturen sollten Vorbereitet werden.

3.5 Es sollte geprüft werden, ob koordinierende Funktionen in Falle eines Bundesländerübergreifende Infektionsereignisses von öffentlicher Bedeutung künftig anders geregelt werden könnten.“ 1

Anmerkung:
Für die Koordination der erforderlichen Maßnahmen kann zwar das Infektionsschutzgesetz herangezogen werden, jedoch auch hier fehlt die Umsetzung in zeitgemäße Vollzugsbestimmungen.

4. Kommunikation

4.1 „Die Kommunikation sollte ihrer Bedeutung entsprechend eines höheren Stellenwertes im Pandemieplan erhalten, langfristig angelegt und angemessen finanziert werden.

4.2 Kurzfristig sollten die Kommunikationsstrategie bezüglich der im Herbst 2010 verfügbaren trivialen Influenzaimpfungen fertiggestellt und frühzeitig aktiviert werden.

4.3 ÖGD und die niedergelassene Ärzteschaft sollten regional und gemeinsam die Erfahrungen insbesondere in den Bereichen Kommunikation aufarbeiten.

4.4 Medizinisches und Pflegepersonal sollten über die reine Informationsübermittlung hinaus in einem sachlichen Meinungsbildungsprozess vom Sinn öffentlicher Impfempfehlungen überzeugt werden.

4.5 Entscheidungsprozesse und Sachzwänge der Behörden sollen vorausschauend und transparent kommuniziert werden.

4.6 Berufs- und Fachverbände sollten nicht nur bezüglich behördlicher Empfehlungen ihre Kompetenz kritisch einbringen, sondern auch bezüglich der öffentlichen Stellungnahmen ihrer Sprecher wissenschaftlicher Maßstäbe sicherstellen.

4.7 Strategieanpassungen (sowohl Verschärfung wie auch Deeskalation von Maßnahmen) sollten den Betroffenen und der Öffentlichkeit verständlicher und vorausschauender kommuniziert werden.

4.8 Entscheidungsprozesse zur Impfstoffbestellung und Verfahren zur Impfstoffzulassung sollten transparenter kommuniziert werden.

4.9 Bereits bestehende Regelungen bezüglich Schadenersatzansprüche und Entschädigungsleistungen im Falle von Impfschäden sollten besser kommuniziert werden.

4.10 Moderne Kommunikationsforen sollten zur Früherkennung von Fehlinformationen und zur Verbreitung wichtiger Informationen stärker genutzt werden

4.11 Originalaufzeichnungen beziehungsweise Mitschriften von Pressegesprächen sollten zeitnah im Internet bereitgestellt werden.

4.12 Entwickelte Informationsmaterialien wie Broschüren, Plakate, Anzeigen und Filmspots sollten frühzeitiger und breiter aufgestellt werden.“[1]

Anmerkung:
Eine langfristig angelegte und angemessen finanzierte Kommunikation-Plattform für einen Pandemieplan existiert bis heute nicht oder ist nur in Ansätzen vorhanden. Eine Kommunikationsstrategie zu Schutzimpfung lag beim Ausbruch bzw. liegen diese bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht vor. Eine Aufbereitung der regionalen sowie gemeinsamen Erfahrungen des ÖGD und niedergelassenen Ärzteschaft fand nicht statt. Ebenso wenige ein sachlicher Meinungsbildungsprozess des medizinischen Personals (z.B. Ärzte*innen, Krankenpfleger*innen) über die reine Informationsübermittlung hinaus.
Die kommunizierten Entscheidungsprozesse und Sachzwänge der Behörden sind immer noch nicht vorausschauend und transparent. Ebenfalls werden die Strategieanpassungen den betroffenen Akteuren und der Öffentlichkeit nicht verständlich, transparent und vorausschauend kommuniziert. Das gilt sowohl für Entscheidungsprozesse zur Impfstoffbestellung wie auch für die Verfahren zur Impfstoffzulassung.
Erst beim Auftreten von Problemen werden im Aktionismus Plakataktionen und beispielsweise nicht nachvollziehbare Aktionen wie Maskenausgaben in den Apotheken

durchgeführt. Informationsmaterialien wie Broschüren, Plakate, Anzeigen und Filmspots stehen nicht frühzeitig zur Verfügung und sind nicht breiter entwickelte, um sofort die Bevölkerung und die Presse zielgerichtet zu informieren.

Am Schwerwiegendsten ist jedoch der Fakt, dass die Gesundheitsämter nicht in die Lage versetzt wurden mit den modernen Kommunikationsmitteln das Pandemiegeschehen zu händeln. Selbst nach einem Jahr Pandemie werden noch Exceltabellen oder handschriftliche Aufzeichnungen zur Nachverfolgung von Erkrankten genutzt. Moderne Software zur Nachverfolgung der Erkrankungen ist nur in wenigen Gesundheitsämter vorhanden, teilweise ist auch die Hardware unzureichend. Die von den RKI und den einzelnen Landesgesundheitsämter angebotenen Software erfüllt zwar die Voraussetzung für die Übermittlung der Infektionsdaten, können jedoch eine zielführende Software für die Rückverfolgung der Erkrankungen nicht erfüllen. Dadurch entstehen Fehlinformationen und Unsicherheiten auf allen Lebensebenen.

Kritisches Einbringen behördlicher Empfehlungen von Berufs- und Fachverbänden mit ihrer Kompetenz werden nur selektiv von den Bundes- und Landesministerien gewünscht. Es geht nicht nur um wissenschaftliche, sondern auch um praktikablen Lösungsansätze. Berufsverbände wie der Bundesverband der Hygieneinspektoren, werden aktiv bei Beratungen ausgegrenzt oder nicht eingeladen. Wie bereits erwähnt, leistet gerade diese Berufsgruppe in Pandemiezeiten die Kernarbeit und muss vor Ort die Aufgaben der Infektionsermittlungen ohne ausreichende Arbeitsmaterialien wahrnehmen.

Der Aktionismus der Ministerien stellt zwar massenweise Ärzte in den Gesundheitsämtern ein, jedoch es weist nur vereinzelt Stellen für Hygieneinspektoren aus. Weiterhin wird das Landesgesundheitsamt mit Stellen überflutet und aufgebläht, obwohl die Frage nicht geklärt ist, was mit all diesen Mitarbeitern nach dem Ende der Pandemie geschehen soll.

Als Fazit sieht der Autor des Workshop-Berichtes, dass „Nur mit Investitionen in eine Verbesserung der oben genannten Bereiche es gelingen kann, im Rahmen einer nächsten Pandemie das Vertrauen der Bevölkerung zu gewährleisten und ihren gesundheitlichen Schutz wirksam und kosteneffektiv zu sichern“.[1]

Fazit

Abschließend stellt sich die Frage, haben die Verantwortlichen für den ÖGD aus den vorangegangenen Epidemien / Pandemien gelernt? Bei der Analyse der Ergebnisse des oben beschriebenen Workshops in Verbindung mit der Umsetzung der Vorschläge, kann ich nur mit einem klaren „Nein“ antworten.

Während der Covid-19-Pandemie lässt sich auch der Dunning-Kruger-Effekt hervorragend beobachten, wenn sich etwa fachfremde Ärzte, Politiker aber auch ganz gewöhnliche Laien für bessere Statistiker und Epidemiologen halten, als hoch qualifizierte Statistiker und Epidemiologen. Menschen mit geringer oder keinerlei Qualifikation in diesem Bereich bemerken ihre Ahnungslosigkeit nicht nur nicht, sondern halten sich auf diesem Gebiet sogar besonders befähigt. Sie überschätzen sich systematisch, wenn sie nicht einschätzen können, was es bedeutet, auf einem Gebiet wirklich kompetent zu sein. [2]

Es wird wieder einmal erneut nur an den Symptomen kuriert, jedoch eine Neuausrichtung und Reorganisation der Gesundheitsämter unterbleibt. Im Gegenteil zeigen Tendenzen, dass die Amtsärzte das Rad der Geschichte zurückdrehen wollen. Ein Großteil der Ärzteschaft im öffentlichen Gesundheitsdienst möchte zum alten Amtsarzt zurück, der als allwissender Generalist die Fäden in der Hand hielt. Jedoch die Komplexität unserer Gesellschaft verlangt Teamarbeit auf Augenhöhe. Dazu gehört auch Verantwortung zu delegieren, die Mitarbeitern zu fordern und zu fördern.

Seit den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts haben die Berufsverbände der Hygieneinspektoren die Missverhältnisse in den Gesundheitsämtern thematisiert. Sei es die Personalpolitik der Amtsärzte oder die unzureichende Ausstattung der Gesundheitsämter mit moderner Software und Hardware, um nur einige Gesprächspunkte zu nennen. Unsere Anregungen betrachteten die Ministerialen als nicht diskussionswürdig.

Um Wiederholung zu vermeiden verweise ich auf meine Essays in den Ausgaben 2020 der Zeitschrift „Der Hygieneinspektor“, wo ich bereits Diskussionsbeiträge für einen effektiven modernen ÖGD aufgezeichnet habe. Die aktuellen öffentlichen Diskussionen zeigen, dass anscheinend aus den Fehlern der Vergangenheit nicht gelernt wurde und wird.

Literaturhinweis:

1. Krause G. u.a. (2010) Erster Erfahrungsaustausch zur H1N1-Pandemie in Deutschland 2009/2010. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5.2010 S. 510 – 319 (Hrsg.) Heidelberg: Springer Medizin c/o Springer-Verlag GmbH

2. Angler Martin (2021) Falsch gedacht. In: P.M. S. 74-79 (Hrsg.) Hamburg: Gruner + Jahr,

*Oskar G. Weinig, M.A.
Norbertstr, 5
97204 Höchberg

Pflegerische Expertise im Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken

Annett Horn, Thomas Fischer*

Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) ist es, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern und zu schützen (GMK 2018). Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen gehören zu den vulnerablen Bevölkerungsgruppen, wie die COVID-19 Pandemie erneut gezeigt hat. Daher ist es unerlässlich, pflegerische und pflegewissenschaftliche Expertise auch im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu stärken. Eine Forderung, die bei der Umsetzung des „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst" berücksichtigt werden muss.

Im Zuge der COVID-19-Pandemie hat sich abermals gezeigt, welchen kritischen Beitrag Pflegefachpersonen für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung leisten. Das betrifft insbesondere den Schutz vulnerabler Personengruppen, zu denen pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen gehören, die zuhause leben und von Angehörigen oder ambulanten Pflegediensten versorgt werden, oder die Bewohner*innen in stationären Pflegeeinrichtungen sind. Diese stellen einen stetig wachsenden Anteil an der Bevölkerung dar.

Pflegeexpert*innen (Pflegefachpersonen sowie Pflegewissenschaftler*innen) kennen die Bedarfe dieser pflegebedürftigen Personen und können dafür sorgen, dass sie in der Aufgabenwahrnehmung des ÖGD sinnvoll berücksichtigt werden. Sie stellen daher eine bedeutende Ergänzung zu den anderen im Öffentlichen Gesundheitsdienst vertretenen Kompetenzen dar. Gelingende sozialraumbezogene gesundheitliche Arbeit erfordert unbedingt die Berücksichtigung der Bedarfe dieser vulnerablen Personengruppen. Die Notwendigkeit zur Stärkung der „bevölkerungs- und sozialraumbezogenen Arbeit" des Öffentlichen Gesundheitsdienst (GMK 2018) ist daher schon seit längerem unumstritten. Das betrifft insbesondere auch die Gesundheitsförderung und Prävention.

Qualifikationen sichtbar machen, Qualifizierung ermöglichen und Karrierewege eröffnen

Bereits heute arbeiten zahlreiche Personen mit pflegerischer Grundqualifikation im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Dort sind sie jedoch oftmals kaum mit ihrer pflegerischen Expertise gefragt, sondern übernehmen andere Aufgaben, etwa im Bereich der Hygienekontrolle. Das Potenzial dieser Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner sollte sichtbar gemacht, als Ressource erkannt und für die Aufgabenerfüllung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes genutzt werden.

Auch in Deutschland entwickeln sich Public Health-geprägte Rollen in der Pflege. Dazu gehören neben so genannten School Nurses (Schulgesundheitsfachkräfte / Schulgesundheitspflegenden) und Family Health Nurses insbesondere die Masterabsolvent*innen aus dem Bereich Community Health Nursing (DBfK 2018). Besonders diese Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner mit akademischer Qualifikation können einen wertvollen Beitrag zur Aufgabenerfüllung im Öffentlichen Gesundheitsdienst leisten. Sie verfügen über bevölkerungsbezogene Kompetenzen zur Arbeit im Sozialraum, mit vulnerablen Gruppen sowie zur Vernetzung und sie besitzen fundierte Public Health-Kenntnisse. Damit können sie sowohl mit Einzelpersonen und Familien als auch mit größeren Gemeinschaften arbeiten. Insbesondere sind sie in der Lage, die Zusammenarbeit zwischen ÖGD und den pflegerischen Einrichtungen und Diensten zu stärken, die sich im Verlauf der COVID-19-Pandemie als herausfordernd gezeigt hat.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst sollte daher die Weiterqualifizierung z. Bsp. zur Community Health Nurse aktiv unterstützen und dem vorhandenen Personal entsprechende Qualifizierungsmöglichkeiten eröffnen. International bekannte und bewährte pflegerische Rollen im Kontext des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, wie zum Beispiel Community oder Public Health Nursing (vgl. Hemingway et al. 2013), sollten auch in Deutschland entwickelt und im ÖGD implementiert werden.

Pflegerische Aufgabenprofile im ÖGD entwickeln, erproben und evaluieren

Um den Beitrag von Pflegeexpert*innen für die Aufgabenerfüllung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu stärken, sind folgende Schritte erforderlich:

- Das „Leitbild für einen modernen öffentlichen Gesundheitsdienst" explizit um die pflegerische und pflegewissenschaftliche Expertise erweitern.
- Internationale Vorbilder einbeziehen und an die Strukturen im ÖGD anpassen.
- Aufgabenprofile für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, insbesondere mit akademischen Qualifikationen, entwickeln und in den Konzepten für den Aufbau von Gesundheitsämtern, zum Beispiel Mustergesundheitsamt Berlin, verankern.
- Wissenschaftliche, insbesondere pflegewissenschaftliche Begleitung dieser Entwicklung und Evaluation der bevölkerungsbezogenen Outputs, Outcomes und Impacts.

Vertretung der beruflichen Pflege und der Pflegewissenschaft einbeziehen

Um den Öffentlichen Gesundheitsdienst in der beschriebenen Art und Weise zu stärken, müssen Vertreterinnen und Vertreter der Pflege strukturiert in den Veränderungsprozess eingebunden werden. Die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V., die Berufsverbände der Pflege und die Pflegekammern können zum Gelingen der Weiterentwicklung beitragen und sind in den Prozess als Vertretung der Pflegeberufe einzubeziehen.

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.

Literatur:

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK (2018): Community Health Nursing in Deutschland, Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum

GMK (2018): Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst - Zuständigkeiten. Ziele. Zukunft. In: das Gesundheitswesen 80: 679 – 681

Hemingway, Ann; Aarts, Clara; Koskinen, Liisa; Campbell, Barbara; Chassé, France (2013): A European Union and Canadian Review of Public Health Nursing Preparation and Practice. In: Public Health Nursing 30 (1), S. 58–69. DOI: 10.1111/j.1525-1446.2012.01048.x.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz von Berlin (2010): Projekt: Umsetzung des Gesundheitsdienst-Gesetzes (GDG). Schlussbericht. Berlin“

*Prof. Dr. Annett Horn (annett.horn@fh-muenster.de)

Prof. Dr. Thomas Fischer (Thomas.Fischer@ehs-dresden.de)

Autor*innen: Helmut Budroni, Katarina Graffmann-Weschke, Carina Hilfenhaus, Kira Hower, Eckhard Lotze, Melanie Messer, Thomas Fischer, Annett Horn, Andrea Weskamm, Patrick Ziech (Mitglieder der AG Pflege, Gesundheit, Alter im Kompetenznetz Public Health COVID-19)

Hygiene im OP: Jeder ist verantwortlich. Ist doch selbstverständlich? - Ist es nicht!

Hermann Josef Bail*

Prof. Bail, als Fachmann für Orthopädie und Unfallchirurgie legen Sie das Augenmerk auf postoperative und posttraumatische Wundinfekte. Ein unbequemes Thema...

Ein wichtiges Thema. Diese Infektionen stellen ein großes Problem in den Kliniken dar, das selten so zugegeben wird. Schließlich sind es häufig sogenannte Komplikationen, über die niemand gern spricht. Wer aber behauptet, keine zu haben, der sagt schlicht nicht die Wahrheit. Wir sollten darüber reden.

Welche Dimension hat das Problem?

Da müssen wir unterscheiden zwischen den elektiven, also planbaren Eingriffen und zum Beispiel offenen Frakturen. Von den Patienten mit offenen Frakturen erleiden im Durchschnitt etwa zehn Prozent eine Infektion. Im Bereich des elektiven Gelenkersatzes sind es unter einem Prozent. Das klingt nicht viel. Wenn man aber bedenkt, dass im Jahr mehr als 450.000 Hüft- und Knieprothesen eingesetzt werden, sind das 4.500 Patienten. Es werden von Jahr zu Jahr mehr künstliche Gelenke implantiert. Es werden auch mehr und mehr Revisionen durchgeführt, also Prothesen aufgrund von Verschleiß oder infolge von Komplikationen gewechselt. Bei den Revisionen steigt die Komplikationsrate – vor allem die der Infektionen – um das Fünffache.

Stehen beim „Wuko" nicht chronische Wunden im Mittelpunkt?

Ich meine, dass man bei postoperativen Wundinfektionen viel von der Behandlung chronischer Wunden lernen kann. Auch können postoperative Wunden chronisch werden. Es gibt gewisse Pfeiler der Herangehensweise, dazu gehört die Verbesserung der Perfusion, also der Durchblutung, dazu gehört auch die passende Antibiose. Wir haben Spezialisten eingeladen für Knochen- und Weichteilinfektionen, für Septische und Rekonstruktive Chirurgie, die sich mit postoperativen Wunden beispielsweise nach Endoprothetik oder nach Verletzungen intensiv beschäftigen und von denen wir einiges lernen werden, was heute im Fokus steht bei der Behandlung solcher Komplikationen, was Standard ist oder sein sollte.

Gibt es denn unterschiedliche Herangehensweisen bei infizierten Wunden?

Aber ja! Eine vieldiskutierte Frage betrifft die Antibiose: Soll man auf Erreger-Verdacht unter Abwägung der Chancen und möglichen Nebenwirkungen eine ungezielte, kalkulierte Antibiose beginnen? Oder besser auf die Befunde warten, also den Erreger identifizieren und sich mit den Mikrobiologen abstimmen? Letzteres ist wahrscheinlich der effektivere Weg. Andererseits darf man keine Zeit verlieren. Eine andere Frage ist: Was ist der beste Weg zur Verbesserung der Perfusion? Braucht man bei jedem Patienten eine Angiografie? Manches wird von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedlich gehandhabt.

Warum ist das ein Problem?

Wenn man weiß, dass lediglich 15 Prozent der Kliniken eine Abteilung für muskuloskeletale septische Chirurgie vorhalten, weiß man auch, dass die Wundbehandlung nicht überall im Fokus steht. Es wird generell zu wenig operiert, zu wenig debridiert. Der Ansatz für Wundinfekte ist immer ein interdisziplinärer, radikaler. Kliniken, die sich damit kaum befassen, denen fehlt es wahrscheinlich auch an klaren Konzepten. Oft steht das Thema postoperative Infektion in der Schmuddelecke. Darum ist es wichtig, zu informieren und zu diskutieren, wie wir auf Stand des Wissens vorgehen.

Ein Problem im Zusammenhang mit der Antibiose ist die Resistenzentwicklung. Spielt sie eine Rolle beim Kongress?

Das ist ein Riesenproblem. Wir brauchen dringend neue Konzepte und danach wird auch ständig geforscht. Ein Ansatz, mit dem wir uns beim diesjährigen Kongress unter anderem befassen, ist die hyperbare Oxygenierung. Das Verfahren stammt aus der Tauchmedizin und wird schon länger auch unterstützend in der Behandlung von chronischen und infizierten Wunden eingesetzt, um zusätzlich die Sauerstoffversorgung im Gewebe zu verbessern. Wir werden aber auch einige bisher experimentelle Konzepte sehen, die das Potenzial hätten, eines Tages Standard zu werden.

Zum Beispiel?

En vogue ist das Thema Bakteriophagen. Das sind Viren, die hochspezialisiert bestimmte Bakterienarten für die eigene Reproduktion befallen und die Keime dabei zerstören. Die Anfänge dieser Therapie liegen bereits mehr als 100 Jahre zurück, blieben aber mit der Entdeckung wirksamer Antibiotika auf der Strecke. Nur in Russland und Osteuropa nutzt man Bakteriophagen bis heute. Im Westen hat die Forschung jedoch mit dem Vormarsch multiresistenter Keime wieder Fahrt aufgenommen. Wir werden von einem Kollegen der Medizinischen Hochschule Hannover hören, welche Erfahrungen man dort mit dem Einsatz von Bakteriophagen bei therapieresistenten chronisch infizierten Wunden hat. Auch auf dem Gebiet der Gentherapie gibt es interessante Forschung.

... zum Beispiel neuartige, biologische Wundauflagen, die aus dem Blut des Patienten hergestellt werden.

Ich habe mit Forschungsthemen dieser Art leider selbst kaum zu tun. Umso mehr bin ich darauf gespannt, was die Kollegen uns präsentieren werden.

Gibt es weitere Themen, von denen Sie sich viel versprechen?
Das Thema Ernährung und Wundheilung! Weil ich sicher bin, dass da viel gehoben werden kann, was noch unbekannt ist. Stichwort Mikronährstoffe. Stichwort Ernährung im Alter. Der gesamtgesellschaftliche Trend zur gesunden Ernährung, den wir heute sehen, ist sicher gut. Leider muss man sagen, dass Wundprobleme oft bei sozial Schwächeren auftreten. Bis hin zu den Obdachlosen, wo fast jeder eine chronische Wunde hat. Auch für diese Bevölkerungsgruppen sollte eine gesunde Ernährung möglich sein. Das ist natürlich auch eine soziale Problematik. Aber zuerst müssen wir den Einfluss der Nahrung auf die Wundheilung wissenschaftlich festklopfen.

Prof. Bail, Ihr persönlicher Beitrag zum Kongressthema Infektionsvermeidung lautet „Hygiene im OP – jeder ist verantwortlich". Das klingt so selbstverständlich...
Ist es nicht. Allein für den Chirurgen gibt es eine Reihe von Geboten und Verboten, die man den jüngeren Kollegen beibringen oder sie dafür sensibilisieren muss – und zum Teil auch die älteren. Dass man einen Schnitt gerade führen soll, keine Taschen schneiden mit dem Skalpell. Dass auf der Hautoberfläche immer noch Keime sind, auch nach zweimaliger Desinfektion und man also vermeiden muss, dass Nahtmaterial über die Haut streift. Solche Dinge sind keineswegs jedem bewusst.

Mit Blick auf die Versorgung chronischer Wunden – wo sehen Sie Baustellen?
Aus meiner Sicht ist die Vernetzung insbesondere mit dem ambulanten Bereich an vielen Stellen noch nicht optimal. Woran es außerdem noch fehlt: dass die Patienten auch ambulant den Wundexperten aufsuchen, der im besten Fall mit der Klinik kooperiert. Und zwar spätestens, wenn eine Wunde chronifiziert. Davon sprechen wir, wenn eine Wunde nach acht Wochen nicht abheilt. Je eher die Diagnose chronische Wunde gestellt und eine fachgerechte Therapie eingeleitet wird, umso besser sind die Chancen auf Heilung.
Die Alternativen in diesem Jahr lauteten Absage oder Onlinekongress. Warum kam eine Absage nicht in Frage?
Am Thema Wunde sind viele Experten beteiligt, Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachgebiete, Wundmanager, die Pflege, Mikrobiologen, Physiotherapeuten – es ist unerlässlich, dass wir unser Wissen und Handeln vernetzen. Eine Spezialität des Nürnberger Wundkongresses ist auch, dass die Fachgesellschaften Raum haben, ihre Expertise einbringen. Der Kongress dient dazu, interdisziplinäre, interprofessionelle und Sektorengrenzen aufzulösen, um Wissen zu verbreiten. Notfalls digital. Aber kein Kongress ist keine gute Option.

Können Sie der Form auch etwas abgewinnen?
Inzwischen haben wir alle eine gewisse Übung mit virtuellen Sitzungen. Sie sind durchaus effektiver, außerdem verpasst man nichts, weil alles on-demand abrufbar bleibt. Sicher ist die jüngere Generation, die Podcasts hört und Webinare nutzt, ein bisschen im Vorteil. Was mir fehlen wird, das sind die sich zuspitzenden Streitgespräche unter etablierten Kollegen, die Flurgespräche, und natürlich die Hands-on-Kurse.

Was wünschen Sie dem Kongress?
Vor allem, dass er Bestand hat. Die aktuelle Situation gefährdet solche Formate. Ich hoffe, dass dieses sich durchsetzt. Und dass beim nächsten Mal auch wieder diese schöne Stadt Nürnberg besucht werden kann!

*Univ.-Prof. Dr. med. Hermann Josef Bail
Leiter der Universitätsklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Nürnberg

***Noch kein Mitglied im Berufsverband? Zögern Sie nicht!
Informationen zur Mitgliedschaft erhalten Sie
vom Bundesverband, von den Landesverbänden und
jedem Mitglied in Ihrer Nähe!
Kontaktaufnahme auch über
www.bundesverband-hygieneinspektoren.de***

Wie SARS-Coronaviren die menschliche Zelle zum eigenen Vorteil umfunktionieren

(idw)

Vivian Upmann von der Universität zu Lübeck veröffentlichte am 20.04.2021 Forschungsergebnisse zu SARS-Coronaviren. Der Originalbeitrag unter http://idw-online.de/de/news767112 abgerufen werden.

Coronavirus-Forscherinnen und -Forscher um Prof. Rolf Hilgenfeld von der Universität zu Lübeck und Privatdozent Dr. Albrecht von Brunn von der Ludwigs-Maximilians-Universität München, beides Forscher am Deutschen Zentrum für Infektionsforschung (DZIF), konnten einen Forschungserfolg im angesehenen „EMBO Journal" publizieren: Sie fanden heraus, wie SARS-Viren die Herstellung viraler Proteine in infizierten Zellen so anregen, dass viele neue Kopien des Virus gebildet werden können. Andere Coronaviren als SARS-CoV und SARS-CoV-2 verfügen nicht über diesen Mechanismus, so dass hier eine Erklärung für die ungleich höhere Pathogenität der SARS-Viren liegen könnte.

Seit mehr als 50 Jahren sind Coronaviren bekannt, die beim Menschen harmlose Erkältungskrankheiten auslösen. Mit dem SARS-Coronavirus trat 2002/2003 erstmals ein Coronavirus auf, welches bei Infizierten zu schweren Lungenerkrankungen führte. Beim Vergleich der RNA-Genome von für den Menschen harmlosen Coronaviren und dem des SARS-Virus stießen Forscher auf eine Region, die nur in letzterem vorkam und deswegen „SARS-unique Domain" (SUD) genannt wurde. Solche Genregionen und ihre Proteinprodukte könnten mit der außerordentlichen Pathogenität des SARS-Coronavirus und seines jüngsten Verwandten, des COVID-19-Virus SARS-CoV-2, in Zusammenhang stehen.

Die Arbeitsgruppen von Hilgenfeld und von Brunn zeigten, dass das SUD-Protein der Viren wechselwirkt mit einem menschlichen Protein namens Paip-1, welches wiederum an den ersten Schritten der Proteinbiosynthese beteiligt ist. Zusammen mit Paip-1 und anderen Proteinen der menschlichen Zelle bindet SUD offenbar an die Proteinsynthesefabrik der Wirtszelle, die Ribosomen, und steigert so die Herstellung aller Proteine. Dadurch würden alle Proteine, sowohl die der menschlichen Zelle als auch die des Virus, in verstärktem Maße hergestellt. Doch werden in mit SARS-CoV oder SARS-CoV-2 infizierten Zellen die Boten-RNA-Moleküle, die menschliche Proteine kodieren, durch das Virus gezielt zerstört, und zwar durch ein virales Protein namens Nsp1. Als Folge dieses komplizierten Prozesses produziert die infizierte Zelle dann überwiegend virale Proteine, so dass viele neue Kopien des Virus gebildet werden können.

Die Arbeitsgruppe von Albrecht von Brunn hatte die Wechselwirkung zwischen den Proteinen SUD und Paip1 vor mehreren Jahren entdeckt. „Als erfahrener Coronavirus-Forscher wusste ich, dass man die Besonderheiten des SARS-Coronavirus-Genoms anschauen muss, wenn man dieses Virus verstehen will", sagt Albrecht von Brunn.

Die Entdeckung aus München war von höchstem Interesse für Hilgenfeld, dessen Arbeits-gruppe bereits früher die dreidimensionale Struktur des SUD-Proteins aufgeklärt hatte, und die beiden Arbeitsgruppen taten sich zusammen. Dr. Jian Lei in Hilgenfelds Gruppe, inzwischen Gruppenleiter an der Sichuan University in Chengdu (China), gelang es, den Komplex aus SUD und Paip1 zu kristallisieren und seine dreidimensionale Struktur mittels Röntgenstrukturanalyse aufzuklären. Und Co-Erstautorin Dr. Yue „Lizzy" Ma-Lauer in von Brunns Gruppe charakterisierte den Komplex der beiden Proteine und seine Funktion durch eine Vielzahl von zellbiologischen und biophysikalischen Methoden.

„Derartige Wechselwirkungsstudien zwischen Coronavirusproteinen und Proteinen der infizierten menschlichen Zelle werden uns helfen zu verstehen, wie sich die Viren Schlüsselfunktionen der Wirtszelle zunutze machen", freut sich Hilgenfeld über die neuen Ergebnisse. Die Arbeiten der beiden Forschergruppen wurden u.a. vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und vom Deutschen Zentrum für Infektionsforschung (DZIF) finanziell unterstützt.

Die Originalpublikation wurde am 20. April 2021 hier veröffentlicht:
J. Lei et al., The SARS-unique domain (SUD) of SARS-CoV and SARS-CoV-2 interacts with hu-man Paip1 to enhance viral RNA translation. EMBO Journal.

https://www.embopress.org/doi/10.15252/embj.2019102277

wissenschaftliche Ansprechpartner:
Prof. Dr. Dr. h.c. Rolf Hilgenfeld
Universität zu Lübeck
Institut für Biochemie
Ratzeburger Allee 160
D-23562 Lübeck
Tel.: +49 451 3101 9058
Mobil: +49 1520 1450335
E-Mail: rolf.hilgenfeld@uni-luebeck.de

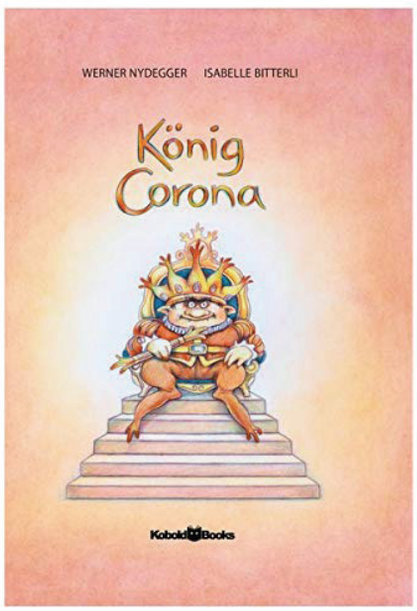
PD Dr. rer. nat. Dr. habil. med. Albrecht von Brunn
Ludwig-Maximilians-Universität München
Max von Pettenkofer-Institut
Lehrstuhl Virologie
Pettenkoferstrasse 9a
D-80336 München
Tel.: +49 89 218072839
E-Mail: vonBrunn@mvp.lmu.de

Buchempfehlungen

„König Corona“ von Isabelle Bitterli

In dem Buch wird die Problematik einer Pandemie in eine Geschichte verpackt. Dadurch werden nicht nur Viren und ihre Verbreitung spielerisch erklärt, sondern auch die notwendigen Regeln dargestellt. Die Kinder erfahren mehr über die Forschung der Virologen und über die nötige Geduld und den Zeitbegriff „Monat“, ohne dass dabei das Buch belehrend oder zu sachlich wirkt. Zum Schluss gibt es ein Happy End sowie als Anhang ein kleines Lexikon mit Begriffen, die im Zusammenhang mit einer Viruserkrankung gebraucht werden.
Lassen wir eine Familie sprechen wie sie das Buch bewerten:
Julia, 6 Jahre:
„Was mir nicht gefallen hat war das mit dem Schleim, die Regeln habe ich verstanden.“
Anna, 4 Jahre:
„Der Schleim war blöd und das mit dem Virus in den Bauch krabbeln war auch blöd. Ich habe verstanden warum ich die Finger nicht in den Mund nehmen darf und warum ich mir viel die Hände waschen muss.“
Johannes S., Vater:
„Das Buch ist aus Sicht des Virus geschrieben, meiner Meinung nach aber erst für Kinder ab 5-6 Jahren. Ob das Virus grundsätzlich böse ist wissen wir nicht, jedoch hat es enorme Auswirkungen auf unser Leben. Der Übertragungsweg und die allgemeinen Hygieneregeln sind umfassend erklärt und werden an einigen Beispielen aus dem Kindlichen Alltag veranschaulicht. Was unseren Kindern gefehlt hat, war das „Happy End“. Hier wissen wir nicht ob es eines geben wird, aber die Kinder hätten sich ein versöhnliches Ende gewünscht.“

Preis: Hardcover 19,00 € inkl. MwSt.
ISBN: 978 - 3 - 9525235 - 4 - 4
Verlag: Kobold-Books Olten/CH



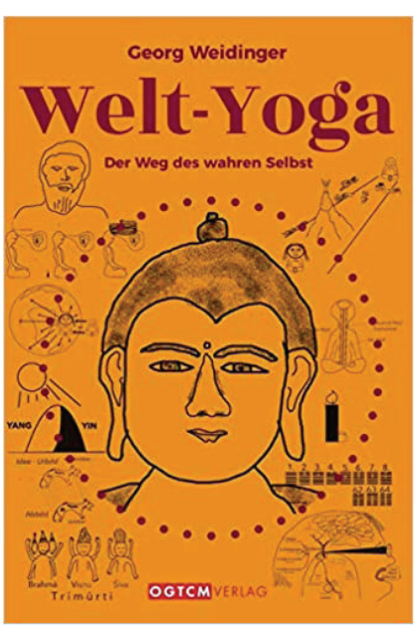
Welt-Yoga „Der Weg des wahren Selbst“

Autor: Georg Weidinger
OGTVM Verlag Forchtenstein Österreich

Mit seinem umfangreichen Werk rund um das Thema der Yoga-Welt hat Georg Weidinger hat eine Vielfalt von Informationen gebündelt. Es überzeugt durch einfache und klare Erklärungen, die leicht verständlich sind und sich dadurch gut verarbeiten lassen. Das Buch sollten die Leser*innen regelmäßig befassen, um es zu verinnerlichen.

Nach dem Lesen des Buches kann Yoga mit seinen vielen Facetten und Überschneidungen mit anderen Kulturen erfasst werden. Es ermöglicht einen ganzheitlichen Blick in die Welt des Yoga. Die Wahrnehmung auf die Dinge des Alltags können sich dadurch verändern.
Die Zeichnungen sind zwar gewöhnungsbedürftig. Doch sie inspirieren zum Weiterlesen.

Preis: Hardcover: 25,90 €
Hörbuch 13,99 €
ISBN: 978-3-966-98672-4



Oskar der Kampfsanitäter

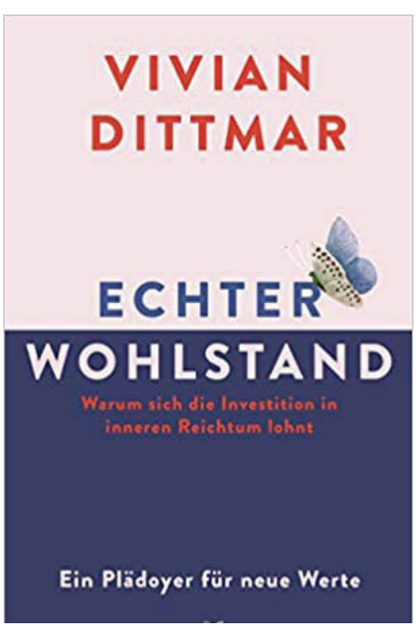
Der Autor beschreibt in seiner Oskar-Reihe diesmal seine Lebensgeschichte in der Bundeswehr. Oskars Werdegang bei dem Militär kann der Leser, die Leserin mit Spannung und Humor verfolgen. Dabei können Sie sich ebenso wie in seinem Buch „Oskar, der Hygieniker“ sowohl in den Inhalt als auch in den Sprachstil gut hineinlesen. Das Buch gibt Einblicke in den Alltag eines Sanitäters der Bundeswehr in den 1970er und 1980er-Jahren.
Die Leserinnen und die Leser erhalten die Möglichkeit, der humorvollen Erzählfigur über die Schultern zu schauen und so ein Gefühl für den Dienstalltag eines Sanitäters bei der Bundeswehr zu erhalten. Schnell wird man mit dem Sanitäter Oskar vertraut, identifiziert sich mit ihm und fiebert mit ihm bei seinen Konflikten im Kampf mit den Vorgesetzten und den militärischen Normen. Das Sujet „Individuum“ gegen die militärische Ordnung erinnert an Emanuel Frynta. Der Protagonist in seiner fränkischen Lebensart, wie er sich mit List und Klugheit durch seine Zeit als Soldat schlug. Für ihn als Sanitätssoldaten stand die Kommunikation auf Augenhöhe mit den ihm unterstellten Soldaten an erster Stelle. Die Handlungen liegen recht nah an der Wirklichkeit und sind trotzdem als Erzählung verfasst. Die Bundeswehr ist einem ständigen Wandel unterworfen, dessen ungeachtet sollten sich potenzielle Soldaten und Soldatinnen vorher über die Eigenheiten der Truppen informieren.

Bestellung über den Verlag:
BoD - Books on Demand, Norderstedt
ISBN: 9783-7534-9427-2
Buch: 12,99 €
E-Buch: 7,99 €

„Echter Wohlstand“ von Vivian Dittmar

Heute verstehen wir Wohlstand fast ausschließlich aus der materiellen Sicht. Doch Konsum aktiviert zwar unser Belohnungssystem, aber wirklich reich macht er uns nicht - echter Wohlstand muss sich auf vielen Ebenen entfalten.
Vivian Dittmar skizziert die Grundpfeiler eines Lebens, das in einer völlig neuen Weise reich ist: reich an Zeit, erfüllenden Beziehungen, Kreativität, Verbundenheit mit den Mysterien des Lebens und der unbändigen Schönheit der Natur. Sie zeigt, dass ein gutes Leben nicht im Widerspruch zu einem notwendigen ökosozialen Wandel der Gesellschaft steht, sondern im Gegenteil dadurch erst ermöglicht wird. Jeder muss sich fragen, was bedeutet Wohlstand für mich? Jeder Einzelne muss sich fragen sind schnelle Autos, teure Klamotten und gesellschaftliches Ansehen, das Non plus Ultra für mich? Oder liegt der eigentliche Wohlstand für mich bei der freien Zeiteinteilung, der gesunden Familie und der emotionalen Gesundheit? Derartige Fragen werden in dem Werk aufgeworfen und Lösungsansätze aufgezeigt. Das Buch will alte Denkweise hinterfragen und neue Horizonte öffnen.

Preis: Hardcover € 20,00 inkl. MwSt.
ISBN: 978-3-424-63214-9
Kailiash Verlag München



Prüf- und Zertifizierungspraxis bei Produkten im Kontakt mit Trinkwasser:
Umsetzung der Bewertungsgrundlagen und der Empfehlung zur Konformitätsbestätigung

In einer Fragensammlung spiegelt das Umweltbundesamt (UBA) einige eingegangenen Fragen zu den trinkwasserhygienischen Regelungsdokumenten wider, die sich aus der Arbeit der Prüf- und Zertifizierungsstellen sowie aus Anfragen interessierter Kreise ergeben haben.

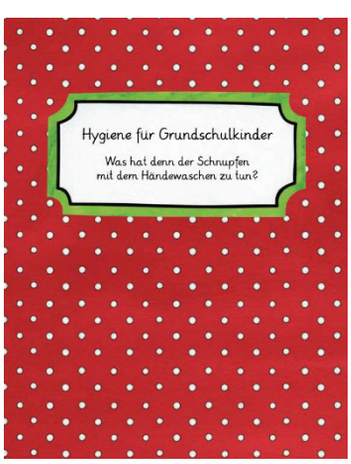
Zur besseren Übersichtlichkeit wurden die Fragen und Antworten jeweils einem von drei Themenbereichen zugeordnet:
A – Allgemeines, rechtliche Zusammenhänge
B – Umsetzung der UBA-Regelwerke in Zertifizierungsverfahren
C – Werkstoff-, material- und produktspezifische Fragen.
Version 2 Stand: 25.11.2020 www.umweltbundesamt.de heruntergeladen werden.
Umweltbundesamt Fachgebiet II 3.4
Heinrich-Heine-Str. 12, 08645 Bad Elster

Was hat denn der Schnupfen mit dem Händewaschen zu tun?

In diesem neuen Heft für Grundschulkinder, das in Kooperation mit der Roland-Berger-Stiftung für die Partnerschulen des Deutschen Schülerstipendiums herausgegeben wurde, begleitet Prof. Dr. med. Arne Simon die Kinder zu den unsichtbaren Bakterienberühmtheiten in unserem Darm, dem Corona-Star unter den Viren, ins Wirtshaus zur Zelle und ins Viren-Taxi.
In dem liebevoll illustrierten Büchlein lernen Grundschulkinder auf kindgerechte Erzählart die wichtigen „Basics" der Infektionsentstehung und des Hygieneverhaltens, auch Experimentiervorschläge sind enthalten. Das Büchlein steht als kostenfreies PDF zum Ausdruck bzw. als Online-Datei zur Verfügung. Schauen Sie gleich mal rein! Download über unsere Webseite/Bücher.

Toiletten-Checkliste im Kinder-Hygieneordner
Unser kleiner Kinder-Hygieneordner wurde ergänzt! Die Toiletten-Checkliste für unsere Junior-Hygieneinspektoren kann jetztheruntergeladen und sogar online ausgefüllt werden. Hier geht es um Waschraumhygiene und was man dafür tun kann, dass die Waschräume in der Schule ein Ort werden, den man gerne aufsucht.
Mehr Überlegungen zur Waschraumhygiene finden Sie auch im aktuellen Artikel „Sanitärräume als Wohlfühlort" im Schulbaukatalog PlanBar 2021.

Diese Publikationen können bei nachfolgender Institution eingesehen werden:
Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der Universität Bonn



Universitätsklinikum Bonn AöR
Venusberg-Campus 1
Gebäude 63
53127 Bonn
info@hygiene-tipps-fuer-kids.de
https://hygiene-tipps-fuer-kids.de

Das Fotorätsel

Leider konnte kein*e Leser*in unser Fotorätsel in der Ausgabe 2-2020 lösen. In der Ausgabe zeigten wir eine Perforierzange.

Eiserne Perforierzange zum Lochen von Briefen für die Räucherung im Rahmen der Desinfektion.

Claudia Sachsse*

Frau Dr. Claudia Sachße vom Deutschem Apotheken-Museum in Heidelberg hat hierzu einen interessanten Artikel geschrieben, den wir unser Leserschaft nicht Vorenthalten wollen: Wie großartig ist es doch, dass wir im derzeitigen Zustand der obrigkeitlich verordneten „sozialen Distanzierung" via Smartphone, Tablet und PC mit Familie, Freunden und überhaupt „der Welt draußen" in Kontakt bleiben können. Der elektronische Datenaustausch erweist sich gerade jetzt als wahrer Segen.

Früher war die Kommunikation in Seuchenzeiten ungleich schwieriger. Die Briefe und Nachrichten waren nicht nur langsamer unterwegs als heute, sie waren auch an „Datenträger" aus Papier gebunden – und diese konnten, so glaubte man, Krankheitsstoffe verbreiten, die sogenannten „Contagien". Deshalb war es üblich, in Seuchenzeiten an den Landesgrenzen strenge Kontrollen durchzuführen und alle ankommenden Güter von den vielleicht anhaftenden Contagien zu reinigen. Entsprechende Anordnungen finden sich in amtlichen Verordnungen vom 14. bis ins 19. Jahrhundert. Verdächtige Handelswaren sollten verräuchert, Wollwaren gewaschen werden. Wie aber verfuhr man mit den Briefen?

Auch sie sollten mit Rauch gereinigt werden. Zur Wahrung des Briefgeheimnisses vor allem bei amtlichen Schreiben wurde die Post für das Verräuchern jedoch nicht einfach geöffnet, sondern oft mit Schlitzen versehen oder durchlocht. Dazu nutzte man dornenbesetzte Perforierzangen, sogenannten Rasteln. So gelangte der reinigende Rauch auch ins Innere der Umschläge und Pakete. Zusätzlich zum Räuchern konnten die Briefe und Papiere auch durch Essig gezogen und anschließend getrocknet werden. Zur Kenntlichmachung der Kontrollkette wurden die Schriftstücke mit speziellen Stempeln und Vermerken gekennzeichnet.

Um das Eindringen von Krankheiten über die Landesgrenzen zu verhindern, wurden auf dem Festland – ähnlich den Quarantäne-Stationen an den Küsten – sogenannte „Pestcordons" eingerichtet. Berühmt wurde etwa die „Militärgrenze" des Habsburgischen Reiches. Von der Adria bis an die Karpaten erstreckte sich im 18. Jahrhundert über fast 2.000 km eine Sanitärgrenze gegen das Osmanische Reich, die die dort häufig auftretende Pest abhalten sollte. In Sicht- und Rufweite gab es kleine Stationen, in größeren Abständen waren komplexe „Kontumaz"-Stationen eingerichtet, mit Regiments- und Arztquartier, Quarantäne-Stationen, Lazarett, Plätzen für die Behandlung der Waren sowie Stallungen und Gärten. „Kontumaz" war ein alternativer Begriff für Quarantäne im deutschsprachigen Raum (lat. contumacia: Trotz, Stolz, Eigensinn). Alle ankommenden Personen, die diese Grenze vom Balkan aus ins Habsburgische Reich passieren wollten – Diplomaten und Händler, Reisende und Migranten – hatten eine „Kontumaz"-Spanne von mindestens 21 Tagen in Isolation zu verbringen, in Zeiten bekannter Pestfälle bis zu 84 Tage. Reisende aus seuchenfreien Gebieten oder solche, die die Quarantäne überstanden hatten, konnten sich durch „Sanitätspässe" ausweisen.

Das Verräuchern der Post erfolgte in der Regel an einfachen Rastelstationen (Rastellen) oder an großen Grenzposten wie den oben erwähnten Kontumazstationen, wo es aufwendigere Räucheranlagen gab. Das Durchlöchern, das Räuchern und die Essigbehandlung machten sicher so manchem Empfänger das Lesen seiner Post schwer – wenn er denn nach Wochen oder Monaten seinen Brief endlich in Händen halten durfte.

Literatur:

- LWL-Museum für Archäologie (Hg.): Pest!EineSpurensuche.Darmstadt2019
- Erna Lesky: Die österreichische Pestfront an der k.k. Militärgrenze. In: Saeculum 8 (1957), S. 82-106.
- Klaus Meyer: Disinfected Mail: Historical Review and Tentative Listing of Cachets, Handstamp Markings, Wax Seals, Water Seals and Manuscript Certifications Alphabetically Arranged According to Countries. Holton/Kansas 1962

*Dr. Claudia Sachße
Deutsches Apotheken-Museum
Schlosshof 1, 69117 Heidelberg
www.deutsches-apotheken-museum.de

Sie suchen Fachinformationen? Sie haben sie in der Hand!

„Der Hygieneinspektor"

Die Zeitschrift des Bundesverbandes der Hygieneinspektoren

Lovibond®
Water Testing

Tintometer® Group

Besuchen Sie unsere
Neue Website!

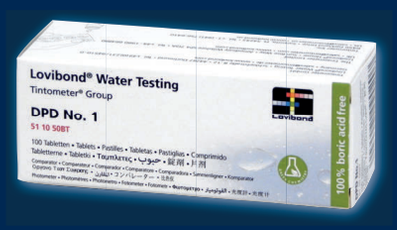
Photometer
MD 610

Lovibond® – Das Original

MD 610

Wasseranalytik
der Premiumklasse

Innovatives
Datenmanagement und
Bluetooth® 4.0 Funktion



- 100 % Borsäure frei
- Exakte Messqualität
- DIN EN ISO 7393-2 konform
- Optimales pH-Puffersystem

www.lovibond.com

GREEN CHEMISTRY

Das heutige Fotorätsel zeigt bekannte Figuren. Wenn Ihr die Figuren erkannt habt, schreibt uns bis zum Redaktionsschluss die Namen der dargestellten Skulpturen und gegebenenfalls den Standort der Skulpturengruppe an ogweinig@web.de.

Noch kein Abonnement für diese Zeitschrift?

ABO-Bestellformular in

dieser Ausgabe und unter

www.bundesverband-hygieneinspektoren.de

Epilog

"Unser Land ist wie ein sehr altes Haus. Ich liebe alte Häuser. Aber alte Häuser brauchen viel Arbeit.
Und die Arbeit hört nie auf. Genauso ist es bei unserem Land.
Vielleicht wollen Sie lieber nicht in den Keller gehen, aber wenn Sie es nicht tun, kann das gefährlich werden."
Isabel Wilkerson

Liebe Leser*innen,

Isabel Wilkerson ist eine mit dem Pulitzer-Preis ausgezeichnete US-amerikanische Journalisten und Autorin. Ihre Aussagen können auch auf die Situation in unseren Gesundheitsämtern übertragen werden. Bei der Diskussion in den Ministerien werden Lösungskonzepte für marode Gesundheitsämter gesucht und zu allererst sollen die obersten Stockwerke saniert werden. Der Keller wird geflissentlich übersehen. In den Tiefen des Kellers soll möglichst alles wie im 19.-Jahrhundert bleiben. Anscheinend lautet die Devise, nur nicht in den Keller nachsehen, denn es könnten Leichen entdeckt werden.
Wie ich bereits in den Ausgaben 2020 auf die Notwendigkeit grundlegender Änderungen verwies, beweisen die Ereignisse rund um die Corona-Pandemie die Korrektheit meiner Thesen. Eine grundlegende Umstrukturierung der staatlichen Gesundheitsämter ist überfällig.
Es benötigt eine „prozessorientierte Gesundheitsverwaltung", um zukünftige Epidemien und Pandemien erfolgreich bekämpfen zu können. Nicht der Solist ist gefragt, sondern Team-Player, die sich auf Augenhöhe begegnen, um gemeinsam Problemlösungen zu erarbeiten. Nur so ist es möglich, potenzielle infektionshygienische Gefahren rechtzeitig zu erkennen und mit geeigneten Mitteln zu begegnen.
Zeiten, in denen Fehler auf die unterste Verwaltungsstufe abgeschoben werden und Erfolge einzig der Amtsleitung zugeschrieben werden, sollten der Vergangenheit angehören. Als Team-Player trägt jeder Einzelne für den Erfolg oder Misserfolg bei.
Hierzu ist es notwendig, für die Hygieneinspektoren einer grundlegenden Revision zu unterziehen. Neben den Ausbildungsstätten in den Akademien des ÖGD, sind auch für die Hygieneinspektoren ein weiterführendes Fernstudium an einer Fachhochschule zu ermöglichen. Ein weiterführender Bachelorstudiengang mit förderlichen Schwerpunkten wäre eine sinnvolle Ergänzung und zusätzlich Motivation für potenzielle Bewerber für den Beruf. In diesem Kontext wäre auch die berufliche Weiterentwicklung in die nächste Qualifikationsebene zu ermöglichen. Darüber hinaus sind entsprechende Stellen in den Gesundheitsämtern auszuweisen.
Es ist auch eine Verpflichtung der Fachhochschulen, Berufsbilder weiter zu entwickeln, insbesondere unter den von den Politikern und der Wirtschaft immer wieder wiederholten Slogan: „Lebenslanges Lernen muss sich lohnen".
Begleitend zu der Qualifizierung der Hygieneinspektoren sind die Eingruppierungen den gestiegenen Anforderungen anzupassen. Es darf nicht sein, dass mit gleicher Einstellungsqualifikation wie zum Beispiel examiniertes Krankenpflegepersonal, die Berufsgruppe der Hygieneinspektoren besoldungstechnisch geringer eingestuft wird, wie die Berufsgruppe der Fachkräfte der Sozialmedizin.
Wir brauchen eine starke Berufsvertretung, um eine gerechte Eingruppierung zu erreichen. Nur wenn wir geschlossen hinter unseren Berufsverbänden stehen, können wir für alle Verbesserungen erreichen. Der Einzelne kann zwar durch Liebedienern seine Stellung verbessern und damit seine Würde verlieren, jedoch durch eine starke Berufsvertretung können Änderungen im Gehaltsgefüge bzw. im Besoldungsgefüge erzielt werden.
Also unterstützt die Aktionen der Berufsverbände aktiv auf allen Ebenen.
In diesem Sinne wünsche ich Euch einen erholsamen Sommerurlaub

Euer Oskar

Schreiben Sie uns!

Redaktionsschluss für die nächste Ausgabe:

15. Oktober 2021

„Der Hygieneinspektor"

Die Zeitschrift des Bundesverbandes der Hygieneinspektoren e.V.

„Der Hygieneinspektor“
Zeitschrift des Bundesverbandes der Hygieneinspektoren e.V.
23. Jahrgang, Ausgabe 01/2021
ISSN 1864-7197

Herausgeber
Bundesverband der Hygieneinspektoren e. V. (BVH e. V.)
Ludwigstr. 12, 63801 Kleinostheim

Redaktion
Der Vorstand des BVH e.V.

Redaktionsleitung
Oskar G. Weinig, M. A. (BVH e. V.)
Norbertstr. 5, 97204 Höchberg
redaktion@bundesverband-hygieneinspektoren.de

Titelbild
Gestaltung Liane Welzenbach unter Verwendung des Motivs „Digital Transformation“ © adobe stock, funtap

Anzeigenverwaltung
Geschäftsstelle des BVH e. V.
Ludwigstr. 12
63801 Kleinostheim
anzeigenverwaltung@bvhev.de

Abonnentenverwaltung
Bundesverband der Hygieneinspektoren e. V.
Claudia Broßmann
Sandberg 6, 15306 Gusow-Platkow
Fax: +49 (0) 321/21071450
brossmann@bvhev.de

Auflage
4000

Bankverbindung
BVH e.V. „Der Hygieneinspektor“
BBBank
IBAN: DE60660908000006959296
BIC-/SWIFT-Code: GENODE61BBB

Layout
NM Multimedia, Marburg
info@nm-multimedia.de

Druck
WEMAPRINT
Inhaber: Stefan Thrun
Ortenaustraße 27, 77743 Neuried
Fon: 07808/969 3033
Fax: 07808/969 3035
info@wemaprint.de
http://www.wemaprint.de

„Der Hygieneinspektor“ erscheint halbjährlich, jeweils im Mai/Juni und November/Dezember im Eigenverlag.

Redaktionsschluss für die nächste Ausgabe ist der 15. Oktober 2021.

Der Bezugspreis für Mitglieder ist im Jahresbetrag des jeweiligen Landesverbandes bereits enthalten. Der Verkauf an Nichtmitglieder erfolgt über die Abonnentenverwaltung.
Interessierte am Abonnement sind stets willkommen.

Preis pro Ausgabe 8,50€
(inkl. Versandkosten)

Es gilt die Anzeigenpreisliste 05/2018.

© 2021 Bundesverband der Hygieneinspektoren e.V.

Eine Haftung für die Richtigkeit der Veröffentlichungen kann trotz sorgfältiger Prüfung durch die Redaktion vom Herausgeber nicht übernommen werden.
Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion wieder.
Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos kann keine Haftung übernommen werden. Eine Verpflichtung zur Veröffentlichung besteht nicht.

Die Zeitschrift und alle ihr enthaltenden Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Kein Teil dieser Publikation darf ohne ausdrückliche Genehmigung des Herausgebers in irgendeiner Form reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden. Ausgenommen hiervon ist die Nutzung zum Zweck der Fortbildung und zum persönlichen Gebrauch des Lesers.

Waren- und Markennamen werden ohne Gewährleistung einer freien Verwendung benutzt. Sie sind ggfs. Eigentum der jeweiligen Hersteller.

Immer wenn eine geschlechtliche Form gewählt wurde, ist automatisch natürlich auch das jeweils andere Geschlecht mit einbezogen. Die Wahl erfolgte ausschließlich zu Gunsten einer flüssigeren Leseweise.

Anzeigenindex

Erich Schmidt Verlag	S. 2
Devagenxy	S. 5, S. 23
Kryschi Wasserhygiene	S. 56
Lovibond Water Testing, Tintometer GmbH	S. 52
Mösslein Wassertechnik	S. 6
NITRAS Medical	S. 31
orochemie GmbH + Co. KG	S. 9
Ospa Schwimmbadtechnik	S. 44
Rolf Dindorf	S. 29

D E R	**Hygieneinspektor**	Zeitschrift des Bundesverbandes der Hygieneinspektoren e. V.

Abo-Verwaltung:	**Ansprechpartner(in):**
Geschäftsstelle des BVH e. V.	Claudia Broßmann
Michael Geissler	Ringstraße 6
Ludwigstr. 12	14550 Groß Kreutz OT Götz
63801 Kleinostheim	Fax: +49 (0) 321/21071450
anzeigenverwaltung@bvhev.de	Email: brossmann@bvhev.de

Preisliste gültig ab 06/2018

A B O - B e s t e l l f o r m u l a r

Hiermit abonniere ich die im Juni und Dezember erscheinende Fachzeitschrift des Bundesverbandes der Hygieneinspektoren e.V. „**Der Hygieneinspektor**" (ISSN 1864-7197) zum Preis von 5,50 Euro je Ausgabe zuzüglich Versandkosten in Höhe ab 1,60 Euro (innerhalb BRD).
Das Abonnement beginnt mit der Ausgabe Juni / Dezember 202 (Bitte nichtzutreffendes streichen)
Das Abo läuft zunächst über 1 Jahr. Eine Kündigung muss spätestens zum 2. Mai bzw. zum 1. November erfolgt sein sonst verlängert es sich automatisch um ein Jahr.
Zahlungsart: per Einzugsermächtigung oder Rechnung
Die Zustelladresse lautet:

Anrede:	
Vorname:	
Name:	
c/o oder	
Firmenname:	
Strasse / Nr:	
PLZ / Ort:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	

Anzahl der gewünschten Exemplare:

Rechnungsadresse, falls abweichend:

Um uns und Ihnen die Arbeit zu erleichtern, bitten wir Sie um eine Einzugsermächtigung.
Ich ermächtige den BVH e.V. bis auf Widerruf jeweils bei Fälligkeit, den Abo-Betrag für ein Jahr (2 Ausgaben) in Höhe von z.Z. **14,20 €** (incl. Porto)**,** bei Lieferung von mehr als einem Exemplar entspr. höheren Betrag, von meinem Konto abzubuchen.

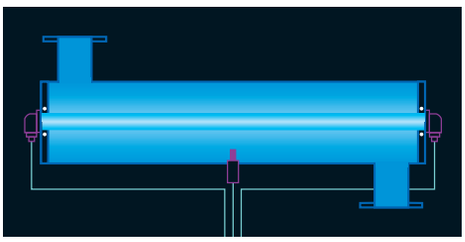
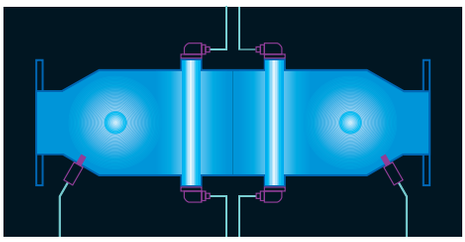
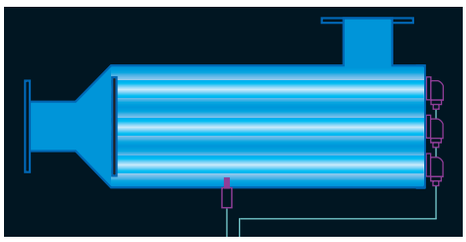
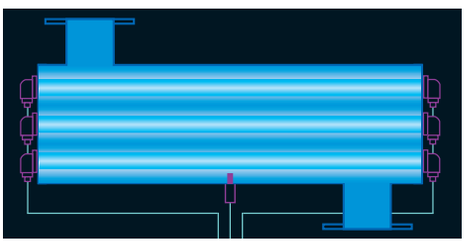
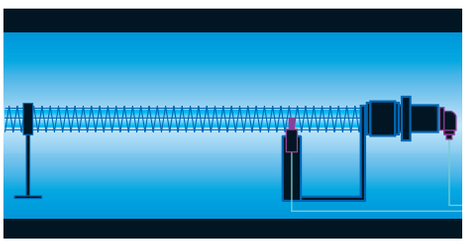
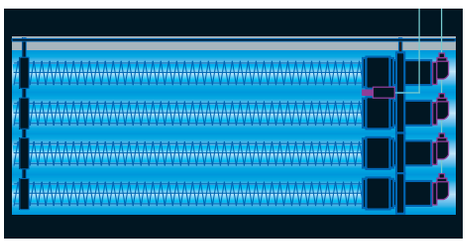
Bankverbindung

Konto-Name .....bei: .....

IBAN: ..... BIC: .....

Ort, Datum Unterschrift

UV-TECHNIK
ZUR WASSERDESINFEKTION

KRYSCHI UV-TECHNIK.
Die Entscheidung für das Original.

- Trinkwassergewinnung
- erwärmtes Trinkwasser original "Aachener Konzept" gegen Legionellen nach DVGW W 551
- Umlaufsprühbefeuchtern (Luftwäschern) in raumlufttechnischen Anlagen.
- Verdunstungskühlanlagen

KRYSCHI UV-Geräte sind DVGW-zertifiziert und garantieren eigenüberwacht, sichere Funktion über lange Betriebszeiten.

KRYSCHI WASSERTECHNIK:
- Geräte zur Wasseraufbereitung
- Entsäuerung
- Enteisenung / Entmanganung
- Adsorption
- Membrantechnik und vieles mehr!

KRYSCHI Wasserhygiene liefert Wassertechnik, optimal auf Ihre Anforderungen abgestimmt. Individuelle Lösungskonzepte sind selbstverständlich. Rufen Sie uns an. Wir sind für Sie da!

KRYSCHI.
Die Ingenieure für modernste Wassertechnik.

Industriestraße15a • 41564 Kaarst
Tel.: 0 21 31 - 71 89 920
Fax.: 0 21 31 - 71 89 929
E-Mail: info@kryschi.de
www.kryschi.de

KRYSCHI
WASSERHYGIENE