



Jahresbericht 2013 des Gesundheitsamtes Bremerhaven



**Magistrat der Stadt Bremerhaven
Gesundheitsamt
Verwaltung – V 15 -
Postfach 21 03 60, 27524 Bremerhaven
E-Mail: Gesundheitsamt@magistrat.bremerhaven.de**



Jahresbericht 2013 des Gesundheitsamts Bremerhaven

Inhaltsverzeichnis

Amtsärztlicher Dienst und sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene

- Rechtsmedizin und polizeiärztliche Aufgaben
- Amtsärztliche Personaluntersuchungen
- Sonstige amtsärztliche / sozialmedizinische Begutachtungen und Beratungen

Beratungsstelle bei sexuell übertragbaren Krankheiten

- Sozialmedizinische Aufgaben im Bereich sexuell übertragbarer Krankheiten (STD)

Sozialmedizinischer Dienst für chronisch Kranke und Behinderte

- Ärztliche Beratungen und Begutachtungen nach dem PflegeVG / SGB XII
- Nichtärztliche Begutachtungen nach dem PflegeVG / SGB XII
- Sozialpädagogische Beratungen

Personenbezogener Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz

- Personenbezogener Infektionsschutz
- Objektbezogener Infektionsschutz
- Umweltbezogener Gesundheitsschutz

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Sozialpsychiatrischer Dienst

- Hilfen und Schutzmaßnahmen
- Sozialpsychiatrische Begutachtungen
- Koordination und Controlling der Versorgungssysteme
- Anlage: Koordinationsstelle für die sozialpsychiatrische Versorgung

Verwaltung: Überwachung von Angehörigen der Gesundheitsfachberufe

- Überwachung von Heilpraktikern und Angehörigen der Gesundheitsfachberufe/ Kranken-, alten- und heilerziehungspflegerische Tätigkeiten

Zahnärztlicher Dienst

Vorwort

Jahresbericht 2013

Das Gesundheitsamt Bremerhaven legt den Jahresbericht für das Jahr 2013 vor.

Wie in den Vorjahren auch, wird im Folgenden wesentlich die Darstellung der Erfüllung von Auftragsangelegenheiten, also die sogenannten „Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung“ aufgeführt.

Zum Redaktionsschluss des aktuellen Berichtes beendete die Zahnärztin des Gesundheitsamtes ihren aktiven Dienst im Gesundheitsamt. Dieses wurde zum Anlass genommen, im diesjährigen Jahresbericht eine ausführliche Darstellung der Arbeit und der Arbeitsergebnisse des Zahnärztlichen Dienstes vorzunehmen.

Für die Abteilung personenbezogener Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz brachte das Jahr 2013 erneut gesetzliche Änderungen, so z. B. erweiterte Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz. Die bereits im vorherigen Jahresbericht angemahnte Anpassung der personellen Ausstattung wurde im Jahr 2013 auf den Weg gebracht und sollte im Jahr 2014 umgesetzt werden.

Unverändert wird im Bereich des Teams der STD-Beratungsstelle, die Humanitäre Sprechstunde angeboten. Auch in 2013 kam es zu einer Zunahme der Arbeitsbelastung in diesem Bereich. Eine vom Amt gewünschte und bedarfsorientierte personelle Anpassung konnte nicht umgesetzt werden.

Im Bereich des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes ist es trotz krankheitsbedingter Ausfälle sowie der langfristigen Nichtbesetzung einer ärztlichen Stelle durch erheblichen Einsatz der MitarbeiterInnen gelungen, die im Bericht dargestellten Leistungen auf annähernd konstantem Niveau zu halten.

Den gestiegenen Anforderungen z. B. im Zusammenhang mit den Untersuchungen von Zuwanderern, im Zusammenhang mit der Änderung der Frühförderverordnung und anderem konnte unter den gegebenen Rahmenbedingungen nicht in vollem Umfang entsprochen werden.

Im Bereich des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes ist besonders das Modellprojekt Psychiatriebudget auf der Grundlage des § 64 BSGB V „Modellvorhaben zur Versorgung psychischkranker Menschen“ zu erwähnen.

Im Jahr 2013 erfolgten vorbereitende Abstimmungen zur Erstellung eines Umsetzungskonzeptes. Im Jahr 2014 soll die Erarbeitung eines Umsetzungskonzeptes erfolgen. Über den Modelleinstieg entscheiden die Beteiligten im Jahr 2015.

Insgesamt ist den Mitarbeitern des Gesundheitsamtes ausdrücklich zu danken. Ohne den außergewöhnlich engagierten Einsatz wäre die Aufgabenerfüllung unter den erneut verschärften Rahmenbedingungen nicht möglich gewesen.

Brigitte Lückert
Stadträtin

Ronny Möckel
Amtsleiter

Jahresbericht 2013

Amtsärztlicher Dienst und Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene

Amtsärztliche und sozialmedizinische Aufgaben für Erwachsene

Rechtsmedizin und polizeiärztliche Aufgaben

Amtsärztliche Personaluntersuchungen

**Sonstige amtsärztliche/sozialmedizinische
Beratungen und Begutachtungen**

Amtsärztlicher und Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene

Produktnummer:	03.53.1.02.
Produkt:	Amtsärztliche und sozialmedizinische Aufgaben für Erwachsene
Leistungsnummer:	02
Leistung:	Rechtsmedizin und polizeiärztliche Aufgaben
Kurzbeschreibung:	Ärztliche Aufgaben für Polizei und Justiz einschließlich Begutachtung und Beweissicherung, Rufbereitschaft ganztägig.
Eingesetzte Ressourcen:	4 Ärzte (anteilig), 1 Verwaltungskraft (anteilig)
Verantwortliche Stelle:	53/2
Auftragsgrundlage:	Magistratsbeschluss von 1979, Bremerhavener Gewahrsamsverordnung, Bremisches Gesetz über das Leichenwesen, StPO, u. a.
Zielgruppe:	Straffällige Personen, Leichen
Ziele:	Zeitnahe und qualitativ aussagefähige Begutachtung / Befunderhebung im Sinne der Aufgabenstellung.

Amtsärztlicher Dienst und sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene

Leistungsdaten

Leistung 02							
Rechtsmedizin und polizeiärztliche Aufgaben							
<i>Was soll gezählt werden?</i>	Quartal	2011	m	w	2010	2009	
Einsätze mit Begutachtungen und Beratungen	I	16	14	2	11	11	
	II	13	9	4	16	14	
	III	11	11	0	11	6	
	IV	8	7	1	9	9	
	Summe	48	41	7	47	40	
Medizinische Eingriffe/ Beweissicherung	I	3	3	0	0	5	
	II	1	1	0	1	1	
	III	0	0	0	0	2	
	IV	0	0	0	1	0	
	Summe	4	4	0	2	8	
Forensische Leichenschauen	I	11	8	3	11	20	
	II	8	5	3	14	15	
	III	20	16	4	20	22	
	IV	13	9	4	13	13	
	Summe	52	38	14	58	70	
Einsätze mit Begutachtungen und Beratungen	Quartal	2013	m	w	2012	m	w
	I	3	3	0	9	7	2
	II	6	6	0	4	1	3
	III	7	6	1	7	6	1
	IV	7	6	1	3	3	0
Summe	23	21	2	23	17	6	
Medizinische Eingriffe/ Beweissicherung	I	3	3	0	3	3	0
	II	3	3	0	1	1	0
	III	0	0	0	0	0	0
	IV	2	2	0	4	4	0
	Summe	8	8	0	8	8	0
Forensische Leichenschauen	I	20	17	3	18	8	10
	II	5	4	1	11	7	4
	III	9	8	1	14	11	3
	IV	15	14	1	16	12	4
	Summe	49	43	6	59	38	21

Bewertung und Ausblick:

Eine hinreichend qualifizierte basale Versorgung im Sinne der gesetzlich vorgegebenen Aufgabenstellung kann personell derzeit nach wie vor aufrechterhalten werden. Wie schon mehrfach in früheren Jahren sei an dieser Stelle nochmals auf eine sich zuspitzende Personalentwicklung hingewiesen. In der Zeit März bis Mitte August war eine Arztstelle im amtsärztlichen Dienst unbesetzt, da der bisherige Stelleninhaber in den Ruhestand versetzt wurde.

Auch besagte Anpassung des forensischen Aufgabenbereiches - insbesondere hinsichtlich eines wünschenswerten Facharztstandards - bleibt in der Diskussion und ist im Ergebnis weiterhin offen.

Im Rückgriff auf die polizeiliche Kriminalstatistik 2013 können zur Todesursachenermittlung unter Mitwirkung des Gesundheitsamtes folgende Zahlen genannt werden: 2013 (2009/2010/2011/2012):

Die Gesamtzahl der Ermittlungen belief sich für das Jahr 2013 auf 83 (137/192/91/97) Fälle. Es erfolgten insgesamt 11 Todesursachenermittlungen auf Initiative des Gesundheitsamtes (14/12/8/12). Davon waren von den betroffenen Personen 3 weiblichen und 8 männlichen Geschlechts. In 2013 wurden zusammen 22 forensische Obduktionen durchgeführt (26/27/15/19), hierbei handelte es sich um 17 männliche und 5 weibliche Personen.

Hinsichtlich krankenhausessoziierter § 8-Fälle (Tod im Zusammenhang mit ärztlicher Behandlung oder Operation) waren die Zahlen im Vergleich zum Vorberichtszeitraum leicht rückläufig. Im Jahr 2013 wurden 22 (21/23/30/28) Vorgänge bearbeitet. Die Geschlechterverteilung belief sich auf 12 männliche zu 10 weiblichen Patienten.

Eine Verbesserung des Meldeverhaltens zuständiger Personen/Einrichtungen und der Qualität (hinsichtlich Plausibilität, Vollständigkeit und Einhaltung zeitlicher Vorgaben) der Todesbescheinigungen mussten weiterhin mehrfach vom Gesundheitsamt (bei Krankenhäusern, Ärzten) angemahnt werden.

Insgesamt betrachtet blieb das Aufgabenvolumen 2013 im Wesentlichen unverändert zu den Vorjahren.

Amtsärztlicher und Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene

Produktnummer:	03.53.1.02.
Produkt:	Amtsärztliche und sozialmedizinische Aufgaben für Erwachsene
Leistungsnummer:	08
Leistung:	Amtsärztliche Personaluntersuchungen
Kurzbeschreibung:	Medizinische Untersuchungen hinsichtlich spezifischer Tauglichkeit, Dienst- und Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Dienstunfallgeschehen, Notwendigkeit und Angemessenheit rehabilitativer Maßnahmen.
Eingesetzte Ressourcen:	2 Ärzte (anteilig), 2 Verwaltungskräfte (anteilig)
Verantwortliche Stelle:	53/2
Auftragsgrundlage:	Bestimmungen aus BAT und Beamtenrecht
Zielgruppe:	Berufsbewerber, Angestellte und Beamte der Stadt und überregionaler Behörden sowie Adoptiv- und Pflegeeltern
Ziele:	Zeitnahe und qualitativ aussagefähige Begutachtung/Befunderhebung im Sinne der Aufgabenstellung.

Leistungsdaten:

Leistung 08						
Amtsärztliche Personaluntersuchungen						
<i>Was soll gezählt werden?</i>	Quartal	2013	2012	2011	2010	2009
Amtsärztliche Beratungen und Begutachtungen von Personal	I	173	192	172	173	185
	II	167	191	165	181	184
	III	190	210	153	168	125
	IV	130	168	149	143	131
	Summe	660	572	639	665	625
<u>Womit kann die Qualität gemessen werden?</u>						
Auftraggeberzufriedenheit hinsichtlich Zeitnähe und effektiver Verwertbarkeit der Gutachten, Klientenzufriedenheit hinsichtlich Zeitmanagement und Umgang.						

Bewertung und Ausblick:

Die Personaluntersuchungen sind in der Gesamtzahl 2013 wieder angestiegen. Die Fragestellungen und Untersuchungsanlässe finden sich in den tabellarischen Übersichten in ihrer Geschlechts- und Alterzugehörigkeit wieder.

Bei den Untersuchungsanlässen gab es zahlenmäßige Verschiebungen.

Bei den Dienstunfähigkeitsuntersuchungen von Lehrern und Polizei ergab sich im Vergleich zum Vorjahr eine Abnahme.

Eine deutliche Zunahme gab es bei der Indikationsüberprüfung von Sanatoriumsmaßnahmen. Auch bei den Einstellungen gab es eine geringe Zunahme.

In der Zeit März bis Mitte August war eine Arztstelle im amtsärztlichen Dienst unbesetzt, da der bisherige Stelleninhaber in den Ruhestand versetzt wurde.

Amtsärztliche Untersuchungen 2013 von Magistratspersonal nach Untersuchungsanlass, Geschlecht und Altersgruppe

	Geschlecht	Alter<Standard>	Vorgänge	
BaL - Beamter auf Lebenszeit	männlich	25 - 29	6	
		30 - 39	13	
		40 - 49	5	
		50 - 59	2	
		Gesamt	26	
	weiblich	20 - 24	1	
		25 - 29	8	
		30 - 39	27	
		40 - 49	15	
		50 - 59	1	
	Gesamt	52		
	Gesamt		78	
	BaP - Beamter auf Probe	männlich	20 - 24	15
25 - 29			12	
30 - 39			14	
40 - 49			2	
Gesamt			43	
weiblich		20 - 24	8	
		25 - 29	32	
		30 - 39	15	
		40 - 49	2	
		Gesamt	57	
Gesamt			100	
Dienstfähigkeit Allg. Verwaltungsbeamte		männlich	60 - 69	4
			Gesamt	4
	weiblich	40 - 49	5	
		50 - 59	7	
		Gesamt	12	
	Gesamt		16	
Dienstfähigkeit Angestellte	männlich	40 - 49	1	
		60 - 69	1	
		Gesamt	2	
	weiblich	40 - 49	1	
		50 - 59	1	
		Gesamt	2	
	Gesamt		4	
Dienstfähigkeit Feuerwehr	männlich	30 - 39	1	
		40 - 49	2	
		50 - 59	6	
		Gesamt	9	
	Gesamt		9	
Dienstfähigkeit Lehrer	männlich	40 - 49	5	
		50 - 59	6	
		60 - 69	14	
		Gesamt	25	
	weiblich	30 - 39	1	
		40 - 49	5	
		50 - 59	16	
		60 - 69	10	
		Gesamt	32	
	Gesamt		57	

Dienstfähigkeit Polizei	männlich	30 - 39	7
		40 - 49	9
		50 - 59	22
		Gesamt	38
	weiblich	25 - 29	1
		30 - 39	1
		40 - 49	2
		Gesamt	4
	Gesamt		42
	Dienstfähigkeit sonstiges	männlich	60 - 69
Gesamt			1
Gesamt			1
Dienstunfall	männlich	20 - 24	9
		25 - 29	16
		30 - 39	31
		40 - 49	27
		50 - 59	17
		60 - 69	5
		ab 70	1
		Gesamt	106
	weiblich	20 - 24	10
		25 - 29	2
		30 - 39	17
		40 - 49	15
		50 - 59	10
		60 - 69	3
		Gesamt	57
	Gesamt		163
	Einstellung	männlich	20 - 24
25 - 29			3
30 - 39			4
Gesamt			9
Gesamt			9
Sanatoriumsaufenthalt	männlich	40 - 49	6
		50 - 59	32
		60 - 69	26
		ab 70	16
		Gesamt	80
	weiblich	30 - 39	1
		40 - 49	6
		50 - 59	7
		60 - 69	15
		ab 70	10
Gesamt	39		
Gesamt		119	
Sonstige Beihilfen	männlich	40 - 49	1
		60 - 69	1
		Gesamt	2
	weiblich	30 - 39	2
		40 - 49	1
		50 - 59	1
		60 - 69	1
	Gesamt	5	
Gesamt		7	
Gesamt		605	

Amtsärztlicher und Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene

Produktnummer:	03.53.1.02.
Produkt:	Amtsärztliche und sozialmedizinische Aufgaben für Erwachsene
Leistungsnummer:	09
Leistung	Sonstige amtsärztliche / sozialmedizinische Begutachtungen und Beratungen Sonstige ärztliche Beratungen oder Begutachtungen, Leichenschauen vor Feuerbestattung, Überführung, Umbettung, Leichenpässe
Kurzbeschreibung:	Medizinische Untersuchungen / Beratungen hinsichtlich diverser Anfragen öffentlicher und privater Auftraggeber
Eingesetzte Ressourcen:	2 Ärzte (anteilig), 2 Verwaltungskräfte (anteilig)
Verantwortliche Stelle:	53/2
Auftragsgrundlage:	Diverse gesetzliche Bestimmungen (z. B. Bremisches ÖGDG, Bremisches Gesetz über das Leichenwesen, Prüfungs- bzw. Ausbildungsverordnungen, Einreisebestimmungen, Sozialrecht, Straßenverkehrsrecht u. a.) sowie individuelle Anfragen.
Zielgruppe:	Betroffene
Ziele:	Zeitnahe und qualitativ aussagefähige Begutachtung/ Befunderhebung im Sinne der Aufgabenstellung

Leistungsdaten:

Leistung 09					
Sonstige amtsärztliche / sozialmedizinische Begutachtungen und Beratungen					
<i>Was soll gezählt werden?</i>	Quartal	2012	2011	2010	2009
Sonstige amtsärztliche / sozial-medizinische Begutachtungen und Beratungen*	I	23	38	34	63
	II	48	35	36	53
	III	44	45	30	42
	IV	36	30	24	34
	Summe	151	148	124	192
		2013			
		ges	m	w	
	I	40	18	22	
	II	40	23	17	
	III	44	23	21	
	IV	49	24	25	
	Summe	173	88	85	
Aufgaben im Bereich Leichenwesen:					
	Quartal	2012	2011	2010	2009
Aufgaben im Bereich Leichenwesen: Leichenschauen vor Feuerbestattung, Genehmigungen im Rahmen des Leichen- und Bestattungswesens	I	745	773	779	875
	II	756	691	754	720
	III	707	692	634	655
	IV	691	768	717	728
	Summe	2.899	2.924	2.884	2.978
	Quartal	2013			
	I	963			
	II	754			
	III	696			
	IV	689			
	Summe	3102			
Davon waren:					
	Quartal	2013			
Leichenschauen vor Feuerbestattung	I	449			
	II	350			
	III	325			
	IV	311			
	Summe	1435			
	Quartal	2013			

Genehmigungen im Rahmen des Leichen- und Bestattungswesens	I	513			
	II	404			
	III	371			
	IV	378			
	Summe	1666			
<u>Womit kann die Qualität gemessen werden?</u>					
Auftraggeberzufriedenheit hinsichtlich Zeitnähe und effektiver Verwertbarkeit der Gutachten, Klientenzufriedenheit hinsichtlich Zeitmanagement und Umgang.					

Bewertung und Ausblick:

Im Bereich „sonstige amtsärztliche/sozialmedizinische Begutachtungen und Beratungen“ (u. a. Überprüfung von Attesten wegen angeblicher Prüfungsverhinderung, BTM-Verordnungen vor Auslandsreisen, Reisefähigkeitsbeurteilungen von auszuweisenden Personen, Gutachtaufträge von Finanzamt, Sozialamt und Arge usw.) ergab die zahlenmäßige Entwicklung eine leicht ansteigende Tendenz, teilweise verändern sich die Untersuchungsanlässe jedoch inhaltlich und es sind neue Untersuchungsanlässe hinzugekommen.

Die Untersuchungsanlässe zur Fahrtauglichkeit beschränken sich nur noch auf Fragestellungen im Zusammenhang mit allgemeinmedizinischen bzw. mit altersdegenerativen Vorgängen. Die gutachterliche Beantwortung von Fragestellungen im Zusammenhang mit Drogenkonsum sind seit 2010 gänzlich eingestellt worden. Dies vor dem Hintergrund zwingender neuerer Qualitätsanforderungen, die vom Amt sowohl in struktureller als auch in personeller Hinsicht nicht vorgehalten werden können. Seit September wurden die Adoptions- und Pflegeerlaubnis-Untersuchungen, die bisher vom Kinder - und Jugendärztlichen Dienst durchgeführt wurden, übernommen. Diese sollen auch zukünftig vom amtsärztlichen/sozialmedizinischen Dienst durchgeführt werden.

Im Bereich des Leichenwesens gab es eine leichte Zunahme der Feuerbestattungen, sowie auch weiterhin eine erhöhte zeitliche Inanspruchnahme durch extern (also nicht in den dafür vorgesehenen Räumlichkeiten des Gesundheitsamtes) angeforderte Leichenschauen.

Im Jahr 2013 wurden im Vergleich zum Vorjahr mehr Sterbefälle von in Bremerhaven gemeldeten Personen registriert. Die anliegenden tabellarischen Aufstellungen und Grafiken zeigen, teilweise je Quartal, die Aufteilung der Sterbefälle nach Altersgruppe, Geschlecht und Todesart. Es werden auch die Anzahl Feuerbestattungen sowie die Genehmigungen dargestellt. Wesentliche normative Abweichungen traten hierbei nicht in Erscheinung.

Insgesamt ist das derzeitige Auftragsvolumen mit den vorhandenen Personalressourcen und dem derzeitigen Begutachtungsstandard noch leistbar. **Auf Grund der erreichten Belastungsgrenzen muss allerdings zukünftig eine kritische Aufgabenüberprüfung erfolgen.**

**Personaluntersuchungen 2013 ohne Magistratsmitarbeiter nach
Untersuchungsanlass, Geschlecht und Altersgruppen.**

Unters.-Anlass	Geschlecht	Alter<Standard>	Vorgänge
Adoptionen	männlich	30 - 39	1
		Gesamt	1
	weiblich	25 - 29	1
		Gesamt	1
	Gesamt		2
Aktenversand 21.40	männlich	50 - 59	3
		60 - 69	1
		ab 70	4
		Gesamt	8
	Gesamt		8
Attestbestätigung	männlich	bis 15	3
		20 - 24	2
		25 - 29	1
		30 - 39	1
		50 - 59	6
		60 - 69	3
		Gesamt	16
	weiblich	16 - 19	1
		20 - 24	3
		30 - 39	4
		50 - 59	3
		60 - 69	1
	Gesamt	12	
	Gesamt		28
	Aufenthaltsgenehmigungen für Umsiedler und Ausländer	weiblich	20 - 24
Gesamt			1
Gesamt			1
BaL - Beamter auf Lebenszeit	männlich	20 - 24	1
		25 - 29	1
		Gesamt	2
	weiblich	16 - 19	2
		30 - 39	2
		Gesamt	4
	Gesamt		6
BaP - Beamter auf Probe	männlich	25 - 29	2
		30 - 39	1
		40 - 49	1
		Gesamt	4
	weiblich	16 - 19	1
		20 - 24	2
		25 - 29	10
		30 - 39	3
		40 - 49	1
	Gesamt	17	
	Gesamt		21

Dienstfähigkeit Allg. Verwaltungsbeamte	männlich	40 - 49	2
		50 - 59	2
		60 - 69	3
		Gesamt	7
	weiblich	40 - 49	3
		50 - 59	1
		Gesamt	4
Gesamt		11	
Dienstfähigkeit Angestellte	männlich	50 - 59	1
		60 - 69	1
		Gesamt	2
	Gesamt		2
Dienstfähigkeit Lehrer	männlich	25 - 29	1
		40 - 49	2
		Gesamt	3
	weiblich	25 - 29	1
		50 - 59	2
		Gesamt	3
	Gesamt		6
Dienstfähigkeit Lohnempfänger	männlich	50 - 59	2
		Gesamt	2
	Gesamt		2
Dienstfähigkeit sonstiges	männlich	50 - 59	2
		Gesamt	2
	weiblich	30 - 39	1
		50 - 59	1
		Gesamt	2
	Gesamt		4
Dienstunfall	weiblich	50 - 59	1
		Gesamt	1
	Gesamt		1
Einstellung	männlich	60 - 69	1
		Gesamt	1
	weiblich	20 - 24	1
		60 - 69	1
		Gesamt	2
	Gesamt		3
Fahrtauglichkeit, Erlaubnis zur Fahrgastbef., Drogenscreening	männlich	ab 70	4
		Gesamt	4
	Gesamt		4
Pflegeeinstufung - stationär	männlich	ab 70	1
		Gesamt	1
	Gesamt		1
Pflegerlaubnis	männlich	30 - 39	1
		40 - 49	1
		50 - 59	3
		ab 70	1
		Gesamt	6
	weiblich	30 - 39	2
		50 - 59	4
		60 - 69	1
		Gesamt	7
		Gesamt	

Sanatoriumsaufenthalt	männlich	50 - 59	4
		60 - 69	2
		ab 70	2
		Gesamt	8
	weiblich	30 - 39	1
		40 - 49	1
		50 - 59	1
		60 - 69	1
		ab 70	3
		Gesamt	7
Gesamt		15	
Sonstige Gutachten oder Stellungnahmen	männlich	25 - 29	1
		Gesamt	1
	Gesamt		1
Sonstiges 53/21	männlich	60 - 69	1
		ab 70	2
		Gesamt	3
	weiblich	16 - 19	1
		30 - 39	1
		Gesamt	2
	ohne Angabe		10
		Gesamt	10
Gesamt		15	
Stellungnahme des Amtsärztlichen Dienst	männlich	40 - 49	1
		50 - 59	2
		ab 70	1
		Gesamt	4
	weiblich	16 - 19	1
		30 - 39	1
		Gesamt	2
	Gesamt		6
Tagespflege	weiblich	30 - 39	2
		40 - 49	2
		50 - 59	2
		60 - 69	1
		Gesamt	7
	Gesamt		7
Untersuchungen für Gerichte / Zivilprozessgutachten	männlich	25 - 29	1
		30 - 39	1
		Gesamt	2
	Gesamt		2
Untersuchungen im Zuge polizeilicher Ermittlungen	männlich	20 - 24	1
		40 - 49	2
		50 - 59	2
		Gesamt	5
	weiblich	20 - 24	1
		25 - 29	3
		30 - 39	3
		50 - 59	1
		Gesamt	8
	Gesamt		13
Widerspruchsanfrage	weiblich	30 - 39	1
		Gesamt	1
	Gesamt		1
Gesamt		173	

Sterbefälle 2013

natürliche Todesarten

Sterbedatum	Geschlecht	Lebensalter<3.8 (K)>	Totenscheine	
1. Quartal	männlich	15 - 34	2	
		35 - 49	8	
		50 - 64	53	
		65 - 79	133	
		>= 80	111	
		Gesamt	307	
	weiblich	1 - 14	1	
		15 - 34	3	
		35 - 49	8	
		50 - 64	31	
		65 - 79	70	
		>= 80	178	
	<leer>	65 - 79	1	
		Gesamt	1	
	Gesamt		599	
	2. Quartal	männlich	15 - 34	2
			35 - 49	8
			50 - 64	53
			65 - 79	91
>= 80			74	
Gesamt			228	
weiblich		35 - 49	9	
		50 - 64	24	
		65 - 79	58	
		>= 80	120	
		<leer>	1	
		Gesamt	212	
<leer>		>= 80	1	
		Gesamt	1	
Gesamt			441	
3. Quartal		männlich	15 - 34	1
	35 - 49		12	
	50 - 64		43	
	65 - 79		94	
	>= 80		66	
	Gesamt		216	
	weiblich	1 - 14	1	
		35 - 49	7	
		50 - 64	16	
		65 - 79	56	
		>= 80	116	
		Gesamt	196	
	<leer>	50 - 64	1	
		>= 80	2	
		Gesamt	3	
	Gesamt		415	

4. Quartal	männlich	15 - 34	1
		35 - 49	6
		50 - 64	45
		65 - 79	111
		>= 80	83
		<leer>	1
		Gesamt	247
	weiblich	15 - 34	2
		35 - 49	4
		50 - 64	23
		65 - 79	64
		>= 80	124
		<leer>	3
		Gesamt	220
Gesamt	467		
Gesamt	1922		

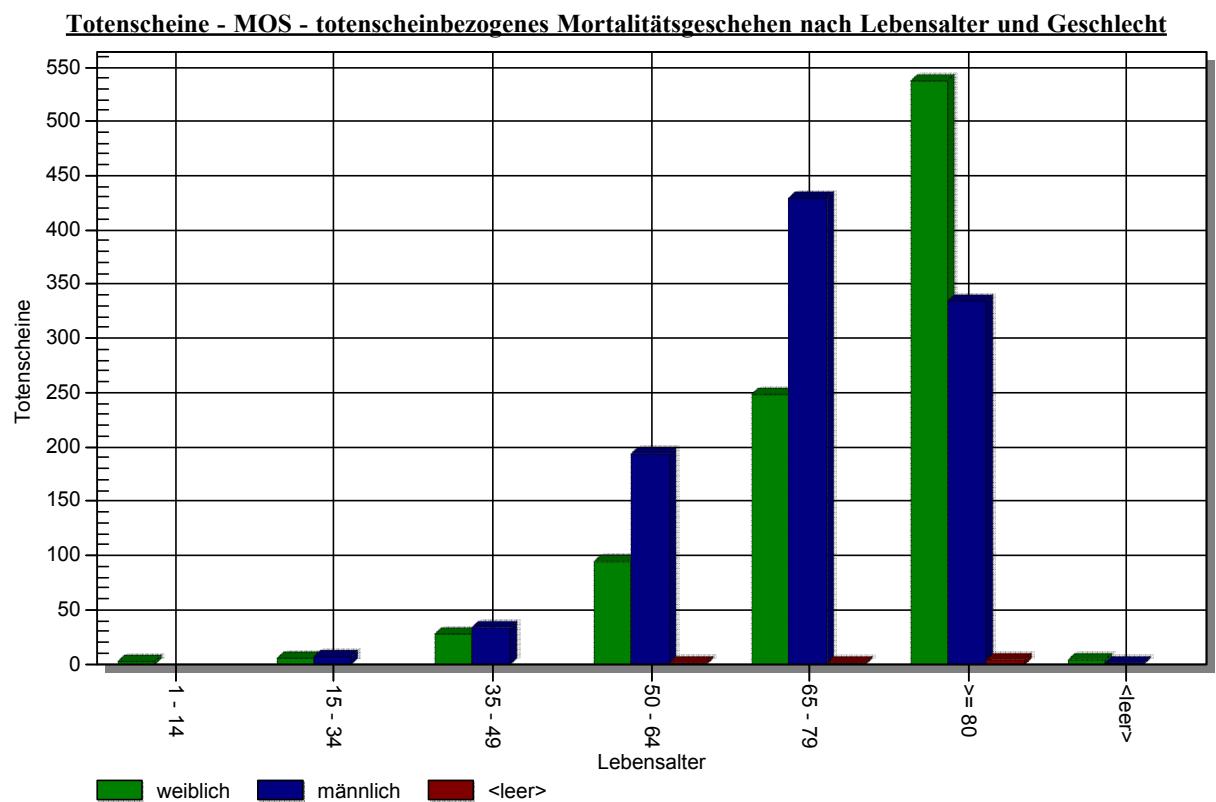


Diagramm: natürliche Todesarten

Suizid

Sterbedatum<QRT>	Geschlecht	Lebensalter<3.8 (K)>	Totenscheine
1. Quartal	männlich	15 - 34	1
		>= 80	1
		Gesamt	2
	Gesamt		2
2. Quartal	männlich	50 - 64	1
		65 - 79	1
		Gesamt	2
	Gesamt		2
3. Quartal	männlich	35 - 49	1
		65 - 79	1
		Gesamt	2
	Gesamt		2
4. Quartal	männlich	1 - 14	1
		50 - 64	1
		65 - 79	1
		Gesamt	3
	weiblich	65 - 79	1
	Gesamt		1
	Gesamt		4
Gesamt		10	

Totenscheine - MOS - totenscheinbezogenes Mortalitätsgeschehen nach Lebensalter und Geschlecht

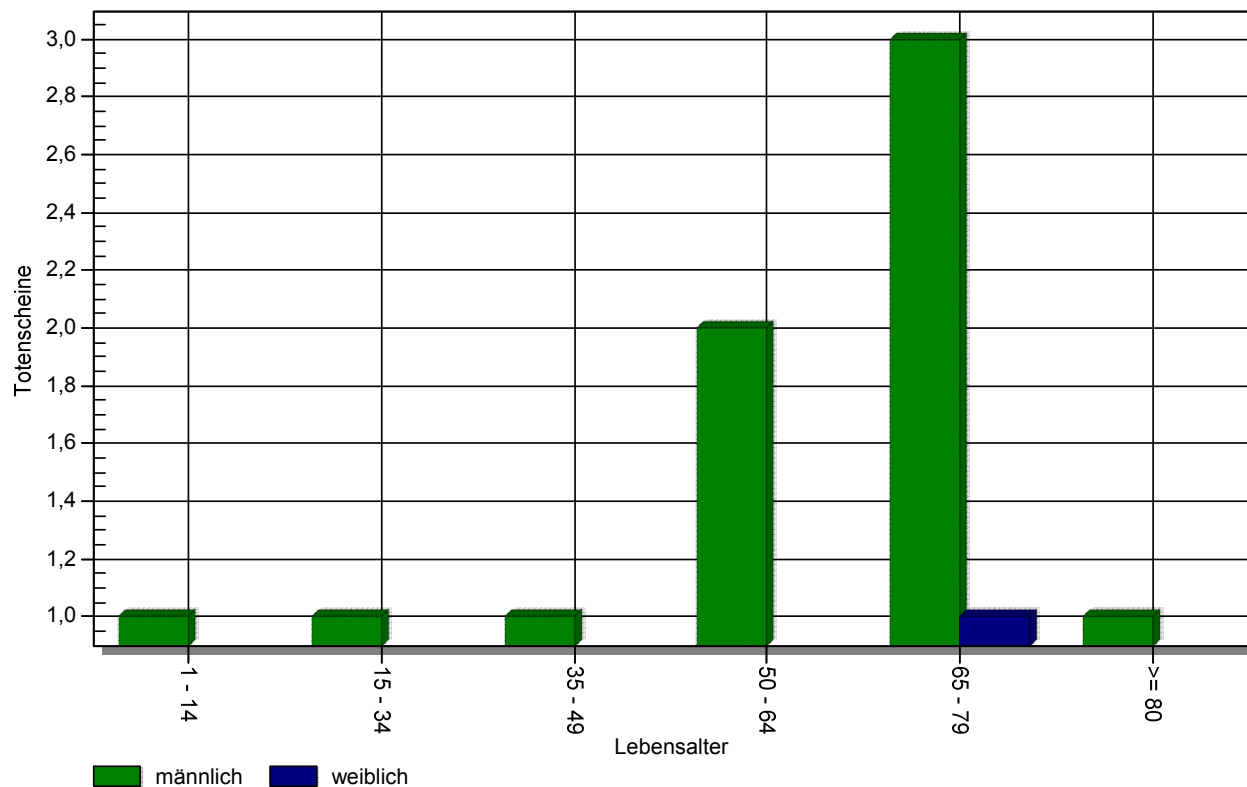


Diagramm: Suizid

Nichtnatürliche Todesfälle (ohne Suizid)

Sterbedatum<QRT>	Geschlecht	Lebensalter<3.8 (K)>	Totenscheine
1. Quartal	männlich	15 - 34	1
		65 - 79	1
		>= 80	1
		Gesamt	3
	weiblich	15 - 34	1
		50 - 64	1
		Gesamt	2
	Gesamt		5
2. Quartal	männlich	15 - 34	2
		65 - 79	1
		>= 80	1
		Gesamt	4
	weiblich	>= 80	1
		Gesamt	1
	Gesamt		5
3. Quartal	männlich	50 - 64	1
		65 - 79	1
		>= 80	2
		Gesamt	4
	weiblich	65 - 79	1
		>= 80	1
		Gesamt	2
	Gesamt		6
4. Quartal	männlich	15 - 34	1
		35 - 49	1
		65 - 79	3
		>= 80	2
		Gesamt	7
	weiblich	15 - 34	1
		>= 80	1
		Gesamt	2
	Gesamt		9
Gesamt		25	

Totenscheine - MOS - totenscheinbezogenes Mortalitätsgeschehen nach Lebensalter und Geschlecht

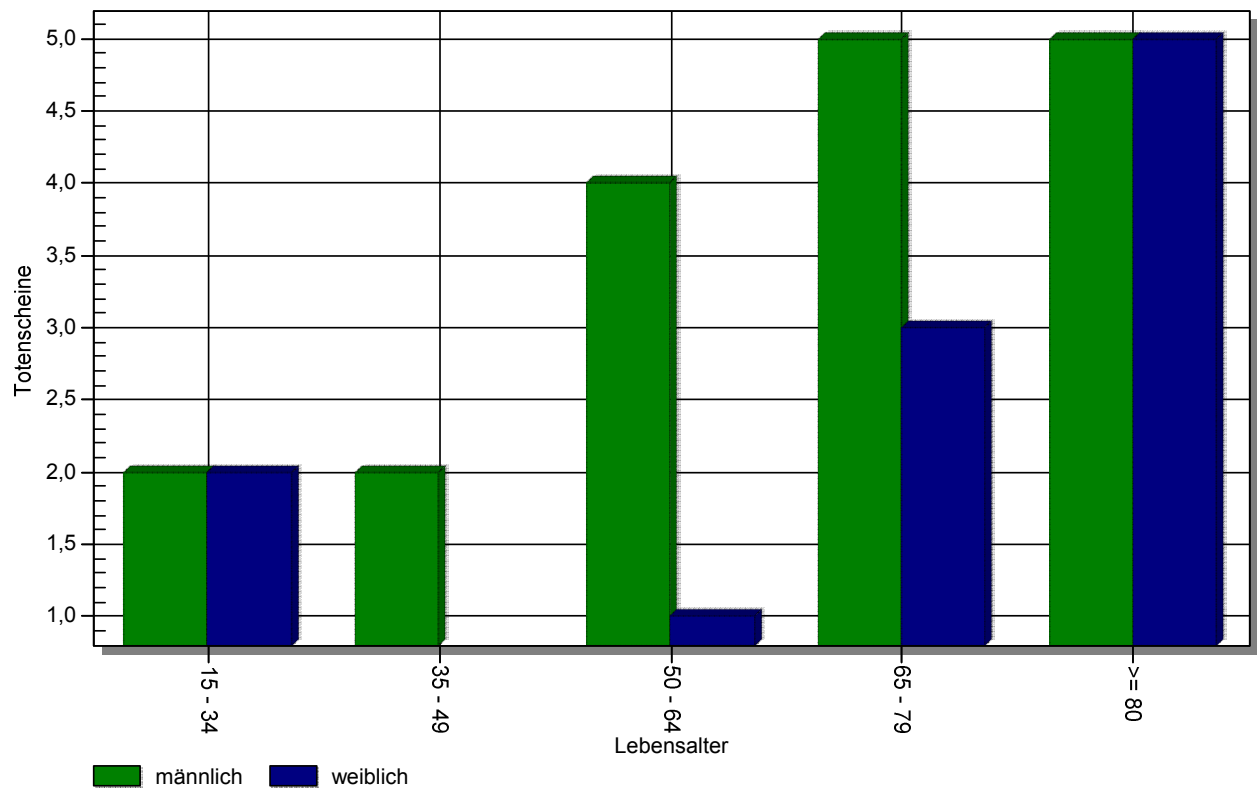


Diagramm: nichtnatürliche Todesarten (ohne Suizid)

Jahresbericht 2013

Beratungsstelle bei sexuell übertragbaren Erkrankungen (STD)

Amtsärztliche und sozialmedizinische Aufgaben für Erwachsene

Sozialmedizinische Aufgaben im Bereich sexuell übertragbare Erkrankungen (STD)

Beratungsstelle bei sexuell übertragbaren Erkrankungen (STD)

Produktnummer: 03.53.1.02.
Produkt: **Amtsärztliche und sozialmedizinische Aufgaben für Erwachsene**

Leistungsnummer: 03
Leistung: **Sozialmedizinische Aufgaben im Bereich sexuell übertragbarer Erkrankungen (STD)**

Kurzbeschreibung: **Beratung, Betreuung, Vermittlung, Information, Präventionsmaßnahmen, Untersuchung von Prostituierten, aufsuchende Arbeit**

1. Bevölkerungsmedizinischer Ansatz

- Moderation des Forums zu STD und HIV/ AIDS (gesundheitsforum.bremerhaven.de)
- Gruppen bezogene Prävention und Beratung besonderer Zielgruppen
- Präventionsveranstaltungen in Schulen (u. a. Sek I- und Sek II Bereich, Berufsbildende Schulen, Krankenpflegeschulen)
- Öffentlichkeitsarbeit, Aktionen und Kampagnen
- Betreuung und Unterstützung von SchülerInnen in Projekten
- Ausbildung und Begleitung von PraktikantInnen und StudentInnen
- Mitarbeit in der AG Nord
- Regionale und überregionale Vernetzungsarbeit
- Überregionale Abstimmung der Beratungsinhalte und -standards
- Runder Tisch „Frauenhandel und Zwangsprostitution“ Bremerhaven
- Runder Tisch „Straßenstrich Van Heukelum Straße“
- Runder Tisch „Menschenhandel“ Bremen
- STD-bezogene Impfberatung
- Freierarbeit

2. Individualmedizinischer Ansatz

- Anonyme Beratung, persönlich, telefonisch, im moderierten Forum und per e-mail, in und nach Risikosituationen
- Ärztliche Untersuchung, Diagnostik und Behandlung von STD, Diagnostik von Schwangerschaften, ggf. Überweisung in andere Einrichtungen
- STD bezogene Impfprophylaxe (Hepatitis A/B)
- Längerfristige anonyme Betreuung und Unterstützung von Prostituierten zur medizinischen Versorgung und zur sozialen Sicherung, ggf. Überweisung in Fachdienste des Gesundheits- und Sozialwesens

- Psychosoziale Beratung: problem-, bedürfnis-, und personensorientiert, Beratung zu jedem Zeitpunkt der Prostitution bei Einstieg, Ausübung und Ausstieg
 - Aufsuchende Arbeit an Orten der Prostitution
 - Einzelfallbetreuung, Fallkoordination
 - Wiedereingliederung in das medizinische Versorgungssystem
 - Persönliche Hilfen (Suchtberatung, Krisenintervention)
 - Beratung und Unterstützung zur Existenzsicherung (Kontaktaufnahme und Begleitung zu Behörden, Beratung in sozialrechtlichen Fragen)
 - Hilfe zur Reintegration

Eingesetzte Ressourcen: Anteile von 3,45 Stellen (0,65 Ärztin; 1,0 Sozialpädagoge; seit 11/2011 0,5 Sozialpädagogin; 0,65 Krankenschwester; 0,65 Krankenschwester); Public Health Praktikantin (August-September 2013)

Verantwortliche Stelle: 53/22

Auftragsgrundlage: §§ 3, 13 und 22 ÖGDG, in Verbindung mit § 17 ÖGDG, Infektionsschutzgesetz

Zielgruppe: Alle sexuell aktiven Menschen, insbesondere Mitglieder spezieller Zielgruppen mit erhöhtem Risikoverhalten (Prostituierte sowie deren Partner, Freier und Zuhälter; MSM¹) und mit Zugangsschwierigkeiten in das medizinische Versorgungssystem
MitarbeiterInnen verschiedener öffentlicher Einrichtungen und Einrichtungen freier Träger u. a. Behörden, Institutionen

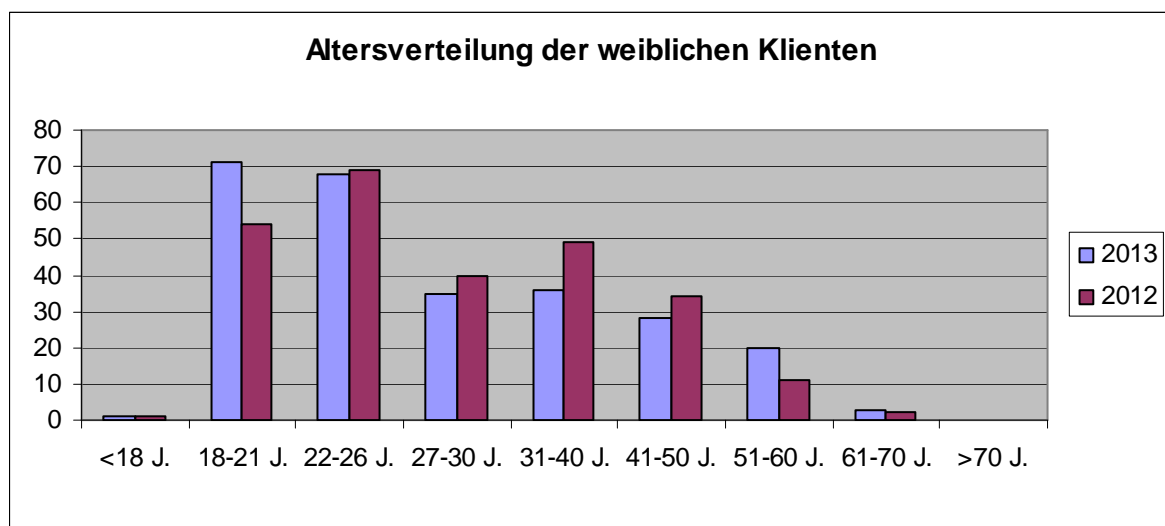
Ziele: Niedrigschwelliges Angebot für Zielgruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko
Erhöhung des Wissensstandes zu Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten
Förderung von Schutzmotivation und –verhalten in Risikosituationen
Diagnostik von Erkrankungen und Verhinderung ihrer Weiterverbreitung, sofortige Behandlung von STD
Schließung von Versorgungslücken
Prävention und Gesundheitsförderung
Erkennen und Bekämpfung von Frauenhandel und Zwangsprostitution

¹ Männer, die (auch) Sex mit Männern haben

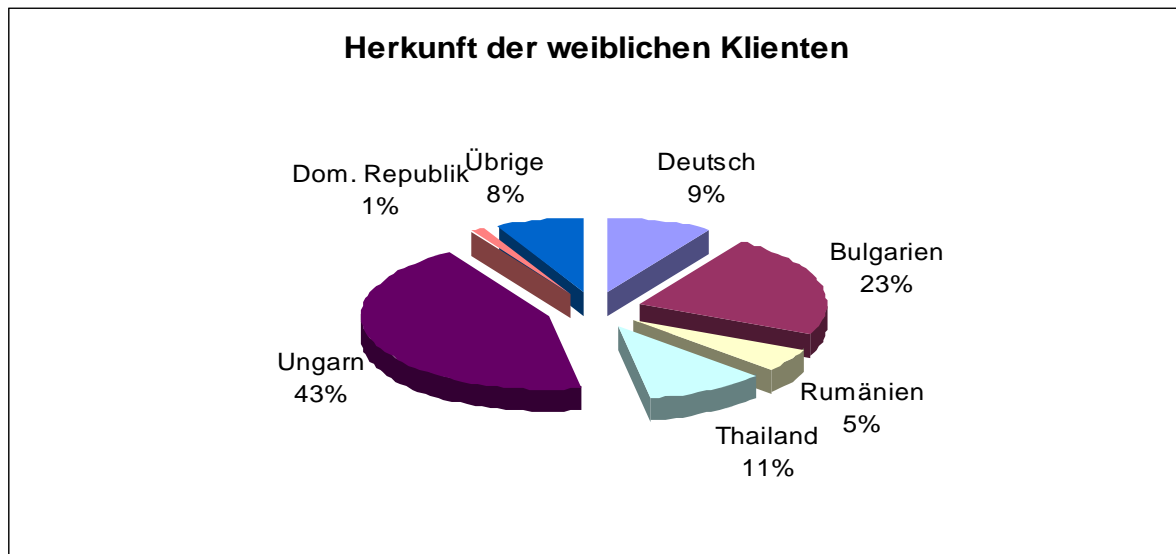
Was soll gezählt werden?	Quartal	2013	2012	2011	2010	2009
Untersuchungen	I	244	291	349	248	215
	II	312	305	234	312	333
	III	231	300	236	289	246
	IV	315	351	293	295	333
	Summe	1.102	1.247	1.112	1.144	1.127
Beratungen und Kontakte	I	1.323	1.237	1.203	1.140	1.049
	II	1.358	1.216	1.253	1.329	1.269
	III	1.284	1.142	1.130	1.314	1.012
	IV	1.417	1.200	1.390	1.310	1.216
	Summe	5.382	4.795	4.976	5.093	4.546
Impfungen/ Impfberatungen	I	13/22	12/29	26/63	19/54	17/56
	II	10/52	9/17	7/12	19/44	21/114
	III	9/25	7/21	13/64	16/42	28/86
	IV	26/58	38/67	42/96	62/103	77/120
	Summe	58/157	66/134	88/205	116/243	143/376
Info-Veranstaltungen	I	5	11	8	7	5
	II	7	7	6	1	5
	III	2	5	1	3	2
	IV	4	3	4	6	3
	Summe	18	26	19	17	15

Weibliche Klientinnen

Im Jahr 2013 suchten insgesamt 262 Frauen (2012: 260) 838-mal (2012: 886) die STD-Beratungsstelle auf. Daraus ergibt sich eine Kontaktfrequenz von drei Mal für jede Klientin. Mehr als jede Zweite war jünger als 27 Jahre; jede Vierte sogar jünger als 21 Jahre. 244 von ihnen waren in der Prostitution tätig, dies entspricht einem Anteil von 93%.

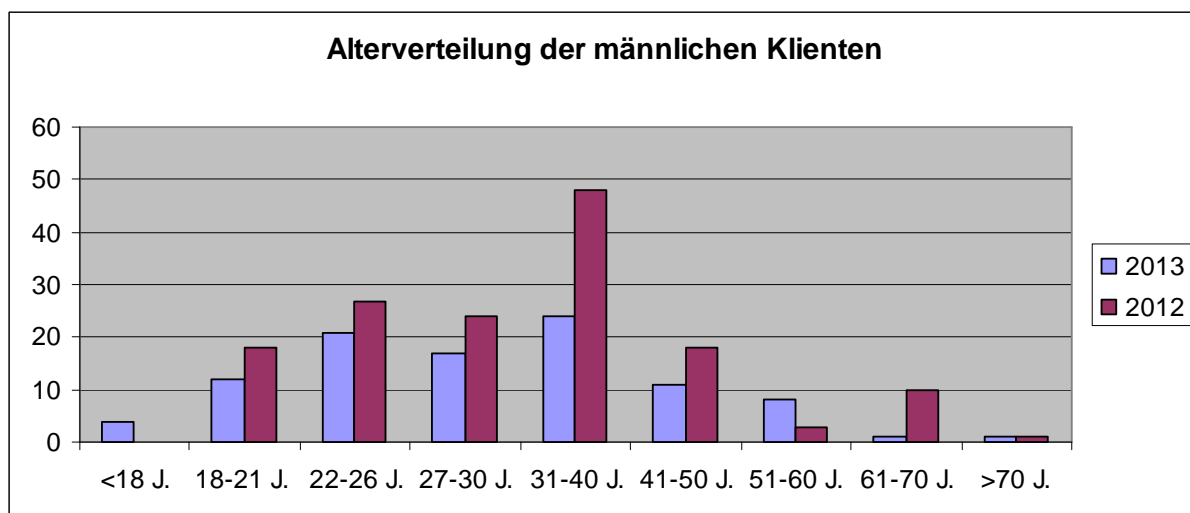


Nahezu jeder weibliche Klient war ausländischer Herkunft. Hier zeigte sich 2013 eine starke Zunahme des Anteils der Frauen aus Ungarn von 25% auf 43% und einer Abnahme der bulgarischen Klientinnen von 35% auf 23%. Die übrigen Herkunftsländer blieben nahezu unverändert.



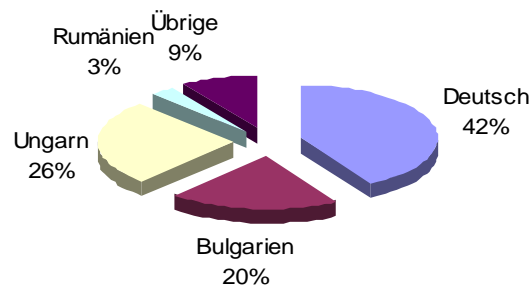
Männliche Klienten

Im Jahr 2013 suchten 95 Männer (davon 22 aus der Gruppe der MSM) und vier Transsexuelle 247-mal die STD- Beratungsstelle auf. Daraus ergab sich eine im Vergleich zum Vorjahr gleichbleibende Kontaktfrequenz von zwei bis drei Besuchen pro Klient im Jahr 2013. Alle Transsexuellen waren nach ihren eigenen Angaben in der Prostitution tätig.



Mehr als 70% der männlichen Klienten waren jünger als 40 Jahre und 12% unter 21 Jahre. Die Anzahl der 31- bis 40-Jährigen hat sich im Vergleich zum Vorjahr halbiert, wobei jedoch berücksichtigt werden muss, dass sich die Gesamtzahl der Klienten um etwa ein Drittel vermindert hat im Vergleich zum Vorjahr.

Herkunft der männlichen Klienten



Da es sich bei den männlichen Klienten in der Mehrzahl um die Begleiter der Sexarbeiterinnen handelte, kam es auch hier zu einer Verschiebung der Nationalitäten mit einer deutlichen Zunahme der Ungarn auf 26% (2012: 8%) und einer Abnahme der bulgarischen Männer auf 20% (2012: 36%). Darüber hinaus sank der Anteil der deutschen Männer auf 42% 2013. (2012: 48%).

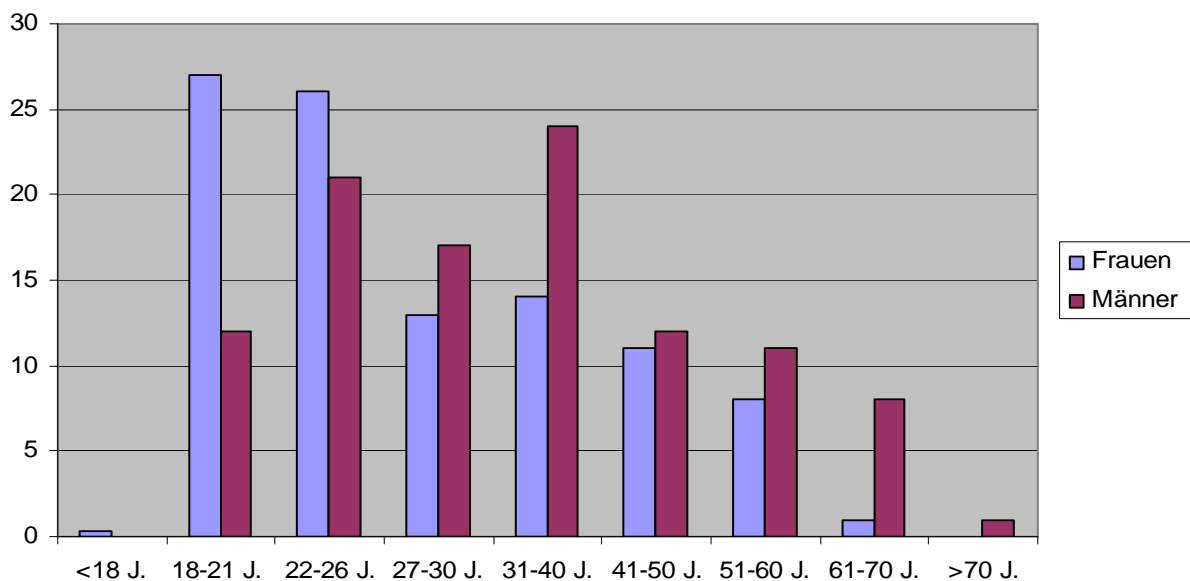
Weibliche und männliche Klienten im Vergleich:

Auf Grund der großen Unterschiede in der Gesamtzahl bei den weiblichen und männlichen Klienten wurde in dem Diagramm eine prozentuale Darstellung gewählt.

Während die Zahl der Frauen konstant blieb, nahm die Zahl der Männer um fast ein Drittel ab. Bezüglich der Herkunft ergab sich sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen eine starke Zunahme derer, die als Herkunftsland Ungarn angaben. Nach wie vor ist der Anteil der deutschen Männer hoch, während nahezu alle Frauen ausländischer Herkunft waren.

Betrachtet man die Altersverteilung, fällt auf, dass drei von vier Klienten weiblich und darüber hinaus jung waren.

Vergleich männlicher und weiblicher Klienten (prozentual gemessen an ihrer Gesamtzahl)



Bewertung:

Prävention

- Das moderierte Forum **gesundheitsforum.bremerhaven.de** wird nach wie vor kontinuierlich gut angenommen, da hier anonym Fragen gestellt werden können, die man(n) wahrscheinlich normalerweise nicht stellen würde. In diesem Zusammenhang war es wichtig, regelmäßig die Internetseite der Beratungsstelle zu aktualisieren.
- Anlässlich des **Welt-AIDS-Tages** wurde gemeinsam mit KonfirmandInnen ein Gottesdienst in der Dionysiuskirche in Lehe gestaltet. Nach einer Schulung rund um das Thema HIV/AIDS erarbeiteten die Jugendlichen verschiedene Bausteine unter dem Motto „Positiv zusammen leben“.
- Im Rahmen der **Gesundheitswoche** wurden neben dem bewährten offenen Angebot der Beratungsstelle auch Präventionsveranstaltungen zu HIV/AIDS und sexuell übertragbaren Erkrankungen mit dem Titel „Abenteuer ohne Reue“ für SchülerInnen der Sekundarstufe I angeboten.
- Durch den Generationswechsel innerhalb der Lehrerschaft der Bremerhavener Schulen wird es in Zukunft notwendig sein, neue Zugangswege zu finden, um sie auf das Angebot aufmerksam zu machen und zu erreichen. Der Aspekt inwieweit neue Medien genutzt werden können, wird voraussichtlich von einer Studentin in ihrer Masterarbeit Thema sein, die hier ihr Praktikum absolviert hat.

Untersuchung und Beratung

- Der Trend aus 2012 bezüglich der Zunahme des Anteils ungarischer KlientInnen hat sich 2013 weiter fortgesetzt. Auf Grund dessen war die ungarische Dolmetscherin in der Donnerstagsprechstunde mehr als hilfreich.
- Der Rückgang der männlichen Klienten war dadurch bedingt, dass der bulgarische Anteil der Frauen abgenommen hat, die oftmals „Begleiter“ mitbrachten. Die jungen ungarischen Frauen kommen meist allein nach Deutschland, während ihre Partner in Ungarn sind.
- Erfreulich war die Zunahme des Anteils der Männer, die (auch) Sex mit Männern haben. Hier war die Teilnahme bei den **IWWIT-Testwochen*** der AIDS-Hilfe möglicherweise hilfreich.
- Durch die bestehende Pflicht zur Impfung gegen Hepatitis B in Ungarn besaßen viele Frauen einen ausreichenden Schutz oder benötigten lediglich eine Auffrischung.
- Die Diagnose **Schwangerschaft** stellte eine besondere Herausforderung und Schwierigkeit innerhalb der Beratung dar. 2013 verdoppelte sich die Zahl der Schwangerschaften von 44 auf 88, wobei die Hälfte der Frauen einen Abbruch wünschte. Die Begleitung zu einer Entscheidungsfindung war von großem Wert, da die Betroffenen mit einer Vielzahl von Problemen belastet waren (Vergewaltigung durch den Zuhälter, Wunsch nach „normalem“ Leben, Unkenntnis zu Verhütung, Armut, Ausbeutung, Prostitution als einzig möglicher Gelderwerb). Mangelnde Sprachkenntnisse und Druck, rasche Entscheidungen treffen zu müssen, fehlende Unterstützung durch die Partner erschwerten die Situation zusätzlich und führten letztendlich bei einer Frau dazu, dass sie ihr Kind zur Adoption frei gegeben hat.
- Entschlossen sich die Frauen für ein Kind, erfolgte die Betreuung der Schwangerschaft im Rahmen der Humanitären Sprechstunde.

*Ich - weiß - was - ich - tue -Testwochen

- Nahezu jede zehnte Prostituierte wünschte weitergehende **psychosoziale Beratung**. Im Rahmen der Bedarfsermittlung wurde deutlich, welche Ressourcen die Frauen mitbrachten. Während dieser intensiven, personal- und zeitaufwändigen Betreuung zeigte sich, dass die Probleme sehr vielfältig waren und praktisch jeden Lebensbereich betrafen, wie dies den MitarbeiterInnen bereits aus der Humanitären Sprechstunde bekannt war. Beratungsbedarf bestand u. a. bei Umgang mit Behörden, Finanzen/ Schulden, Konflikt- und Krisensituationen, Sucht, Kontakten zu weiterführenden Beratungsstellen, Steuerangelegenheiten/Gewerbe, rechtlichen Fragen, beruflicher Orientierung, Arztbesuchen/Krankenhausaufenthalten und Krankenversicherungsschutz.

Fazit:

- Die Arbeitsbelastung der MitarbeiterInnen der AIDS-/STD- Beratungsstelle ist unverändert hoch. Aus diesem Grund wurde einerseits eine Begleitung des Teams durch Supervision notwendig, andererseits wurde ein Antrag auf eine zusätzliche 0,5 Arztstelle im Bereich der Abteilung AIDS/STD gestellt. Nur durch eine Vielzahl von Mehrarbeit konnte den Anforderungen entsprochen werden. Darüber hinaus blieb wenig Zeit für Fortbildungen.
- Die MitarbeiterInnen konnten auf ein von ihnen geschaffenes Netzwerk von empathischen und kompetenten Dolmetscherinnen zurückgreifen, sodass über Diagnostik und Therapie adäquat aufgeklärt werden konnte. Nicht hoch genug zu bewerten ist ebenfalls die Vertrauensbildung, die Grundvoraussetzung dafür ist, dass die KlientInnen dieses freiwillige Angebot auch weiterhin nutzen werden.
- Das Jahr 2013 stand unter dem Eindruck der Verschärfung der Arbeitsbedingungen für Frauen in der Prostitution. Diese Tendenz, die sowohl bundesweit wie auch in Bremerhaven zu beobachten war, führte schließlich zu dem Magistratsbeschluss, der das Verbot der Straßenprostitution außerhalb der Lessingstraße vorsieht. Die öffentlich geführten Diskussionen erforderten neben der Präsenz bei Veranstaltungen viel Zeit für das Verfassen von Stellungnahmen etc.
- Der ebenfalls gefasste Beschluss, eine Beratungsstelle für Prostituierte einzurichten, ist aus unserer Sicht zu begrüßen, da der Bedarf nach psychosozialer Beratung seitens der Prostituierten nicht von den MitarbeiterInnen der AIDS/STD-Beratungsstelle in dem erforderlichen Umfang leistbar ist.
- Grundsätzlich ist festzustellen, dass es viele fließende Übergänge zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Prostitutionstätigkeit gibt. Aus unserer Sicht ist ein Sichtbarmachen von Zwangsprostitution nur möglich, wenn ebenfalls ein Beratungsangebot analog zu dem von BBMeZ* Bremen in Bremerhaven installiert wird.
- Zur Vermeidung einer Ausbreitung von sexuell übertragbaren Erkrankungen im Sinne des Infektionsschutzgesetzes ist der niedrigschwellige Zugang zu einem freiwilligen Angebot ein seit über einem Jahrzehnt bewährtes Mittel.

Fortbildungen:

- Treffen der STD- Beratungsstellen Norddeutschlands (AG Nord)
- Qualitätszirkel HIV, Bremen

*Beratungsstelle für Betroffene von Menschenhandel und Zwangsprostitution

Öffentlichkeitsarbeit:

- Präsentation der AIDS/STD- Beratung in verschiedenen Ausschüssen und Veranstaltungen, u. a. Vortrag „Frauenhandel und Rotlichtmilieu in Bremerhaven“ zur Sonderausstellung „Der gelbe Schein“, Deutsches Auswandererhaus
- Runder Tisch „Frauenhandel und Zwangsprostitution“ in Bremerhaven unter Federführung des Gesundheitsamtes
- Teilnahme am runden Tisch „Menschenhandel“ Bremen
- Teilnahme „Netzwerk Schwangere“
- Mitarbeit am runden Tisch „Zugang zur Gesundheitsversorgung für EU-BürgerInnen“, Bremen
- Teilnahme am runden Tisch „Zuwanderung von neuen EU-Bürgern nach Bremerhaven“
- Beteiligung am runden Tisch „Straßenstrich Van Heukelum Straße“
- Mitglied im Netzwerk Migration

ANLAGEN

ANLAGE ZU UNTERSUCHUNGEN

	2013	2012	2011	2010	2009
Medizinische Untersuchungen	1.102	1.247	1.112	1.144	1.127
Diagnostische Leistungen:					
• Abstriche, Kulturen, Testungen	3.184	3.005	2.703	2.603	3.106
• Kolposkopien	32	30	22	14	32
Diagnosen:					
• Gonorrhoe	20	25	21	17	4
• Lues, akut	4	6	3	1	1
• Lues anamnestisch/serologisch	16	14	12	24	26
• Vaginosen (Gardnerella)	101	116	85	96	58
• Candida	25	24	24	39	31
• Fremdkörper	9	7	6	3	8
• Trichomonaden	36	15	14	22	27
• Andere Vaginosen/ Urethriden	41	35	20	23	34
• Parasiten	3	4	1	3	1
• Chlamydien	48	43	36	41	37
• Herpes gen.	9	5	3	4	27
• Hepatitis B/C	4/0	1/0	3/1	1	
• HPV	14	13	5	9	
• HIV	0	0	0	1	0
• Schwangerschaften	88	44	28	31	15
• Pyelonephritis	2	0	2	0	0
• Andere Diagnosen *(ab 2013 u. a. genitale Verletzungen)	7	12	3*	42	20
Alle Diagnosen	42 7	364	257	340	289

ANLAGE ZU IMPFUNGEN

	2013	2012	2011	2010	2009
Impfungen:	58	66	111	116	143
• Hepatitis A/B	38	38	76	65	77
• Saisonale Grippe/ Neue Influenza	20	28	35	51	22/44

*Nach Einführung der „Humanitären Sprechstunde“ wurden die medizinischen Diagnosen jenseits der STD gesondert in einem Tätigkeitsbericht geführt.

ANLAGEN ZU BERATUNGEN UND KONTAKTE

LEISTUNG:

Beratung, Betreuung, Vermittlung, Information, Präventionsmaßnahmen STD

Klientenkontakte gesamt (ohne Schüler):	2013	2012	2011	2010	2009
	5.662	4.861	5.009	5.041	4.546
<i>1. davon Kontakte in der Beratungsstelle</i>	<i>3.003</i>	<i>2.538</i>	<i>2.521</i>	<i>2.218</i>	<i>2.111</i>
a. Frauen	2.198	1.852	1.885	1.525	1.428
b. Männer	781	666	617	693	675
c. Transsexuelle	24	20	19	40	8
<i>2. davon Kontakte bei aufsuchender Arbeit</i>	<i>2.656</i>	<i>2.323</i>	<i>2.488</i>	<i>2.823</i>	<i>2.435</i>
a. Frauen	2.326	1.939	2.146	2.163	1.854
b. Männer	324	379	327	660	571
c. Transsexuelle	6	5	15	12	10
<i>Kontakte in der Beratungsstelle mit</i>					
1. Prostituierten (Bar, Fenster)	617	614	650	519	519
2. weiblichen Apartmentprostituierten	177	230	201	187	185
3. männlichen Apartmentprostituierten	1	1	5	7	0
4. transsexuellen (Apartment-)Prostituierten	24	14	19	36	10
5. Straßenstrich/ Drogenprostituierten	136	75	49	45	52
6. Freiern	62	71	47	94	69
7. Zuhältern/ Lebenspartner	136	224	225	141	130
8. Homosexuellen/ MSM	88	69	65	79	64
9. allgemeiner Öffentlichkeit/ davon MigrantInnen	443/71	479/115	527/150	548/49	562
10. anderen Zielgruppen (Institutionen, ÄrztInnen)	848	761	733	557	520

Beratungsinhalte (Mehrfachnennungen)	2013	2012	2011	2010	2009
- STD einschl. Impfen und HIV	2.053	2.014	2.020	2.020	1.812
- Verhütung und Sexualhygiene	935	793	676	681	619
- Spezielle soziale und medizinische Probleme der Prostitution	876	728	634	460	421
- Partnerschaftsprobleme/ besondere Sexualpraktiken	853	750	366	941	979
- Vermittlung von weiterführenden sozialen und medizinischen Hilfen	596	573	201**	369	344

ANLAGE ZU INFO-VERANSTALTUNGEN

LEISTUNG:

Information, Präventionsmaßnahmen in Schulen und anderen Institutionen (STD)

Klientenkontakte gesamt:	2013	2012	2011	2010	2009
	897	1.441	1.171	1.682	1.587
- Frauen/Mädchen	565	871	568	661	917
- Männer/Jungen	332	570	603	1.021	670
<i>davon Kontakte mit SchülerInnen</i>	<i>502</i>	<i>1.255</i>	<i>978</i>	<i>1.397</i>	<i>1.546</i>
- Zahl der Unterrichtseinheiten	7	9	10	14	8
- Sexrallye	2	3	3	6	5
- Jugendpräventionstag					570
- Workshops zum Welt-Aids-Tag	15		146		
- dreitägiges offenes Angebot zur Gesundheitswoche	150	800	180		
- Workshop zur Nacht der Jugend			60	249	-
<i>davon Kontakte mit anderen Zielgruppen</i>	<i>80</i>	<i>186</i>	<i>285</i>	<i>290</i>	<i>350</i>
- Zahl der Präventionsveranstaltungen	2	7	3	2	2
- Lehrerworkshop		1	1		

Jahresbericht 2013

Sozialmedizinischer Dienst für chronisch Kranke und Behinderte

Amtsärztliche und Sozialmedizinische Aufgaben für Erwachsene

**Ärztliche Begutachtungen und Beratungen
nach dem PflegeVG / SGB XII**

**Nichtärztliche Begutachtungen und Beratungen
nach dem PflegeVG / SGB XII**

Sozialpädagogische Beratungen

Sozialmedizinischer Dienst für chronisch Kranke und Behinderte (SMD)

Produktnummer: Produkt	03.53.1.02. Amtsärztliche und Sozialmedizinische Aufgaben für Erwachsene
Leistungsnummer: Leistung:	09 Sonstige amtsärztliche/sozialmedizinische Begutachtungen und Beratungen: Ärztliche Begutachtungen nach dem PflegeVG / SGB XII
Leistungsnummer: Leistung:	11 Sozialpädagogische Begutachtungen und Beratungen: Nichtärztliche Begutachtungen nach dem PflegeVG / SGB XII. Sozialpädagogische Beratungen.
Kurzbeschreibung:	Begutachtungen und Beratungen von Betroffenen und Angehörigen. Fragestellungen überwiegend auf Anforderungen des Sozialamtes und des Ordnungsamtes, des Amtes für Schwerbehinderte und anderer Institutionen wie z. B. polizeiliche Meldungen, Meldungen aus der Bevölkerung, Meldungen vom Amtsgericht, Meldungen vom Betreuungsverein, Meldungen aus Kliniken (Überleitungsstellen), Meldungen von Krankenkassen.
Eingesetzte Ressourcen:	1 Ärztin (0,5 Stelle), 2,5 Sozial-Pädagogen
Verantwortliche Stelle:	Abteilungsleiterin Amtsärztlicher Dienst
Auftragsgrundlage:	SGB XII, SGB XI, PflegeVG, ÖGDG – Bremen und andere rechtliche Grundlagen, z.B. für Blinde
Zielgruppe:	Erwachsene Behinderte, chronisch multiple Kranke, Tumorpatienten, demente Patienten, chronisch kranke Senioren, so wie deren Angehörige
Ziele:	Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung für hilfe- und pflegebedürftige Mitbürger und deren Angehörigen. Erstellung von zeitnahen Gutachten für Antragsteller und zweckdienlichen Beratungen zur Optimierung der Hilfeleistungen. Verbesserung der Zusammenarbeit aller Beteiligten (Sozialamt, Krankenhäuser (Sozialstation, Überleitungsstelle), Ärzte, ambulante Pflegedienste, Ausländerbehörde, Alten- und Pflegeheime, Selbsthilfegruppen usw.) und durch Beratungen und Vermittlung von Hilfeleistungen.

Leistungsdaten:

Leistungen 09						
Sonstige amtsärztliche/sozialpädagogische Begutachtungen und Beratungen						
Was soll gezählt werden?	Quartal	2013	2012	2011	2010	2009
Zahl der Begutachtungen nach dem PflegeVG / SGB XII	I	240	235	145	263	110
	II	237	177	217	242	124
	III	219	215	211	194	276
	IV	299	186	218	227	375
	Summe	995	813	791	926	885
Anmerkungen: Für den Bereich 53/24 wurden im Berichtsjahr 995 Begutachtungen durchgeführt, davon 425 ärztliche und 570 sozialpädagogische.						
<p>In 105 Fällen war wegen einer multiprofessionellen Fragestellung eine gemeinsame Begutachtung durch einen Arzt und eine Sozialpädagogin und in 7 Aufträgen durch zwei Ärzte notwendig.</p> <p>Die Zahl der Anfragen bezüglich Mitbürger unter 60 Jahren betrug 204 (davon 137 männlich, 67 weiblich), die der über 60 Jahre alten Personen betrug 536 (davon 301 männlich, 235 weiblich).</p> <p><u>Womit kann die Qualität gemessen und wahrgenommen werden?</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Das Team konnte seine Tätigkeiten multiprofessionell und abteilungsübergreifend darstellen. Für Antragsteller und Angehörige erfolgten Betreuung und Beratung zeitnah. Die Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten der Krankenhäuser wurde dahingehend verbessert, dass Krankenhausentlassungen am Wochenende von unversorgten Patienten deutlich reduziert wurden.2. Im Team wurden Fort- und Weiterbildungen im Rahmen der personellen und finanziellen Ressourcen umgesetzt.3. <u>Angestrebte Qualitätsziele:</u> Zufriedenheit von Klienten und deren Angehörigen, sowie der Öffentlichkeit. Dies wird durch Vermeidung von Wartezeiten, erfolgreichen Eingliederungshilfen, durch möglichst zeitnahe Bearbeitung der Anfragen und umfangreiche Beratungen erreicht.						

Bewertung und Ausblick:

Die Zusammenarbeit zwischen dem Fachdienst und den beteiligten Institutionen lief zufriedenstellend ab. Die Anzahl der Widersprüche verringerte sich im Vergleich zum Vorjahr. Dies ist ein Zeichen für die Qualität der Zusammenarbeit von Klient und den Mitarbeitern unseres Dienstes.

Der Handlungsauftrag für das Gesundheitsamt erfolgt auf der Grundlage des SGB XII. Das SGB XII enthält eine Reihe von Leistungsverpflichtungen der Kommunen als Sozialhilfeträger, die in besonderer Weise die Belange älterer und hilfebedürftiger Menschen zum Gegenstand haben:

- Insbesondere Leistung der Hilfe zur Pflege in ihrer quantitativen und qualitativen Funktion in Ergänzung zur Pflegeversicherung bzw. bei fehlender Pflegeversicherung.
- Sozialhilfeträger haben auch dann Pflegeleistung zu übernehmen, wenn die Pflegeversicherung noch nicht eintrittspflichtig ist, d. h. im Rahmen der Pflegestufe O.

Die Sozialhilfeträger sind verpflichtet auch Bedarfe anzuerkennen, die die Pflegeversicherung nicht anerkennen muss (z. B. Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes), damit die Klienten möglichst weiter in ihrer Häuslichkeit leben können. Ebenso ist die Kostenübernahme bei Pflegestufe 0 möglich, wenn ein Verbleib in der Häuslichkeit nicht möglich ist.

Durch Eingliederung sollen Behinderte in die Lage versetzt werden, ihr Leben möglichst selbständig – also unabhängig von Hilfe zu gestalten.

Auch umgehende Versorgung und Hilfen für Bürger, die durch polizeiliche Meldungen von Missständen oder Gesundheitsgefährdung an den Fachdienst weitergeleitet werden, fallen in das Aufgabengebiet des sozialmedizinischen Dienstes.

Aufgaben:

Zielgruppe sind insbesondere ältere Personen und chronisch Erkrankte:

Die Betreuung der Älteren durch Angehörige kann häufig aus beruflichen, familiären oder anderen Gründen dieser Personen gar nicht oder unzureichend durchgeführt werden.

Inhaltliches Kernstück bleibt die Unterstützung für Menschen, die Hilfe benötigen. Dies bedarf eine Planung und Umsetzung, die sich an der realen Lebenssituation orientiert, Abstimmung und Vernetzung mit allen zuständigen Institutionen und Professionen sind dazu Voraussetzung. Dazu zählen:

- Wohnheim, Betreutes Wohnen, Kurzzeitpflege u. a. zur Entlastung der Pflegepersonen oder nach Entlassung aus dem Krankenhaus, wenn die Möglichkeit der adäquaten häuslichen Versorgung nicht gegeben ist.
- Hilfen bei Wohnungswechsel / behindertengerechten Umbaumaßnahmen, Umzug ins Betreute Wohnen oder andere Wohnformen.
- Hilfsmittelbeschaffung / Rehabilitationsmaßnahmen (ambulant und stationär)
- Mehrbedarfe (Krankenkostzulagen bei konsumierenden Erkrankungen oder speziellen teuren Diätformen).
- Hilfsmittelversorgung zum Erhalt der Selbständigkeit oder zur Erleichterung der Pflege

Einige Aspekte zu den Veränderungen der Rahmenbedingungen:

Wie in den Vorjahren wurde die Arztstelle zeitweise wegen personeller Engpässe im amtsärztlichen Dienst von 19,5 auf 30 Stunden pro Woche erhöht.

Der demographische Aspekt innerhalb des Fachgebietes ist, wie bereits in den Vorjahren beschrieben, unverändert zu verzeichnen.

Bei den verschiedenen Anträgen für den Bereich 53.24 sind die über 60-jährigen zahlenmäßig an erster Stelle (gesamt 536). Die Anzahl Begutachtungen und Beratungen haben im Vergleich zu dem Vorjahr zugenommen.

Die Beratungen des Fachdienstes nehmen weiterhin mehr weibliche Mitbürger in Anspruch (weiblich 398, männlich 342).

Angehörige und Bezugspersonen informieren sich häufiger im Auftrag von betroffenen Antragstellern, die nicht mehr selber in der Lage dazu sind. Diese Beratungen finden sowohl im Amt als auch in der Häuslichkeit statt, je nach Fragestellung.

Bei den ergänzenden Hilfen zur Pflege, beim hauswirtschaftlichen Bedarf und der Pflegeeinstufung sind die Frauen häufiger vertreten als die gleichaltrigen Männer. An dieser Stelle ist besonders auf die komplexere und somit schwierigere soziale Situation der Frauen hinzuweisen. Die Singlehaushalte nehmen weiterhin auch im Alter bei beiden Geschlechtern zu.

Die Gender - Aspekte fokussieren sich u. a. auf die soziale Situation der Geschlechter und auf die unterschiedliche Lebenserwartung. Erwähnt werden sollte an dieser Stelle, dass die Männer mittlerweile in der Lebenserwartung nachziehen.

Von Verwahrlosung und Vereinsamung (Kombination) sind mehr Männer als Frauen betroffen.

Die Vereinsamung von Seniorinnen hat zugenommen. Im Bereich der Todesermittlungen sind vereinsamte Frauen mittlerweile sogar häufiger vertreten als Männer.

Patenschaften, ehrenamtliche Kümmerer und professionelle Hilfeanbieter könnten hier ein Ansatz zur besseren Versorgung darstellen.

Der Fachdienst versucht daher Kontakte zu verschiedenen ehrenamtlichen und professionellen Hilfeanbietern zu vermitteln, genauso wie die Anregung einer gesetzlichen Betreuung wenn erforderlich. Letzteres war vermehrt notwendig, um die Betroffenen vor Unterversorgung zu bewahren, wenn keine Familienangehörigen für die Aufgabe geeignet sind.

Polizeimeldungen bezüglich gesundheitlich gefährdender Lebenssituation von Mitbürgern werden nicht getrennt behandelt, sondern unter der Rubrik >SGB Sonstiges registriert. Häufig gab es auch Überschneidungen mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst.

Jahresbericht 2013

Abteilung Personenbezogener Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz

Gesundheitsschutz und Gesundheitsaufsicht

Personenbezogener Infektionsschutz

Objektbezogener Infektionsschutz

Umweltbezogener Gesundheitsschutz

In der Abteilung „Personenbezogener Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz“ arbeiten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus verschiedenen Berufsgruppen. Sie verfolgen gemeinsam das Ziel, den Gesundheitsschutz der Bevölkerung mit den Mitteln und Möglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes umfassend zu gewährleisten. Dabei wird eine enge kollegiale Zusammenarbeit mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens und anderen Behörden, Institutionen, Ämtern und weiteren Kooperationspartnern gepflegt. Bürgerfreundlichkeit, Kompetenz und Qualität sowie Wirtschaftlichkeit sind wesentliche Prinzipien der Arbeit.

Wie und mit welchen Ergebnissen diese Bemühungen in die Praxis umgesetzt werden, soll im Folgenden dargestellt werden.

Das Sachgebiet „Personenbezogener Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz“ des Gesundheitsamtes umfasst die Aufgabenbereiche:

Aufgabengebiete	Gesetzliche Grundlagen
Infektionshygiene	§ 22 ÖGDG, IfSG
Hygiene in Krankenhäusern u. anderen Einrichtungen der medizinischen, pflegerischen u. rehabilitativen Versorgung, Gemeinschaftseinrichtungen	§ 25 ÖGDG, IfSG, Khs.-Hygiene-Verordnung bzw. HygInfVO vom März 2012
Orts- und Wohnungshygiene	§ 20 ÖGDG, IfSG
Trink- und Badewasserhygiene	§ 20 ÖGDG, IfSG, TVO
Lufthygiene/ Innenraumlufthygiene	§ 20 ÖGDG
Boden-, Abfall-, Abwasserhygiene, Strahlung, Lärm, Erschütterungen	§§ 25 u. 29 ÖGDG
Bauleitplanung, Baugenehmigungsverfahren, Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP) im Rahmen der Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP)	§ 20 ÖGDG
Umweltmedizinische Beratung	§§ 20, 21 ÖGDG

Es handelt sich dabei überwiegend um Ermittlungs-, Überwachungs-, Beratungs- und Begutachtungsaufgaben.

Zur Bewältigung dieses umfangreichen Aufgabenspektrums steht dem Sachgebiet folgendes Fachpersonal zur Verfügung:

Fachpersonal der Abteilung 53/3 des Gesundheitsamtes	Stellen
Arzt (Öffentliches Gesundheitswesen und Umweltmedizin) anteilig	ca. 0,3 Stelle
Ärztin für Lungenheilkunde (Honorarkraft) für die Tbc-Beratungsstelle	0,3 Stelle
Gesundheitsingenieur (Diplombiologe), im Rahmen der Elternzeit vorübergehende Stundenreduzierung auf 0,75 Stelle	1,0 Stelle
Gesundheitsaufseher/Hygieneinspektor	0,8 Stelle
2 Sachbearbeiterinnen (Arzthelferinnen), TBC-Beratungsstelle und Meldewesen gemäß IfSG	1,5 Stelle
Verwaltungskraft anteilig	0,25 Stelle

Personenbezogener Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz

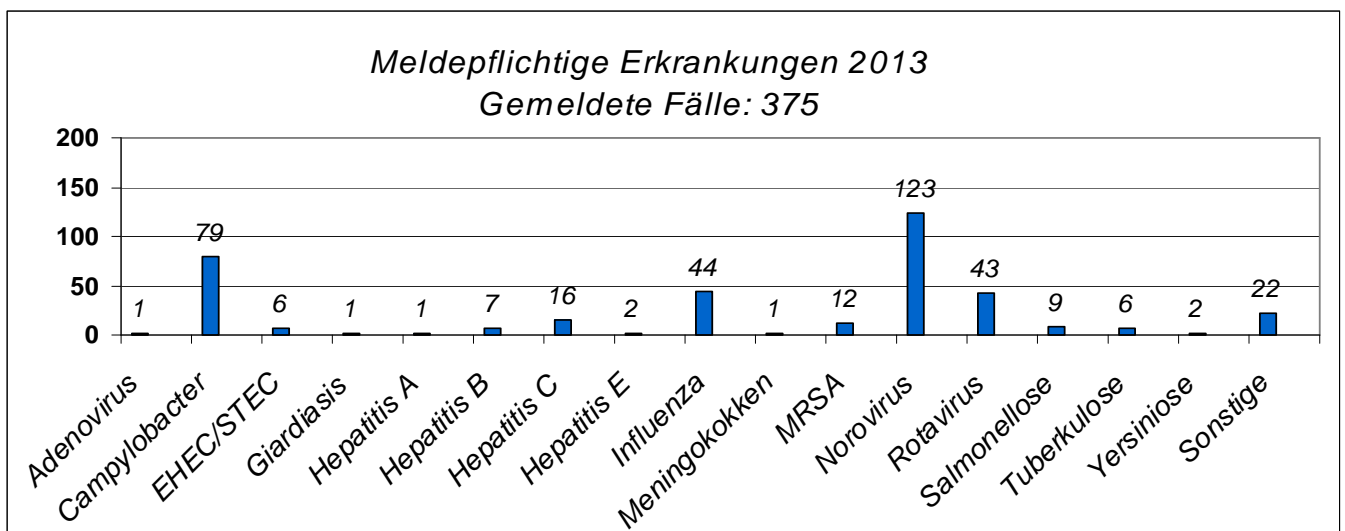
Produktnummer:	03.53.1.03.
Produkt:	Gesundheitsschutz und Gesundheitsaufsicht
Leistungsnummer:	01
Leistung:	Personenbezogener Infektionsschutz Erfassung meldepflichtiger Erkrankungen (ohne STD) durch die gesetzlich vorgeschriebene Meldung der Labore und Ärzte, Orts- und Wohnungshygiene
Kurzbeschreibung:	<p>Erfassung und Bearbeitung meldepflichtiger Erkrankungen, Weiterleitung der anonymisierten Daten an das Landeskompetenzzentrum am Gesundheitsamt Bremen.</p> <p>Aufklärung, Beratung und ggf. Untersuchung von betroffenen Personen und von Kontaktpersonen. Im Einzelfall Empfehlung eines Tätigkeitsverbotes (Umsetzung über das Bürger und Ordnungsamt).</p> <p>Anlassbezogene Begehung von Wohnungen, Gebäuden und Besichtigung des Wohnumfeldes aufgrund von telefonischen Anfragen, direkten Vorsprachen im Amt zu hygienischen Wohnungsproblemen oder auch Meldungen anderer Behörden. Behördliche Anordnung von Entseuchungen und Entwesungen nach Begehung, Einbeziehung anderer Abteilungen des Gesundheitsamtes und anderer Behörden.</p>
Eingesetzte Ressourcen:	Arzt, Gesundheitsaufseher, vertretungsweise Gesundheitsingenieur, Sachbearbeiterinnen, Verwaltungskraft anteilig.
Verantwortliche Stelle:	53/3
Auftragsgrundlage:	§ 22 ÖGDG, §§ 6, 7, 11, 18, 43 IfSG,
Zielgruppe:	An meldepflichtigen Erkrankungen Erkrankte und evtl. Kontaktpersonen, Bürger in problematischen Wohnverhältnissen.
Ziele:	Vollständige Erfassung der nach dem IfSG meldepflichtigen Erkrankungen und Weiterleitung an das Landeskompetenzzentrum im Gesundheitsamt Bremen. Verhinderung der Übertragung infektiöser Erkrankungen in sensiblen Tätigkeiten und Einrichtungen.

	Quartal	2013	2012	2011	2010	2009
Leistung 01						
Personenbezogener Infektionsschutz						
	I	149	131	266	156	322
	II	102	50	143	61	62
	III	64	118	67	55	102
	IV	54	73	58	51	512
	Summe	369	372	534	323	988
Zahl der gemeldeten TBC-Erkrankungen, pro Quartal	I	01	--	--	02	03
	II	01	01	03	01	02
	III	02	--	03	02	05
	IV	02	02	02	00	--
	Summe	06	03	08	05	10
Fälle von Wohnungshygiene, pro Quartal	I	07	11	19	14	16
	II	12	12	25	17	28
	III	12	16	23	17	20
	IV	07	13	09	14	06
	Summe	38	52	76	62	70
<u>Womit kann die Qualität gemessen werden?</u>						
Klientenzufriedenheit, Zufriedenheit der Kontaktpersonen und der Öffentlichkeit, Wartezeiten, geringe Anzahl von Krankheitshäufungen, hygienisch akzeptable Wohnungen						

Die Zahl der nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtigen Infektionserkrankungen setzt sich für das Jahr 2013 wie folgt zusammen:

Leistung 01	Anzahl der Fälle				
	2013	2012	2011	2010	2009
Auszug aus den meldepflichtigen Erkrankungen	2013	2012	2011	2010	2009
Norovirus	123	237	208	180	296
Salmonellose	09	23	23	25	21
Campylobacter	79	45	62	53	52
Rotavirus	43	12	79	25	29
Yersiniose	02	02	06	03	05
E.-coli-Enteritis	02	01	--	--	--
EHEC/STEC	06	--	24	--	--
Adenovirus	01	04	--	01	--
Influenza / "Neue Influenza"	44	--	71	06	555
Tuberkulose	06	03	08	05	10
Hepatitis A	01	02	02	02	01
Hepatitis B	07	09	08	01	06
Hepatitis C	16	17	24	20	17
Hepatitis E	02	--	--	01	--
Kryptosporidiose	--	--	--	03	04
Listeriose	--	--	01	01	01
Meningokokken	01	--	--	--	01
Masern	--	--	--	--	--
Denguefieber	--	01	--	01	--
Giardiasis	01	--	--	01	--
Sonstige	32	16	18		
Gesamtzahl der gemeldeten Erkrankungen (gemäß IfSG) einschließlich Tuberkulose	375	372	534	328	998

Meldepflichtige Erkrankungen 2013 - geschlechtsspezifische Verteilung -			
Meldekategorie	Anzahl	weiblich	männlich
Adenovirus	01	01	--
Campylobacter	79	33	46
Denguefieber	--	--	--
EHEC/STEC	06	02	04
Giardiasis	01	01	--
Hepatitis A	01	01	--
Hepatitis B	07	--	07
Hepatitis C	16	06	10
Hepatitis E	02	--	02
Influenza	44	30	14
Kryptosporidiose	--	--	--
Listeriose	--	--	--
Masern	--	--	--
Meningokokken	01	--	01
MRSA	12	03	09
Norovirus	123	62	61
Rotavirus	43	19	24
Salmonellose	09	03	06
Shigellose	--	--	--
Tuberkulose	06	03	03
Yersiniose	02	02	--
Sonstige	22	12	10
Gesamtzahl	375	178	197



Auszug aus den meldepflichtigen Erkrankungen	Fallzahl Bremerhaven			Fallzahl bundesweit		
	2013	2012	2011	2013	2012	2011
Norovirus	123	237	208	89.305	113.302	116.254
Salmonellose	09	23	23	18.981	20.853	24.520
Campylobacter	79	45	62	63.651	62.888	71.313
Rotavirus	43	12	79	48.303	39.296	54.450
Yersiniose	02	02	06	2.590	2.705	3.397
E.-coli-Enteritis	02	01	--	7.843	7.065	8.296
EHEC/STEC	06	--	24	1.619	1.532	4.907
Adenovirus	01	04	--	1.985	2.147	674
Influenza	44	--	71	70.217	11.516	43.769
Tuberkulose	06	03	08	4.328	4.241	4.321
Hepatitis A	01	02	02	779	831	832
Hepatitis B	07	09	08	687	682	812
Hepatitis C	16	17	24	5.166	4.998	5.060
Kryptosporidiose	--	--	--	1.565	1.385	942
Meningokokken	01	--	--	345	354	369
Masern	--	--	--	1.847	186	1.608

Bewertung Personenbezogener Infektionsschutz:

Meldepflichtige Erkrankungen

Die Anzahl aller gemäß §§ 6 und 7 Infektionsschutzgesetz (IfSG) dem Gesundheitsamt Bremerhaven durch Ärzte und Laboratorien gemeldeten Infektionskrankheiten, die die RKI-Fallddefinition erfüllen und über das Landeskompetenzzentrum Bremen an das Robert-Koch-Institut (RKI) weitergeleitet werden müssen, liegt im Jahr 2013 auf einem, zum Vorjahr vergleichbaren Niveau (2013: 375, 2012: 372, 2011: 534, 2010: 328, 2009: 998 Fälle).

- Infektiöse Darmerkrankungen

Bei den infektiösen Darmerkrankungen war die Zahl der Noroviruserkrankungen im Vergleich zum Vorjahr rückläufig (2013: 123, 2012: 237 Fälle), was dem bundesweiten Trend entspricht. Das Maximum der vorwiegend in der nasskalten Jahreszeit gehäuft auftretenden Infektion lag auf Bundesebene in der 51. Meldewoche, was sich – in Anbetracht der geringen Fallzahlen – regional in Bremerhaven aber nicht abbilden lässt.

Bei den in der Regel Durchfall und Abdominalbeschwerden verursachenden Salmonellen war die Anzahl der Erkrankungen im Vergleich zum Vorjahr rückläufig (2013: 9, 2012: 23 Fälle), analog zu der bundesweiten Beobachtung (2012/2013: minus 9%).

Die vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern für Durchfälle verantwortlichen Rotaviren waren im Jahr 2013 entgegen der Entwicklung auf Bundesebene (2012/2013 minus 28%) in Bremerhaven vermehrt nachzuweisen (2013: 43; 2012: 12, 2011: 79; 2010: 25; 2009: 29 Fälle).

- Hepatitis C

In der Gruppe der infektiösen Hepatitisserkrankungen ist in Bremerhaven die Fallzahl bei den erstdiagnostizierten Hepatitis C - Erkrankungen im letzten Jahr nahezu gleich geblieben (2013: 16, 2012: 17, 2011: 24, 2010: 20, 2009: 17 Fälle) bei leichter Zunahme der Fallzahl auf Bundesebene (2013: 5.166, 2012: 4.998, 2011: 5.060, 2010: 5.276, 2009: 5.485 Fälle).

- Tuberkulose:

Die Zahl der Tuberkuloseerkrankungen ist 2013 mit 6 Fällen (3 männliche, 3 weibliche an offener Tuberkulose Erkrankte) zwar angestiegen aber weiterhin relativ niedrig (2012: 3, 2011: 8, 2010: 5, 2009: 11, 2008: 10 Fälle). Der im Land Bremen seit 2008 zu beobachtende leicht steigende Trend an TBC-Neuerkrankungen (2008: 45, 2009: 58, 2010: 36, 2011: 56, 2012: 51 Neuerkrankungen) bildet sich somit in Bremerhaven nicht ab.

Zur Diagnostik der latenten tuberkulösen Infektion steht neben dem Tuberkulinhauttest seit einigen Jahren der QUANTIFERON® -TB Gold In-Tube Test (Quantiferon -Test) zur Verfügung, ein labordiagnostischer Bluttest zum Erregernachweis und zur Speziesdifferenzierung. Eine Unterscheidung einer (in den meisten Fällen) latenten von einer aktiven Tuberkulose ist mit dem Quantiferon -Test aber nicht möglich. Bei jedem Verdacht auf eine aktive Tuberkulose muss deshalb der Nachweis einer aktiven Tuberkulose mittels weiterführender bildgebender, mikrobiologischer und molekularbiologischer Diagnostik angestrebt werden.

Indikationen für den Test sind:

- Nachweis einer Infektion mit Mycobacterium tuberculosis
- Umgebungsuntersuchungen von Patienten mit aktiver Tuberkulose
- Ausschluss einer latenten Infektion mit Mycobacterium tuberculosis z. B. vor eingreifenden immunsuppressiven Behandlungen

Tuberkulosedagnostik	Anzahl der Untersuchungen				
	2013	2012	2011	2010	2009
Mendel-Mantoux-Test	75	22	87	100	71
Quantiferon-Test	34	06	12	08	14
Röntgen-Thorax (für die TBC-Beratungsstelle)	195	261	277	296	247
Röntgen-Thorax sonstige Anlässe: (Sonstige = Schulärztl. + Betriebsärztl. Dienst)	66	42	76	85	74

Tuberkulosedagnostik	Anzahl der Untersuchungen 2013				
	2013	1.Quartal	2.Quartal	3.Quartal	4.Quartal
Mendel-Mantoux-Test	75	15	04	14	42
Quantiferon-Test	34	--	03	22	09
Sputum/Magensaft/ Trachealsekret	22	07	06	02	07
Röntgen-Thorax (TBC-Beratungsstelle)	195	41	44	43	67
Röntgen-Thorax sonstige Anlässe	66	10	19	16	21
Anzahl der Untersuchungen	392	73	76	97	146

Eine Inanspruchnahme von Landesmitteln für die stationäre Behandlung infektiöser Tuberkulosekranker bei fehlendem Kostenträger bzw. längerer Krankenhausverweildauer wegen anhaltender Infektiosität und fehlender häuslicher Isolierungsmöglichkeit war im Jahr 2013 nicht erforderlich.

- Surveillance nosokomialer Infektionen (§ 23 Abs. 1 IfSG)

Für das gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen (zwei oder mehr gleichartige Erkrankungen), bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, besteht seit dem Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes im Jahr 2001 eine unverzügliche Meldepflicht an das Gesundheitsamt gemäß § 6 Abs. 3 IfSG bzw. § 23 Abs.1 IfSG. Diese Verpflichtung soll die Einrichtungen in die Lage versetzen, eigene Schwächen im Hygienemanagement zu erkennen und gegebenenfalls die notwendigen Hygienemaßnahmen, einschließlich der Schulung des Personals, zu verstärken oder zu etablieren bzw. der Verbreitung der betreffenden Erreger möglichst schnell Einhalt zu gebieten.

Meldungen nosokomialer Infektionen 2013 (§ 23 Abs. 1 IfSG)			
Erreger	Einrichtung	Beginn, Kalenderwoche (KW)	Zahl Betroffener/Erkrankter, weiblich/männlich
Clostridium diff.	Klinik	08. KW	03 (3/0)
Norovirus	Pflegeheim	08. KW	14 (9/6)
Norovirus	Familie	11. KW	02 (2/0)
Norovirus	Familie	13. KW	01* ¹ (0/1)
Norovirus	Klinik	13. KW	33 (25/8)
Scharlach	Schule	13. KW	02 (2/0)
Norovirus	Klinik	21. KW	07 (5/2)
MRSA	Klinik	22. KW	03 (0/3)
Norovirus	Pflegeheim	22. KW	02* ² (2/0)

*¹ Meldung einer Häufung aus dem Landkreis Hameln mit einem Erkrankten aus Bremerhaven

*² Meldung einer Häufung aus dem Kreis Cuxhaven mit zwei Beteiligten aus Bremerhaven

In den genannten Fällen wurde das Gesundheitsamt frühzeitig eingebunden und über die jeweiligen Handlungsabläufe informiert.

- Skabies (Krätze)

Auch im Jahr 2013 wurden dem Gesundheitsamt gehäuft Krätzeerkrankungen unter anderem auch aus Gemeinschaftseinrichtungen gemeldet, die ein rasches und konsequentes Handeln erforderlich machten. In enger Kooperation mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Hause, der Kinderklinik, der Hautklinik und den jeweiligen Haut- und Fachärzten ist es durch eine umfangreiche Informations- und Aufklärungsarbeit, ein konsequentes Hygienemanagement und wiederholte Kontroll- und Behandlungsmaßnahmen gelungen, bei den Krankheitsverdächtigen und Erkrankten die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen einzuleiten und somit eine unkontrollierte Weiterverbreitung der Infektionskrankheit zu verhindern. Unter zusätzlicher Berücksichtigung des Pflegepersonals und der Angehörigen gab es zahlreiche potentielle Kontaktpersonen, die in die Betrachtung des Ausbruchsgeschehens eingebunden werden mussten.

- Berufliche Tätigkeitsverbote (§§ 31 und 42 IfSG)

Im Jahr 2013 mussten von Seiten des Gesundheitsamtes keine Tätigkeitsverbote bei im Lebensmittelgewerbe tätigen Beschäftigten aufgrund des Nachweises meldepflichtiger Erkrankungen ausgesprochen werden (2012: 0, 2011: 5, 2010: 0, 2009: 2, 2008: 3, Tätigkeitsverbote). Das Problem konnte in der Regel schon im Vorfeld mit der „Krankschreibung“ durch den behandelnden Haus- oder Facharzt und durch Hygieneberatung über das Gesundheitsamt (durch Gesundheitsaufseher/Hygieneinspektor) gelöst werden.

- Belehrungen (§ 43 IfSG)

Belehrung von im Lebensmittelgewerbe tätigen Personen							
	2013			2012	2011	2010	2009
	männlich	weiblich	Summe				
Belehrungen gemäß § 43 IfSG	496	616	1.112	1.180	1.018	981	959
Abschriften: Belehrungen gemäß § 43 IfSG	125	154	279	246	243	183	166
Abschriften: Belehrungen gemäß § 18 BSeuchG	32	60	92	130	106	148	123

Die Zahl der im Jahr 2013 vom Gesundheitsamt Bremerhaven durchgeführten Belehrungen von im Lebensmittelgewerbe tätigen Personen gemäß §43 IfSG bewegt sich mit 1.112 Belehrungen (2012: 1.180, 2011: 1.018, 2010: 981, 2009: 959 Belehrungen) weiterhin auf einem zum Vorjahr vergleichbaren hohen Niveau. Diese Belehrungen erfolgten in der Regel in Gruppen durch Mitarbeiterinnen der Abteilung 53/22 und 53/31.

Zusätzlich wurden 279 Zeugnisabschriften von Belehrungen nach § 43 IfSG ((2012: 246, 2011: 243, 2010: 183, 2009: 166 Zeugnisabschriften) und 92 Zeugnisabschriften von früheren Untersuchungen nach § 18 BSeuchG (2012: 130, 2011: 106, 2010: 148, 2009: 123, 2008: 218 Zeugnisabschriften) gefertigt.

- Orts- und Wohnungshygiene

In der Orts- und Wohnungshygiene war die Fallzahl im Jahr 2013 mit 38 Kontrollen von Wohnungen wegen angezeigter unhygienischer Verhältnisse im Vergleich zu den Vorjahren (2012: 52, 2011: 76, 2010: 62, 2009: 70 Fälle) weiterhin rückläufig. Die Mehrzahl der Beschwerden wurde durch den Sozialpsychiatrischen Dienst (15 Fälle), über Einsatzberichte der Ortpolizeibehörde (12 Fälle) oder durch Nachbarn und Vermieter (Sonstige: 11 Fälle) an uns herangetragen. Darüber hinaus gab es eine größere Anzahl telefonischer Beratungen zu dieser Fragestellung.

Im Vordergrund der Beschwerden standen Geruchsbelästigungen, das Auftreten von Schädlingen/Lästlingen sowie hygienische Probleme bei hilflosen/überforderten oder auch kranken Personen. Durch intensive Beratung und Hilfsangebote über den Sozialpsychiatrischen Dienst wurde versucht, die Gefährdung der Betroffenen zu minimieren.

Die Anordnung einer „Zwangsentseuchung“ der vermüllten bzw. hygienisch zu beanstandenden Wohnung über das Bürger- und Ordnungsamt war im Jahr 2013 nicht erforderlich, da andere Lösungsangebote aufgezeigt werden konnten (2013: 0/38, 2012: 4/52, 2011: 4/76, 2010: 4/62, 2009: 14/70 Fällen).

Anfragen zu Feuchtigkeit und Schimmelpilzbefall im Innenraum waren ein häufiges Beratungsthema des Gesundheitsaufsehers, auch wenn die Fallzahlen im Vergleich zu den Vorjahren erneut leicht abgenommen haben. Den Hilfesuchenden wurde im Rahmen des Beratungsgespräches ein Informationsblatt über das Vorgehen bei Schimmelpilzbefall übergeben bzw. bei Telefonkontakten nachgehend übersandt.

Bei baufachlichen Fragestellungen zu möglichen Ursachen von Durchfeuchtungen wurde an Fachleute vor Ort verwiesen. Zusätzlich wurde auf das Angebot der kostenlosen öffentlichen Rechtsberatung für alle im Land Bremen wohnenden Ratsuchenden hingewiesen, deren Einkommen bestimmte Grenzen nicht übersteigt (jeweils mittwochs im Alten Leher Rathaus, Brookstr. 1).

Personenbezogener Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz

Produktnummer:	03.53.1.03.
Produkt:	Gesundheitsschutz und Gesundheitsaufsicht
Leistungsnummer:	02
Leistung:	Objektbezogener Infektionsschutz Hygienische Überwachung von medizinischen Einrichtungen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen in der Stadt Bremerhaven
Kurzbeschreibung:	Routinemäßige und/oder anlassbezogene Begehung u. a. von Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen, Beauty-, Tattoo- und Piercingstudios
Eingesetzte Ressourcen:	Arzt, Gesundheitsaufseher, Gesundheitsingenieur, Verwaltungskraft
Verantwortliche Stelle:	53/3
Auftragsgrundlage:	§ 25 ÖGDG, §§ 36 IfSG, Krankenhaushygieneverordnung
Zielgruppe:	Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, Übergangwohnheime, Behinderteneinrichtungen, Arztpraxen, ambulantes Operieren, Tattoo- und Piercingstudios, Kosmetikstudios
Ziele:	adäquate hygienische Verhältnisse

Leistungsdaten:

Leistung 02						
Objektbezogener Infektionsschutz						
<i>Was soll gezählt werden?</i>	Quartal	2013	2012	2011	2010	2009
Zahl der gesundheitlich-hygienisch überwachten Anlagen und Einrichtungen, pro Quartal	I	12	06	23	18	08
	II	18	31	15	17	32
	III	18	15	20	18	28
	IV	24	39	24	30	29
	Summe	72	91	82	83	97
Zahl der Stellungnahmen, pro Quartal	I	03	05	05	05	01
	II	02	01	04	06	04
	III	--	02	09	08	03
	IV	03	12	04	05	09
	Summe	08	20	22	24	17
<u><i>Womit kann die Qualität gemessen werden?</i></u>						
Zufriedenheit der Auftraggeber und Klienten, Wartezeit, Antragslaufzeit.						

Bewertung Objektbezogener Infektionsschutz:

Nach Inkrafttreten der „Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen“ (HygInfVO) im Land Bremen am 5. April 2012 und Initiierung eines Landesaktionsprogramms „Hygiene“ zur Reduzierung vermeidbarer, hygienerelevanter, infektiöser Risiken in den stationären und ambulanten Einrichtungen des Landes Bremen erfolgten im Jahr 2013 die ersten beiden von 3 geplanten Hygieneprobeaudits im „Klinikum Links der Weser“ und im „Zentralkrankenhaus Reinkenheide“, die von den Gesundheitsämtern Bremen und Bremerhaven sowie der senatorischen Dienststelle gemeinsam durchgeführt wurden, um erste Erfahrungen in der Anwendung dieses neuen Bewertungsinstrumentes sammeln zu können. Im Vordergrund steht dabei das Ziel, ein effizientes Auditsystem aufzubauen, dass unter anderem durch mindestens alle 2 Jahre stattfindende Begehungen aller Krankenhäuser im Land Bremen das Qualitätsniveau hinsichtlich der Krankenhaushygiene anhebt bzw. kontinuierlich verbessert. Es ist zu betonen, dass sich das systemische, infektionshygienische Audit in Art, Umfang, und geforderter Qualität erheblich unterscheidet von den bisherigen routinemäßigen Begehungen der Krankenhäuser im Lande Bremen.

Neben den beiden Probeaudits wurde im Jahr 2013 durch das Gesundheitsamt die Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie im St. Joseph-Hospital und die Rettungswache der Feuerwehr begangen.

Gravierende hygienische Defizite konnten bei diesen Begehungen /Probeaudits nicht festgestellt werden.

Desweiteren erfolgten mehrfache anlassbezogene Gespräche und Begehungen im Zusammenhang mit der Neonatologie und dem Sectio-OP im KBR bei anstehenden Baumaßnahmen.

Die Begehung der Bremerhavener Alten- und Pflegeheime durch das Gesundheitsamt war im Jahr 2013 aufgrund krankheitsbedingter personeller Engpässe nur anlassbezogen (Norovirusinfektionen, Krätzeerkrankungen/Skabies, MRSA) möglich. Die nächste routinemäßige Begehung der Alten- und Pflegeheime wird im Jahr 2014 erfolgen, was unter den gegebenen Umständen akzeptabel ist.

Auch im Jahr 2013 führten wir ärztliche Fortbildungsveranstaltungen für Pflegekräfte im ambulanten und heimstationären Einrichtungen zum Thema MRSA, Norovirusinfektionen, und Skabies/Krätze durch, an denen insgesamt 176 TeilnehmerInnen teilnahmen.

Am 2. März 2013 fand in Bremerhaven die „1. Lange Nacht der Hautkunst“ statt, bei der insgesamt 17 Tätowierer aus dem norddeutschen Raum Ihre Tattoo-Kunst in 6 Kneipen und 2 Tattoo-Studios in der Alten Bürger präsentierten und anboten. Am 27. Juli 2013 wurde in der Stadthalle die „Tattoo Convention Bremerhaven“, eine Tattoo- und Piercingmesse veranstaltet.

Den Veranstaltern wurden vorab die entsprechenden hygienischen Empfehlungen übergeben und in nachfolgenden Gesprächen ergänzend erläutert. Am Veranstaltungstag erfolgte dann die Begehung der Veranstaltungsorte bei laufendem Betrieb. Alle Anbieter verwendeten geeignete Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe und Einmalnadeln. Bei der „Langen Nacht der Hautkunst“ war die Abgrenzung der Arbeitsflächen vom laufenden Kneipenbetrieb zwar akzeptabel, wird aus infektionshygienischer Sicht zukünftig aber großzügiger zu planen sein, um eine klare Trennung der Bereiche sicherzustellen. Desweiteren erscheint es sinnvoll, die Einhaltung der infektionshygienischen Regeln zukünftig zu einer Auflage in dem Genehmigungsbescheid zu machen.

Personenbezogener Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz

Produktnummer:	03.53.1.03.
Produkt:	Gesundheitsschutz und Gesundheitsaufsicht
Leistungsnummer:	03
Leistung:	Umweltbezogener Gesundheitsschutz Verhinderung bzw. Beseitigung gesundheitsgefährdender Umwelteinflüsse. Vermittlung von Kenntnissen und Verhaltensweisen zur Nutzung förderlicher und Vermeidung schädlicher Umwelteinflüsse
Kurzbeschreibung:	Stellungnahmen zu Bauplanungs- und Genehmigungsverfahren bei medizinischen Einrichtungen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen und im Rahmen der Bauleitplanung (GVP). Überwachung der öffentlichen und privaten Trinkwasserversorgung. Überwachung der Badewasser- und Badegewässerqualität. Beratung von Bürgern und Institutionen zu umwelthygienischen Fragen
Eingesetzte Ressourcen:	Arzt, Gesundheitsaufseher, Gesundheitsingenieur, Verwaltungskraft
Verantwortliche Stelle:	53/3
Auftragsgrundlage:	§§ 20, 25, 26, 29 ÖGDG, IfSG, Trinkwasserverordnung, EU-Richtlinie
Zielgruppe:	Krankenhäuser, Alten- u. Pflegeheime, Behinderteneinrichtungen, Arztpraxen, ambulantes Operieren, Zentraler Wasserversorger, Hausinstallationen, Schwimmbäder, Badegewässer, Bürger, Institutionen wie Schulen, Kindertagesstätten, Gemeinschaftseinrichtungen.
Ziele:	Berücksichtigung der bauhygienischen Empfehlungen. Sicherstellung der bakteriologischen und chemischen Wasserqualität von Trink- und Badewasser.

Leistungsdaten:

Leistung 03						
Umweltbezogener Gesundheitsschutz						
<i>Was soll gezählt werden?</i>	Quartal	2013	2012	2011	2010	2009
Zahl der überwachten Einrichtungen, pro Quartal	I	75	479	67	51	51
	II	158	721	65	48	44
	III	96	484	71	61	62
	IV	146	129	281	66	193
	Summe	475	1.813	484	226	350
davon Trinkwassererwärmungsanlagen		34	1.470			
Zahl der Stellungnahmen, pro Quartal	I	22	16	14	15	06
	II	23	12	14	15	14
	III	14	11	05	17	23
	IV	12	16	13	11	13
	Summe	71	55	46	58	56
Zahl der Beratungen/Begutachtungen zu umweltmedizinischen Fragestellungen, pro Quartal	I	176	164	148	152	236
	II	176	182	184	268	349
	III	278	313	248	232	220
	IV	196	175	205	146	150
	Summe	826	834	785	798	955
Mit EHEC-Meldungen				1745		
<u>Womit kann die Qualität gemessen werden?</u>						
Zufriedenheit der Auftraggeber und Klienten, Wartezeit, Antragslaufzeit.						

Bewertung Gesundheitsschutz und Gesundheitsaufsicht:

Auf Grundlage des § 37 Infektionsschutzgesetz, der Trinkwasserverordnung und des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen überwacht das Gesundheitsamt regelmäßig die mikrobiologische und physikalisch-chemische Qualität des Trinkwassers.

Das Wasserversorgungsunternehmen übermittelt hierzu regelmäßig die selbst ermittelten und die durch ein unabhängiges, zertifiziertes Trinkwasserlabor erhobenen Untersuchungsergebnisse dem Gesundheitsamt. Grenzwertüberschreitungen müssen in elektronischer Form sofort zur Meldung gebracht werden, um gemeinsam die weitere Vorgehensweise abzustimmen und ggfs. Nutzungseinschränkungen anzuordnen.

Die umfangreichen Beprobungen des Trinkwasserleitungsnetzes zeigen auch weiterhin, dass die Qualität des Bremerhavener Leitungswassers generell gut und auch für die Zubereitung von Säuglingsnahrung geeignet ist. Zeitweilig auftretende geringfügige Abweichungen von den gesetzlichen Vorgaben haben keinerlei Einfluss auf die menschliche Gesundheit. Eine zusätzliche Aufbereitung des Trinkwassers im Haushalt z. B. mittels KleinfILTER ist nicht erforderlich und kann unter bestimmten Umständen durch eine Verkeimung des KleinfILTERS mit gesundheitlichen Risiken verbunden sein.

Bei der jährlich auf Einladung der unteren Wasserbehörde Bremerhaven und unter Beteiligung der Gesundheitsämter (Brhv. und CUX) und der unteren Wasserbehörde des Landkreises Cuxhaven stattfindenden Begehung der Wasserwerke in Leherheide, Langen, Wulsdorf und Bexhövede waren von Seiten des Gesundheitsamtes auch im Jahr 2013 im Bremerhavener Trinkwassernetz keine hygienischen Defizite festzustellen.

Bei den regelmäßigen Beprobungen des Trinkwassernetzes in Bremerhaven kam es im Jahr 2013 zu 2 Überschreitungen bei den chemischen Parameter (2x im Rohrnetz Eisenwert vorübergehend erhöht) und 1 Überschreitung der mikrobiologischen Parameter (leicht erhöhte coliforme Bakterien). In allen Fällen wurde das Gesundheitsamt zeitnah über die Abweichung informiert und entsprechende Nachproben durch den Betreiber gezogen, die alle unauffällig waren. Eine gesundheitliche Gefährdung der Bevölkerung hat zu keinem Zeitpunkt bestanden.

Vollzug der Ersten Änderung der Trinkwasserverordnung (TrinkwV) , die am 3. Mai 2011 verkündet wurde und am 1. November 2011 in Kraft trat (Legionellenuntersuchungen)

Wie bereits im letzten Jahresbericht erwähnt, hat eine Änderung der Trinkwasserverordnung (BGBl. Teil I, Nr. 21 vom 11.Mai 2011) zu Neuregelungen u.a. in Bezug auf Legionellenuntersuchungen in Trinkwassererwärmungsanlagen geführt. Danach müssen auch gewerbliche Betreiber und Vermieter ihre Trinkwasseranlagen auf Legionellen untersuchen lassen. Bereits die alte Fassung der Trinkwasserverordnung von 2001 forderte, dass öffentlich genutzte Gebäude auf Legionellen untersucht werden müssen. Dies galt für alle Gebäude, in denen Wasser für die Öffentlichkeit abgegeben wird, also beispielsweise Schulen, Kindergärten oder Krankenhäuser.

Betroffen von der Neuregelung sind Unternehmer oder sonstige Inhaber einer Trinkwasserinstallation,

- die eine Großanlage zur Trinkwassererwärmung betreiben und
- die Trinkwasser im Rahmen einer gewerblichen oder öffentlichen Tätigkeit abgeben und
- die Duschen oder ähnliche Vorrichtungen vorhalten, in denen es zu einer Vernebelung des Trinkwassers kommt.

Nicht unter diese Definition fallen generell Eigenheime, Ein- und Zweifamilienhäuser.

Die neuen Pflichten aus der 2011 geänderten TrinkwV umfassen im Wesentlichen:

- Anzeigepflichten des Bestandes an das Gesundheitsamt (§ 13 TrinkwV 2001)
- Jährliche Untersuchungspflicht der Anlage an repräsentativen Probenahmestellen auf Legionellen (§ 16 TrinkwV 2001)
- Pflichten bei Überschreitung des technischen Maßnahmenwerte (Untersuchungen zur Ursachenaufklärung, ggfs. Gefährdungsanalyse, Gesundheitsamt unverzüglich informieren) (§ 16 TrinkwV 2001)
- Informationspflichten gegenüber dem Mieter
- Dokumentationspflichten des Betreibers (Pläne etc.)

Vermieter haben dem Gesundheitsamt unverzüglich anzuzeigen, falls der technische Maßnahmenwert von 100 Legionellen in 100 ml Trinkwasser erreicht oder überschritten wird (TrinkwV §16 Abs.1). Wird dieser Wert erreicht oder überschritten, ist dies ein Hinweis auf vermeidbare technische Mängel in der Trinkwasserinstallation. Dieser Wert ist keinesfalls als Grenzwert zu verstehen. Im Falle der Überschreitung des technische Maßnahmenwertes von 100 KBE/100 ml (KBE= koloniebildende Einheiten) sind weitergehende Untersuchungen nötig.

Das Trinkwasser darf in diesen Fällen bis zur Entscheidung des Gesundheitsamtes weiter abgegeben werden. Ab Legionellenkonzentrationen über 10.000 KBE/100ml ist eine direkte Gefahrenabwehr erforderlich (Desinfektion und Nutzungseinschränkung, z. B. Duschverbot). Die Abtötung von Legionellen im Trinkwasser kann durch eine thermische Desinfektion der Anlage erfolgen. Eine wirksame Abtötung der Legionellen erfolgt nur bei einer Erwärmung des Trinkwassers auf mindestens 70 °C.

Durch die im Dezember 2012 in Kraft getretene Novellierung der aktuellen Fassung der TrinkwV (BGBl. I S. 2562) wurde die Frist für die Erstbeprobung der Anlagen bis zum 31.12.2013 verlängert. Gleichzeitig wurde der regelmäßige Untersuchungsturnus von einem auf 3 Jahre verlängert.

Seit dem 14.12.2012 muss die Meldung an das zuständige Gesundheitsamt nur noch in den Fällen erfolgen, in denen eine Trinkwasserprobe mehr als 100 KBE Legionellen/ 100 ml Trinkwasser aufweist.

Erfassung/Untersuchungen der Großanlagen zur Trinkwassererwärmung im Jahr 2013				
Objektyp	gemeldete Objekte 2012	gemeldete Objekte 2013	untersucht 2013	Anzahl der Beprobungen auf Legionellen
Mehrfamilienhäuser	1292	27	47	196
Gewerbebetriebe	5	1	2	10
Kitas	16		--	--
Altenheime	1	3	2	11
Übrige Heime	8		--	--
Schwimmbäder	3	2	--	--
Sporthallen	36		--	--
Hotels/Pensionen	7		2	5
Krankenhäuser (Gebäude)	6		--	--
Sportvereine	17		--	--
Städtische Einrichtungen	15		--	--
Reihenhausanlagen	10		--	--
Betriebsgebäude	54	1	2	13
Summe	1470	34	55	235

Bei den bis Ende 2013 gemeldeten 1504 Großanlagen zur Trinkwassererwärmung erfolgten im Jahr 2013 insgesamt 235 Trinkwasserbeprobungen auf Legionellen. Dabei fanden sich 23 Überschreitungen des technische Maßnahmenwertes von 100 KBE/100 ml (KBE= koloniebildende Einheiten). Von den ermittelten Werten lagen 8 Messungen über 1.000 KBE/100ml Trinkwasser. Von diesen 8 Messungen lagen wiederum 4 Ergebnisse über 10.000 KBE/100ml Trinkwasser. Die erhöhten Werte fanden sich in der Regel dort, wo das Trinkwasser im Leitungsnetz stagnierte infolge fehlender Wasserabnahme durch Wohnungsleerstand bzw. unregelmäßige Nutzung. Neben einer Ursachenabklärung waren weitere Maßnahmen einzufordern, die sich an dem nachfolgenden Schema orientierten. Bei Werten über 1.000 KBE/100ml Trinkwasser wurden eine thermische Desinfektion und nachfolgende Trinkwasserkontrollbeprobungen an der ungünstigsten Stelle im System veranlasst. Bei den 4 Messergebnissen über 10.000 KBE/100ml Trinkwasser wurde vorübergehend das Duschen in den betroffenen Wohnungen eingeschränkt.

Die Zahl der zu beanstandenden Beprobungen lag im Jahr 2013 bei 9,8% (2012: 1,1%). Aus diesen Ergebnissen lässt sich kein Rückschluss auf die allgemeine Trinkwasserqualität ziehen, da es sich um risikoorientierte Probennahmen handelt.

Bewertungsschema der Legionellenbefunde				
Legionellen (KBE/100 ml)*	Bewertung	Maßnahme	weitergehende Untersuchung	Nachuntersuchung
> 10.000	Extrem hohe Kontamination	Direkte Gefahrenabwehr erforderlich (Desinfektion und Nutzungseinschränkung, z. B. Duschverbot) Sanierung erforderlich	unverzüglich	1 Woche nach Desinfektion bzw. Sanierung
> 1.000	Hohe Kontamination	Sanierungserfordernis ist abhängig vom Ergebnis der weitergehenden Untersuchung	umgehend	
> 100	Mittlere Kontamination	keine	innerhalb von 4 Wochen	
< 100	keine/geringe Kontamination	keine	keine	

*KBE = koloniebildende Einheit

Überwachung der Eigen- bzw. Einzelwasserversorgungsanlagen, jetzt Kleinanlagen (§§ 3, 14 TrinkwV)

Im Vorjahr hatten wir den Datenbestand der Eigen- bzw. Einzelwasserversorgungsanlagen (jetzt Kleinanlagen) durch Anschreiben an die uns bekannten Betreiber von „Gartenbrunnen/Trinkwasserbrunnen“ aktualisiert und dabei 64 Anlagen ermittelt, die das Grund- oder Brunnenwasser als Trinkwasser nutzen, unzureichende Angaben im Fragebogen gemacht oder aber nicht geantwortet haben. Diese 64 Kleinanlagen wurden von uns im Jahr 2013 aufgesucht. Die dabei ermittelten Kleinanlagen, die nach § 3 Trinkwasserverordnung (TrinkwV) überwachungspflichtig sind, wurden aufgefordert, die erforderlichen mikrobiologischen und chemischen Untersuchungen zu veranlassen und die Ergebnisse uns zu übermitteln. Der Rücklauf ist aktuell noch nicht vollständig, da in einigen Fällen bautechnische Veränderungen an der Trinkwassergewinnungsanlage vorgenommen werden müssen.

Änderung der TrinkwV 2001 zum 1. Dezember 2013: Inkrafttreten des neuen Grenzwertes für Blei in Höhe von 0,01mg/l

Seit Jahrzehnten ist bekannt, dass hohe Bleigehalte im Trinkwasser gesundheitsschädlich sind. Erhöhte Bleigehalte im Trinkwasser beeinträchtigen insbesondere bei Ungeborenen, Säuglingen und Kleinkindern die Blutbildung und die Entwicklung des kindlichen Nervensystems. Darum werden Trinkwasserrohre aus dem Werkstoff Blei in ganz Deutschland seit ca. 1973 nicht mehr verwendet. Im gesamten süddeutschen Raum ist die Verwendung von Blei schon seit über hundert Jahren verboten.

Um die Bevölkerung vor der gesundheitsschädlichen Aufnahme von Blei aus dem Trinkwasser zu schützen, wurde in der Trinkwasserverordnung der Bleigrenzwert in den letzten Jahren schrittweise herabgesetzt. Nach Inkrafttreten der neuen TrinkwV 2001 gilt in Deutschland seit dem 01.12.2013 nun der neue, weiter abgesenkte Grenzwert für Blei im Trinkwasser von 0,01 mg/l, der sich dauerhaft nur einhalten lässt, wenn das Trinkwasser in der Hausinstallation nicht mehr durch Bleileitungen fließt.

Seit dem 01.12.2013:

- darf der Blei-Grenzwert 0,01mg/l (Milligramm pro Liter) im Trinkwasser nicht überschritten werden.
- müssen Vermieter die betroffenen Verbraucher schriftlich oder durch Aushang informieren, wenn in der von ihnen betriebenen Trinkwasserinstallation noch Bleileitungen vorhanden sind, und zwar unabhängig von einer gemessenen Bleikonzentration.
- müssen bei Bekanntwerden von Bleigrenzwertüberschreitungen diese Überschreitungen grundsätzlich auch dem zuständigen Gesundheitsamt unverzüglich mitgeteilt werden.

Verantwortlich für die Umsetzung der Anforderungen nach der Trinkwasserverordnung ist der Unternehmer und sonstige Inhaber der Anlage, in der Regel also der Haus- und Wohnungseigentümer oder der Vermieter.

Besteht der Verdacht, dass z.B. aufgrund des Gebäudealters noch Bleirohre vorhanden sein könnten, muss die Installation geprüft werden. Sind noch alte Bleileitungen im Gebäude vorhanden ist der unverzügliche Austausch dringend geboten, denn der neue Blei-Grenzwert von 0,01mg/l kann zuverlässig nur dann eingehalten werden, wenn die Trinkwasserinstallation frei von Bleirohren ist.

Das Gesundheitsamt berät den Unternehmer oder sonstigen Inhaber der Trinkwasseranlage über mögliche Abhilfemaßnahmen und kann gem. § 9 (7) TrinkwV 2001 („Maßnahmen im Falle der Nichteinhaltung von Grenzwerten und Anforderungen“) Untersuchungen und Maßnahmen zur Verringerung oder Beseitigung gesundheitlicher Gefahren anordnen

Die öffentlichen Gebäude in Bremerhaven wurden im Jahr 2013 von Seestadt Immobilien in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt hinsichtlich noch vorhandener Bleileitungen bewertet und begangen. Dabei fanden sich in 16 Gebäuden noch Bleileitungen mit über dem aktuellen Grenzwert liegenden Messergebnissen.

Die Nutzer dieser Gebäude wurden persönlich über die Untersuchungsergebnisse informiert und ein Konzept zum Umgang mit den Bleileitungen gemeinsam mit dem Gesundheitsamt erarbeitet und allen Beteiligten vermittelt. Durch Sofortmaßnahmen (Sperrung der belasteten Leitungen, Identifizierung von unbelasteten Leitungsabschnitten und Zapfstellen) konnte allen Nutzern Trinkwasser zur Verfügung gestellt werden, das den neuen Blei - Grenzwert von 0,01mg/l einhält. Durch ein kurzfristig aufgelegtes Sanierungsprogramm konnten in bis auf 5 Liegenschaften, bei denen das Nutzungskonzept derzeit ungewiss ist, die Bleileitungen ausgetauscht werden.

Überwachung der Wasserversorgungsanlagen, aus denen Wasser für die Öffentlichkeit bereitgestellt wird (§ 18 TrinkwV)

Im Rahmen des im Jahr 2004 in Abstimmung mit der Landesbehörde aufgelegte Untersuchungsprogramms Hausinstallationen gemäß §18 TrinkwV, wird in Bremerhaven schwerpunktmäßig das Wasser in Schulen, Kindergärten und öffentlichen Gebäuden auf seine Trinkwasserqualität hin untersucht. Nach § 19 Abs. 7 der TrinkwV hat das Gesundheitsamt im Rahmen der Überwachung mindestens diejenigen Parameter der Anlage 2 Teil II der TrinkwV (= chemische Parameter) untersuchen zu lassen, von denen anzunehmen ist, dass sie sich in der Hausinstallation nachteilig verändern können.

Zur Durchführung richtet das Gesundheitsamt ein Überwachungsprogramm auf der Grundlage geeigneter stichprobenartiger Kontrollen ein. Die Festlegung der Untersuchungsparameter erfolgt in Abstimmung mit der senatorischen Dienststelle.

Im Jahr 2013 wurden im Rahmen dieses Untersuchungsprogramms in Hotels 15 Trinkwasserproben auf Schwermetalle untersucht. Hierbei konnten keine Beanstandungen festgestellt werden.

Überwachung der Trinkwasserinstallation auf Volksfesten, Messen und ähnlichen Veranstaltungen (§ 19 TrinkwV)

Die Qualitätsanforderungen an das Trinkwasser sind durch den Anlagenbetreiber bis zum Zapfhahn bzw. bis zur eigentlichen Entnahmestelle des Wassers für den menschlichen Gebrauch einzuhalten. Dieses gilt auch für Wasserversorgungsanlagen auf mobilen Lebensmittelverkaufseinrichtungen und bei gewerblich genutzten Fahrzeugen. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass durch den Gebrauch dieses Trinkwassers für die Verbraucher keine gesundheitlichen Gefährdungen zu besorgen sind.

Ab der Trinkwasserübergabestelle des Wasserversorgers (z. B. Hydrant) bis hin zur Entnahmestelle auf dem Verkaufswagen tragen Veranstalter und/oder Schausteller die Verantwortung für die Qualität des Trinkwassers. Ein Eintrag von Krankheitserregern in das Schlauchleitungssystem ist zu verhindern durch eine fachgerechte Erstellung und Inbetriebnahme der Anlage, die Verwendung zugelassener Schlauch- und Kupplungsmaterialien und durch die Sicherstellung eines ordnungsgemäßen Betriebes.

Im Jahr 2013 wurden von uns nicht angekündigte Sicht-Kontrollen der Trinkwasserersorgung der Verkaufsstände durchgeführt auf:

- der Fischparty Bremerhaven (27./28. April 2013)
- dem Bremerhavener Frühjahrsmarkt (26. April bis 5. Mai 2013)
- der 39. Bremerhavener Festwoche (24. bis 28. Juli 2013)
- dem Weihnachtsmarkt (25. Nov. – 22. Dez. 2013)

Bei der Kontrolle von insgesamt 84 Ständen fanden sich 23 technisch-hygienische Beanstandungen, die - nach Ansprache - noch vor Ort beseitigt wurden. Hierbei dominierten ungeschützt auf dem Erdboden liegende Schlauchkupplungen, die wegen der drohenden Verkeimungsgefahr nicht zur Trinkwasserversorgung eingesetzt werden dürfen (21 Fälle). Die Anzahl nicht trinkwassertauglicher Schläuche war im Vergleich zu den Vorjahren rückläufig (2 Fälle).



Bild 3: Ungeschützt auf dem Boden liegende Schlauchkupplung (drohender Keimeintritt).

Badewasser:

Bei unverändert bestehendem Badeverbot für das Weserbad wurde auch 2013 auf eine Beprobung des Weserwassers im üblichen Beprobungszeitraum von April bis September verzichtet.

Im Jahr 2013 fand eine technische Besichtigung/Begehung aller öffentlichen Bäder in Bremerhaven statt, die ohne Beanstandungen verlief.

Stellungnahmen in Bauplanungs- und Genehmigungsverfahren

Für eine Vielzahl von Gewerbe- und Industrieanlagen, die in besonderem Maße geeignet sind, schädliche Umwelteinwirkungen hervorzurufen oder in anderer Weise die Allgemeinheit gefährden, ist im Rahmen des Zulassungsverfahrens eine Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) vorgeschrieben. Ein wesentlicher Teil des Prüfverfahrens ist die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP), in dem die, durch die Bauverfahren, die Betriebsbedingungen und die betroffenen Altlasten verursachten gesundheitlichen Auswirkungen und Wechselwirkungen auf den Menschen untersucht, beschrieben und bewertet werden.

Geprüft wurde weiterhin, ob ausschließlich aus wirtschaftlichen Gründen bestimmte Verfahren angestrebt werden und ob mögliche gesundheitliche Wirkungen durch Alternativverfahren, die zu recherchieren sind, minimiert werden könnten.

Die Ergebnisse der Umweltverträglichkeitsprüfung sind bei den behördlichen Entscheidungen zu berücksichtigen.

- Kaianlage Nordenham - Blexen
- Deponie Grauer Wall
- Neubau IKEA
- Schließung Flughafen Luneort

- Hochwasserschutz Nordschleuse
- Cherbourger Str., „Hafentunnel“
- “Offshore-Terminal Bremerhaven“ (Hafenanlage mit Gewerbe- bzw. Industriegebiet)
- Bebauungsplan Luneplate
- Columbusstr./Borriesstr. (Regelung der zukünftig möglichen Nutzung)
- Nordschleuse Bremerhaven
- Windpark Weddewarden (Repowering)
- Anlagenrückbau/-abbau KKW Unterweser
- Luneplate (Gewerbegebiet)
- In den Nedderwiesen (Golfplatz)

Bewertung und Ausblick:

Zu den bereits 2011/2012 erfolgten gesetzlichen Änderungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) mit deutlicher Ausweitung der infektionshygienischen Überwachungsaufgaben in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen und der Trinkwasserverordnung (TrinkwV) mit der Überwachung von Großanlagen zur Trinkwassererwärmung sind im Jahr 2013 weitere gesetzliche Änderungen hinzugetreten (u. a. weitere Absenkung des Bleigrenzwertes im Trinkwasser, Ausweitung der Meldepflicht für Keuchhusten, Mumps, Windpocken und Röteln mit Wirkung zum 29.3.2013), die es zunehmend erschweren, den gewünschten Begutachtungsstandard mit den vorhandene Personalressourcen zu erreichen bzw. zu halten. Zusätzlich haben sich durch die erheblichen krankheitsbedingten Ausfälle des Gesundheitsaufsehers im Jahr 2013 wiederholte deutliche Engpasssituationen manifestiert. Der Umfang infektionshygienischer Begehungen und Begutachten musste eingeschränkt werden und wird voraussichtlich – ab dem Zeitpunkt des angekündigten Ausscheidens des teilzeitbeschäftigten Gesundheitsaufsehers im Frühjahr 2014 – zumindest vorübergehend noch weiter einzuschränken sein. Einen Teil des Meldewesens und der Belehrungen nach IfSG sowie Aufgaben in der Tuberkulosefürsorge wird man durch das altersbedingte Ausscheiden einer Arzthelferin mit Beginn des Jahres 2014 in der Abteilung vorübergehend umverteilen müssen. Zusätzliche Aufgaben mit hoher Dringlichkeit, wie die zukünftig notwendige umfangreichere Ermittlungsarbeit bei meldepflichtigen Erkrankungen durch Einführung einer neuen Meldesoftware und die Durchführung umfangreicher, in der Regel mehrtägiger systemischer infektionshygienischer Audits, die sich in Art, Umfang, und geforderter Qualität erheblich unterscheiden von den bisherigen routinemäßigen Begehungen der Krankenhäuser werden zu Lasten anderer Aufgaben vorrangig zu bearbeiten sein.

Auf die sich seit mehreren Jahren abzeichnenden personellen Problembereiche, wie unter anderem die Wahrnehmung von Aufgaben im Amtsärztlichen Dienst und die Teilnahme an der etablierten Rufbereitschaft des Gesundheitsamtes haben wir bereits in den vorangehenden Jahresberichten hingewiesen.

Letztlich wird sich die Situation zukünftig nur dann lösen lassen, wenn die Gesundheitsaufseherstelle und die Stelle der Arzthelferin zeitnah nach besetzt und eine zweite, sinnvoller weise infektionshygienisch höher qualifizierte Stelle schwerpunktmäßig für den Aufgabenbereich der hygienischen Überwachung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen geschaffen wird.

Jahresbericht 2013

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Sozialmedizinische Aufgaben für Kinder- und Jugendliche

Hilfen für kranke, behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche

Gesundheitsamt Bremerhaven
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Produktnummer:	03.53.1.04.
Produkt:	Sozialmedizinische Aufgaben für Kinder und Jugendliche.
Leistungsnummer:	05
Leistung:	Hilfen für kranke, behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche. Ärztliche Beratungen und Begutachtungen durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. Sozialarbeiterische Beratungen und Begutachtungen.
Kurzbeschreibung:	Gutachterliche Stellungnahmen u. a. für ambulante und stationäre Maßnahmen, i. d. R. auf Anforderung des Sozialamtes, des Amtes für Jugend, Familie und Frauen und anderer Ämter. Beratung und Begleitung der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien.
Eingesetzte Ressourcen:	ca. (!) 3,75 Stellen (0,75 Arzt, 2,5 SozialarbeiterInnen, 0,5 Verwaltungskraft) Die Erhöhung der Fallzahlen und die Komplexizität der Fälle haben dazu geführt, dass zur Erfüllung der Aufgaben, über die für den <u>Sozialmedizinischen Dienst für behinderte Kinder und Jugendliche</u> eigentlich nur zur Verfügung stehenden Stellen hinaus (s. o.), Stellenanteile (Verwaltungskraft, Ärztin) des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes eingesetzt werden mussten.
Verantwortliche Stelle:	53/4
Auftragsgrundlage:	§ 23 und § 14 (4) ÖGDG, Eingliederungshilfe nach dem SGB XII und Hilfen nach dem SGB VIII, Asylbewerberleistungsgesetz, u. a.
Zielgruppe:	Von Behinderung bedrohte und behinderte Kinder und Jugendliche und deren Angehörige.
Ziele:	Qualifizierte, effektive und zeitnahe Erstellung von Gutachten von Behinderung bedrohter und behinderter Kinder und Jugendlicher, gemäß den rechtlichen Voraussetzungen durch entsprechend qualifizierte Kinder- und Jugendärzte/-innen, Ärzte/-innen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes und SozialarbeiterInnen. Vermittlung von notwendigen ambulanten oder stationären Hilfen. Beratung der Kinder- und Jugendlichen und deren Angehörigen, weiter beteiligter Institutionen und Ämter, Vernetzung und Förderung von Integration.

Leistungsdaten:

Leistung 05

Hilfen für kranke, behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche

<i>Was soll gezählt werden?</i>	Quart.	2013	2012	2011	2010	2009
Ärztliche Beratungen und Begutachtungen Anzahl der Begutachtungen (Hausfrühförderung, Therapieplätze Kita, Hilfsmittel, u. a.)	I	230	194	253	190	176
	II	280	303	278	279	88
	III	256	214	152	184	123
	IV	152	125	108	164	99
	Summe	918	836	791	817	486

Womit kann die Qualität gemessen werden?

Zufriedenheit der Auftraggeber und Klienten, zeitnahe Gutachtenerstellung, Zielerreichung der beantragten Leistungen

Bewertung und Ausblick:

Die Aufträge des Sozialamtes und des Jugendamtes zur Begutachtung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen befinden sich weiterhin auf einem hohen Niveau und sind im letzten Jahr noch einmal angestiegen.

Da seit Mitte August 2013 eine ärztliche Vollzeitstelle im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (entsprechend fast 30 % der ärztlichen Arbeitskraft der Abteilung) nicht besetzt ist, bedeutet dies für die verbliebenen ärztlichen Kolleginnen eine ständige Arbeitsüberlastung.

Die weitere Entwicklung des Aufgabenfeldes wird wesentlich von der anstehenden Neuordnung der Frühförderlandschaft bestimmt sein, die auch im Jahr 2013 noch nicht erfolgte, nun aber wohl ab Anfang 2014 beginnen wird. Wie viele der bis jetzt im Gesundheitsamt durchgeführten Begutachtungen dann von der neu einzurichtenden Diagnostikstelle in Bremerhaven erfolgen werden, wird sich zeigen müssen.

Mit hoher Wahrscheinlichkeit werden die Arbeitsanteile im Bereich der Steuerung und der Organisation der Schnittstellen zunehmen. Außerdem werden die Beratung und Begleitung von Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf, deren Anteil in Bremerhaven mit mindestens mit 30 % anzusetzen ist, weiterhin Aufgaben des Gesundheitsamtes und damit der MitarbeiterInnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes sein.

Leistungsdaten:

Leistung 05						
Hilfen für kranke, behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche						
<i>Was soll gezählt werden?</i>	Quart.	2013	2012	2011	2010	2009
Zahl der sozialarbeiterischen Beratungen und Begutachtungen	I	273	327	418	376	347
	II	329	186	341	275	355
	III	290	380	215	306	285
	IV	277	256	359	288	295
	Summe	1169	1149	1333	1245	1282
<i>Womit kann die Qualität gemessen werden?</i>						
Zeitnahe Gutachtenerstellung, Zufriedenheit der Auftraggeber und Klienten						

Bewertung und Ausblick:

Die Leistungsfähigkeit des Arbeitsbereichs war auch im Jahr 2013 durch langfristige Erkrankungen deutlich eingeschränkt. Die Arbeitszeit wurde daher weiterhin überwiegend durch spezielle Situationen (z.B. Unterbringung von Jugendlichen mit erheblichem Aggressionspotential, Kriseninterventionen, Betreuung von Kindern aus vernachlässigenden Familien) gebunden, so dass die tägliche Arbeit durch situativ bedingtes Reagieren auf die jeweiligen Krisen und die Erstellung der für die Finanzierung der Hilfemaßnahmen erforderlichen Hilfe- und Gesamtpläne geprägt war. Die eigentlich auch erforderliche kontinuierliche Begleitung von Familien in schwierigen Lebenslagen konnte weiterhin nicht geleistet werden.

Für die verbleibenden MitarbeiterInnen bedeutete dies, dass ständig im Bereich der Überlastung gearbeitet wurde, verbunden mit der Sorge, dass auftretende Notsituationen nicht früh genug erkannt und Kinder oder deren Eltern zu schaden kommen könnten. Diese Situation stellte und stellt eine hohe psychische Belastung für die MitarbeiterInnen dar.

Eine kontinuierliche Supervision für die SozialarbeiterInnen und die Ärztinnen des Sozialmedizinischen Dienstes für behinderte Kinder ist für eine den heutigen fachlichen Standards genügende Soziale Arbeit, die Gesunderhaltung der MitarbeiterInnen und damit einer Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit dringend erforderlich. Die ausreichende Bereitstellung von Mitteln für die Supervision ist daher unbedingt zu fordern.

Gender und Hilfen für kranke, behindert und von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche:

Im Rahmen der Begutachtung der Hilfen für kranke, behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche waren 60 % der Begutachteten männlich und 40 % weiblich. Es ist davon auszugehen, dass dieses Verhältnis das erhöhte Entwicklungsrisiko des männlichen Geschlechts spiegelt.

Jahresbericht 2013

Sozialpsychiatrischer Dienst / Sozialmedizinischer Dienst für psychisch kranke, suchtkranke und geistig-mehrfach behinderte Menschen

Sozialpsychiatrische Aufgaben

Hilfen und Schutzmaßnahmen

Sozialpsychiatrische Begutachtungen

Koordination und Controlling der Versorgungssysteme

Sozialpsychiatrischer Dienst / Sozialmedizinischer Dienst für psychisch kranke, suchtkranke und geistig-mehrfach behinderte Menschen

Produktnummer:	03.53.1.05.
Produkt:	Sozialpsychiatrische Aufgaben
Leistungsnummer:	01
Leistung:	Hilfen und Schutzmaßnahmen Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke, geistig Behinderte und Suchtkranke und deren Angehörige
Kurzbeschreibung:	Beratung, Betreuung, Fall-/Casemanagement, Schutzmaßnahmen (=Kriseninterventionen), Krisendienstbereitschaft, aufsuchend und nicht aufsuchend.
Eingesetzte Ressourcen:	ca. 5,0 Stellen: 0,7 Arzt, 3,7 Sozialarbeiter, 0,6 Verwaltungs-kraft (F1)*
Verantwortliche Stelle:	53/5
Auftragsgrundlage:	§§ 3, 4ff des BremPsychKG, § 18 ÖGDG, § 59 SGB XII
Zielgruppe:	Psychisch Kranke und Behinderte, Suchtkranke, geistig- und mehrfach Behinderte und deren Angehörige.
Ziele:	Multiprofessionelles und wohnortnahes Hilfeangebot für psychisch Kranke, Suchtkranke und geistig Behinderte zwecks Sicherung einer weitestgehenden gesellschaftlichen Eingliederung und Selbstständigkeit, Vermeidung bzw. Verkürzung stationärer Behandlung und psychosozialer Krisen bzw. frühzeitige Vermittlung in notwendige ambulante oder stationäre Behandlung und/oder in sozialintegrative Maßnahmen.

* Grobe Schätzung basierend auf den Ergebnissen der Organisationsuntersuchung 2001

Leistungsdaten:

Leistung 01						
Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke, geistig Behinderte und Suchtkranke						
<i>Was soll gezählt werden?</i>	Quartal	2013	2012	2011	2010	2009
Zahl der vom SpsD „betreuten“ ** Patienten, pro Quartal	I	716 (m 414, w 302)	669	684	649	738
	II	702 (m 409, w 293)	600	696	679	713
	III	739 (m 432, w 307)	709	622	678	710
	IV	610 (m 357, w 253)	704	656	701	591
<u><i>Womit kann die Qualität gemessen werden?</i></u>						
Klientenzufriedenheit, Zufriedenheit der Angehörigen und Öffentlichkeit, Vermeidung psychosozialer Krisen, Wartezeiten, erfolgreiche Reintegrationen						

** d.h., Zahl der Personen, bei denen Mitarbeiter des Dienstes mindestens einmal im Quartal im Sinne des PsychKG tätig wurden – unabhängig von der jeweiligen Aufgabenstellung, von der Zahl der Einsätze und vom jeweiligen Zeitaufwand.

Bewertung und Ausblick:

Die zur Verfügung stehenden Personalressourcen ermöglichen eine qualifizierte Versorgung auf einem basalen Niveau entsprechend den Vorgaben des Bremer PsychKG.

Sozialpsychiatrischer Dienst / Sozialmedizinischer Dienst für psychisch kranke, suchtkranke und geistig-mehrfach behinderte Menschen

Produktnummer:	03.53.1.05.
Produkt:	Sozialpsychiatrische Aufgaben
Leistungsnummer:	02
Leistung:	Sozialpsychiatrische Begutachtungen
Kurzbeschreibung:	Gutachterliche Stellungnahmen u. a. zu Eingliederungen für ambulante und stationäre Maßnahmen und anderen psychiatrischen Fragestellungen überwiegend auf Anforderung des Sozialamtes, anderer Ämter des Magistrats, der Polizei, in Amtshilfe für auswärtige Ämter u. a.
Eingesetzte Ressourcen:	ca. 4,4 Stellen: 0,9 Arzt, 2,8 Sozialarbeiter, 0,7 Verwaltungskraft(F3)*
Verantwortliche Stelle:	53/5
Auftragsgrundlage:	§§ 23 ÖGDG
Zielgruppe:	Auftraggeber: Behörden des Landes und Ämter der Stadt Bremerhaven; Zu Begutachtende: Personen mit psychischen Erkrankungen, Suchterkrankungen und geistigen und mehrfachen Behinderungen bzw. mit Verdacht auf obige Erkrankungen.
Ziele:	Qualifizierte, effektive, praktikable und zeitnahe Erstellung gesundheitsamtlicher Gutachten mit psychiatrischer Fragestellung.

* Grobe Schätzung basierend auf den Ergebnissen der Organisationsuntersuchung 2001

Leistungsdaten:

Leistung 02						
Sozialpsychiatrische Begutachtungen						
<i>Was soll gezählt werden?</i>	Quartal	2013	2012	2011	2010	2009
Zahl der vom SpsD „Begutachteten“^{***}, pro Quartal	I	89 (m 49, w 40)	240	152	147	225
	II	116 (m 63, w 53)	251	154	145	262
	III	124 (m 69, w 55)	183	168	112	188
	IV	111 (m 53, w 58)	110	142	137	138
<i>Womit kann die Qualität gemessen werden?</i>						
Zufriedenheit der Auftraggeber und Klienten, Wartezeit, Antragslaufzeit, Zahl der Fehleinschätzungen / der zutreffenden Begutachtungsergebnisse						

*** d.h., Zahl der Personen, bei denen Mitarbeiter des Dienstes mindestens einmal im Quartal gutachterlich tätig wurden – unabhängig vom jeweiligen Zeitaufwand, von der Gutachtenzahl und von der jeweiligen Fragestellung.

Bewertung und Ausblick:

Effektiver Einsatz der Finanzmittel im Bereich der Eingliederungshilfe und die Übernahme von Steuerung und Budgetverantwortung - insbesondere nach Übertragung der sachlichen Zuständigkeit auf die Stadt Bremerhaven - erfordern qualifizierte Steuerungsinstrumente. **Begutachtungen sind in diesem Zusammenhang eines der zentralen Steuerungsinstrumente.** (Weitere Steuerungsinstrumente vor Ort in Bremerhaven sind z.B. die Koordination und die Steuerungsstelle, s. u.).

Die Anfang 2012 und ab 2014 wieder vorhandenen Personalressourcen im Bereich der gutachterlichen Aufgaben ermöglichten einen angemessenen Begutachtungsstandard mit einerseits kostendämpfendem Effekt und andererseits ausreichender Qualitätssicherung.

Sozialpsychiatrischer Dienst / Sozialmedizinischer Dienst für psychisch kranke, suchtkranke und geistig-mehrfach behinderte Menschen

Produktnummer:	03.53.1.05.
Produkt:	Sozialpsychiatrische Aufgaben
Leistungsnummer:	03
Leistung:	Koordination und „Controlling“ der Versorgungssysteme Koordination der Versorgungssysteme für psychisch Kranke, geistig Behinderte und Suchtkranke
Kurzbeschreibung:	Controlling und Vernetzung der Bausteine der 3 Versorgungssysteme, Mitwirkung an den Koordinierungsausschüssen und der PSAK, weitere Gremienarbeit, Erarbeitung von abteilungsbezogenen Berichten, Erhebungen, Vorlagen, Konzepten, Stellungnahmen und Planungen, incl. Gesundheitsberichterstattung, Fortbildungen, Öffentlichkeitsarbeit, Mitwirkung an bzw. Initiierung von einrichtungsübergreifender Kooperation.
Eingesetzte Ressourcen:	ca. 1,4 Stellen: 0,4 Arzt, 0,5 Sozialarbeiter, 0,5 Verwaltungskraft (F2)*
Verantwortliche Stelle:	53/5
Auftragsgrundlage:	§§ 9, 18 (3) des BremPsychKG
Zielgruppe:	Behörden (des Landes), Ämter der Stadt Bremerhaven, Kostenträger, andere Institutionen, „Freie“ Träger und deren Einrichtungen, Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Selbsthilfegruppen und vergleichbare Zielgruppen, Bürgerinnen und Bürger u. a..
Ziele:	Förderung der Vernetzung und Effektivierung der Bausteine der drei Versorgungssysteme für psychisch Kranke, Suchtkranke und geistig Behinderte.

* Grobe Schätzung basierend auf den Ergebnissen der Organisationsuntersuchung 2001

Leistungsdaten:

Leistung 03						
Koordination und Controlling der Versorgungssysteme für psychisch Kranke, Suchtkranke und geistig Behinderte						
<i>Was soll gezählt werden?</i>	Quartal	2013	2012	2011	2010	2009
Zahl der zu koordinierenden Gremien und Einrichtungen pro Quartal	I	71	78	72	65	71
	II	79	65	65	78	74
	III	75	72	67	66	74
	IV	72	78	77	56	68
w/m: w/m: Erhebung im Bereich der Koordination nicht sinnvoll möglich						
<u>Womit kann die Qualität gemessen werden?</u>						
Vernetzungsgrad und Effizienz der Versorgungssysteme						

Bewertung und Ausblick:

Die koordinativen Tätigkeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes im engeren Sinne beschränken sich aktuell auf die Außenvertretung des Sozialpsychiatrischen Dienstes, die Mitwirkung in der „Steuerungsstelle“ und auf abteilungsbezogene Vernetzungs- und Controllingaufgaben im Bereich der psychiatrischen Versorgung, der Suchtkrankenhilfe und der Versorgung geistig und mehrfach Behinderter.

Die koordinativen Tätigkeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes im weiteren Sinne werden durch die Koordinationsstelle abgedeckt (s.u.).

Anmerkungen zum Tätigkeitsbericht „Sozialpsychiatrischer Dienst / Sozialmedizinischer Dienst für psychisch Kranke, Suchtkranke und geistig-mehrfach Behinderte“ – für das Jahr 2013:

Die Abweichungen innerhalb der Quartale und im Vergleich zu den Vorjahresquartalen erklären sich z. T. durch übliche Schwankungen, wie sie aufgrund der Heterogenität der o. g. Leistungen nicht überraschen und auch zukünftig nicht zu vermeiden sein werden.

Zwar dürften sich die Vakanzen von Personalstellen auch in den Leistungszahlen widerspiegeln. Dennoch ist darauf hinzuweisen, dass keine Überinterpretation der Zahlen erfolgen sollten und eine lineare Korrelation zwischen Fallzahl, Personalressourcen und Aufwand bzw. Arbeitsstunden je Fall nur begrenzt erwartet werden kann.

Zusammenfassung des Jahresberichtes 2013

des

Sozialpsychiatrischen Dienstes / Sozialmedizinischen Dienstes für psychisch kranke, suchtkranke und geistig-mehrfach behinderte Menschen

Die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes Bremerhaven umfassen die Hilfen und Schutzmaßnahmen nach PsychKG, amtsärztliche Begutachtungen mit psychiatrischer Fragestellung und die Koordination und die Mitwirkung am Controlling der Versorgungssysteme für psychisch Kranke, Suchtkranke und geistig-mehrfach behinderte Menschen in Bremerhaven.

Ein seit 2009 bestehendes, zentrales Problem des Sozialpsychiatrischen Dienstes Bremerhaven konnte 2012 - zumindest bis auf weiteres - gelöst werden: die TVÖD-Tarif- und ärztlemangelbedingt vakante Facharztstelle konnte durch die Gewinnung einer teilzeitbeschäftigten fachärztlichen Kollegin und eines mittlerweile 78jährigen Kollegen wiederbesetzt werden.

Der Bereich der Psych-KG-Aufgaben ist aufgrund des o.a. somit wieder in Lage, qualifiziert und verbindlich seine Aufgaben zu erfüllen.

Im Bereich der Begutachtungen kam es Anfang 2012 durch den Verlust einer erfahrenen und engagierten Mitarbeiterin (die zu einer besser dotierten Stelle eines anderen Amtes wechselte) und durch einen schweren Verkehrsunfall einer anderen Mitarbeiterin im Sommer 2012 zu Leistungseinbrüchen, die die vorhergehenden Verbesserungen und Erfolge im Bereich der Begutachtungen wieder zunichte machten und das Gutachterteam in Bezug auf die Begutachtungen im Bereich der Eingliederungshilfe (Betreutes Wohnen, Wohnheime) vorübergehend nahezu an die Grenze der Handlungsunfähigkeit zurückgeworfen hatte. Dies bildete sich 2012 und auch 2013 in den Leistungszahlen ab. Von entsprechenden negativen Auswirkungen auf die Ausgaben der Sozialhilfeträger für diesen Zeitraum als auch noch bis in das 1. Quartal 2014 hinein kann ausgegangen werden.

Ändern wird sich dieser Missstand ab dem 01.02.2014, wenn eine Sozialarbeiterin, die zum 01.08.2012 eingestellt wurde und 18 Monate für die Begutachtungsaufgaben ausgebildet und die notwendigen Qualifikationen erworben hat, dauerhaft in das Gutachterteam wechseln wird – so dass dieses wieder seine vorgesehene Personalstärke haben wird.

Das Gutachterteam bedarf engagierter, qualifizierter und motivierter MitarbeiterInnen, um seine Aufgabe erfüllen zu können. Andernfalls drohen Einschränkungen der Qualität der Wohnbetreuung und/oder unnötige finanzielle Mehrausgaben der Sozialhilfeträger – speziell des Sozialamts. (Nur zum Verständnis sei hier angeführt, dass die jährlichen Kosten von 1 bis 2 Heimplätzen oder Plätzen im „Intensiv Betreutes Wohnen“ denen des Jahresgehalts eines Sozialarbeiters im Gutachterteam entsprechen und das die Gesamtkostendimension, über die die GutachterInnen wesentlich mitentscheiden, in etwa 30 Millionen Euro pro Jahr beträgt).

Die koordinativen Tätigkeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes im engeren Sinne beschränken sich aktuell auf die Außenvertretung des Sozialpsychiatrischen Dienstes, die Mitwirkung in der „Steuerungsstelle“ und auf abteilungsbezogene Vernetzungs- und Controllingaufgaben im Bereich der psychiatrischen Versorgung, der Suchtkrankenhilfe und der Versorgung geistig und mehrfach Behinderter.

Schwerpunkte der Aktivitäten des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Jahr 2014 werden die Mitwirkung beim weiteren Ausbau des „Zentrums seelische Gesundheit“ (ZsG) in der Hafestraße gemeinsam mit den anderen Beteiligten, die Mitwirkung an der Entwicklung und Realisierung eines Regionalbudgets in Bremerhaven und die Weiterentwicklung der Kooperation und Vernetzung innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems, der Suchtkrankenhilfe und des Hilfesystems für Menschen mit geistiger, körperlicher und/oder mehrfacher Behinderung sein.

Der Sozialpsychiatrische Dienst bzw. Sozialmedizinische Dienst für psychisch kranke, suchtkranke und geistig-mehrfach behinderte Menschen Bremerhaven ist ein engagierter und kompetenter Dienst des Gesundheitsamtes Bremerhaven, der zwar nicht in allen – aber dennoch in vielen - Bereichen als vorbildlich auch für andere Versorgungsregionen im bundesweiten Vergleich gelten kann.

Anlage: - Bericht Koordinationsstelle 2013

Anlage

Gesundheitsamt Bremerhaven
Amt 53/52
Dr. Uwe Peters

Tel.: 0471 / 590-2904
e-mail: uwe.peters@magistrat.bremerhaven.de
Datum 28.03.14

Jahresbericht 2013

Koordinationsstelle für psychisch Kranke, Abhängigkeitskranke und geistig u. mehrfach behinderte Menschen

Das Aufgabenprofil des Koordinators für die Versorgungsbereiche der Zielgruppen psychisch kranke Menschen, abhängigkeitskranke Menschen und geistig und mehrfach behinderte Menschen umfasst Planung, Konzeptentwicklung, Projektsteuerung, Gremienarbeit und Vernetzung sowie Gesundheitsberichterstattung. Neben den Regelaufgaben im Rahmen der steuerungsrelevanten Gremien (Landescontrollingausschüsse, Vertragskommission SGB XII, Gemeinsamer Ausschuss gem. BremAG SGB XII, PSAK, zielgruppenspezifische Koordinierungsausschüsse) sind für 2013 folgende Aspekte hervorzuheben:

Einzelfallsteuerung

- Die Leitung des Begutachtungs-Teams liegt seit 2010 bei der Koordinationsstelle. Bedingt durch Personalwechsel sowie durch einen unfallbedingten längerfristigen Ausfall einer Begutachterin waren die Jahre 2012 und 2013 davon bestimmt, die notwendige Quantität sowie eine ausreichende Qualität der Begutachtung sicherzustellen. Ab 01.02.2014 wird das Begutachtungsteam verstärkt durch eine Sozialarbeiterin, die 18 Monate für diese Aufgaben vorbereitet und qualifiziert wurde.

Struktursteuerung

- Der kontinuierliche **Fallzahlenanstieg im Bereich Betreutes Wohnen** für psychisch kranke Menschen hat sich auch im Jahr 2013 weiterhin fortgesetzt. Fallzahlsteigerungen im stationären Wohnen sind nicht zu verzeichnen.
- Auch im Jahr 2013 können wichtige Steuerungseffekte nur über **Modellprojekte** realisiert werden. Aktuell laufen 5 Modellprojekte, die auf Ambulantisierung, Fallzahl- und Kostenbegrenzung zielen.
 1. Modellprojekt -Ambulante tagesstrukturierende Beschäftigung für psychisch kranke Menschen
 2. Modellprojekt -Ambulante tagesstrukturierende Beschäftigung für suchtkranke Menschen
 3. Modellprojekt -Einführung von differenzierten Betreuungsschlüsseln im Bereich des ambulanten betreuten Wohnens für seelisch behinderte Menschen
 4. Modellprojekt -Betreutes Wohnen 1:12 für die Zielgruppe der psychisch kranken Menschen mit einem begrenzten Bedarf im Anschluss an ambulante Soziotherapie
 5. Modellprojekt -Bereich Betreutes Wohnen für Menschen mit geistiger/mehrfacher Behinderung mit einem Betreuungsschlüssel von 1:3

Zugangssteuerung, Monitoring und Berichterstattung für folgende Modellprojekte erfolgen in enger Kooperation zwischen Psychiatriekoordination, Leitung SPsD und Sozialamt:

- Mitwirkung bei Vorbereitung der Entscheidung zur Wiedereinführung der entgeltrelevanten **HMBW-Begutachtung** im Rahmen des Landesfachbeirats und als Leiter einer Arbeitsgruppe der Vertragskommission SGB XII.
- Projekt „**Zentrum seelische Gesundheit**“ (Hafenstraße 126): Die weitere Entwicklung des Projekts erfolgte auch im Jahr 2013 im „Lenkungsausschuss“ unter der Moderation der Psychiatriekoordination in enger Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Klinik und den Projektpartnern. Dazu gehörte u.a. die offizielle Eröffnung des ZsG sowie ein Tag der offenen Tür im November 2013.
- Im Bereich der **Angebotsentwicklung** waren im Jahr 2013 zwei Projektanträge zwischen den Antragstellern (ASW, Arista) und der SfSKJF, dem Sozialamt und dem Gesundheitsamt zu bewerten und abzustimmen. Beide Projekte stehen im Spannungsfeld zwischen den Ambulantisierungsbestrebungen der SfSKJF und den enormen Kostenrisiken, die gegenwärtig mit § 98.5 SGB XII verbunden sind.
- Mitwirkung bei dem Projekt des SfG „**Mehr Gewicht für Arbeit und Beschäftigung**“ für **Menschen mit psychischer Erkrankung**. Das Projekt zielt auf eine Verbesserung der niedrigschwelligen Angebote im Bereich Arbeit, Beschäftigung als Alternative und Ergänzung zur WfbM.
- **Trialog**: Seit Beginn 2013 beteiligt sich die Psychiatriekoordination an der Durchführung und Moderation des monatlichen Trialogs (Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und Professionellen)
- Der Senator für Gesundheit bereitet seit Mitte 2012 ein **Modellprojekt „Psychriatriebudget“** auf der Grundlage des § 64b SGB V „Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen“ vor. Das Modellprojekt soll in BHV durchgeführt werden. Kern des Modellprojekts sind Gemeindepsychiatrische Teams (GT), die bei Bedarf mobil aufsuchend tätig werden sollen (home treatment). Die besondere Rolle der Klinik (KBR) und der Krankenkassen bei der Bildung und Finanzierung Gemeindepsychiatrischer Teams als Ersatz für stationäre Angebote sowie die konkrete Zusammenarbeit mit anderen Diensten und Angeboten sind zu klären. Im Jahr 2013 erfolgten vorbereitenden Abstimmungen zur Erstellung eines Umsetzungskonzeptes. Im Jahr 2014 soll die Erarbeitung eines Umsetzungskonzeptes erfolgen. Über den Modelleinstieg entscheiden die Beteiligten im Frühjahr 2015. Bei der Erarbeitung eines Umsetzungskonzeptes wird besonders darauf zu achten sein, dass die bestehenden, gut etablierten Kooperationsbeziehungen im gemeindepsychiatrischen Verbund nicht belastet werden und dass es zu keiner weiteren Begrenzung der Steuerungsmöglichkeiten oder zu Verschiebungen zu Lasten des SGB XII-Bereichs bzw. kommunaler Leistungen kommt.

Öffentlichkeitsarbeit

- Fertigstellung des „Wegweiser Psychiatrie“, der über Internet zugänglich ist und bei Betroffenen und Angehörigen große Resonanz findet.
- Beteiligung am Netzwerktreffen der norddeutschen Sozialpsychiatrischen Dienste im März 2013 mit Durchführung eines Workshops zur Bremerhavener „Gesamtplankonferenz“
- Vortrag zur Gerontopsychiatrie beim Paritätischen Abend am 04.06.13 in Bremerhaven
- Mitwirkung bei Eröffnung und Tag der offenen Tür des Zentrums seelische Gesundheit

Jahresbericht 2013

Gesundheitsschutz und Gesundheitsaufsicht

**Überwachung von HeilpraktikerInnen und
Angehörigen der Gesundheitsfachberufe**

**Kranken-, alten- und heilerziehungspflegerische
Tätigkeiten**

Produktnummer.:	03.53.1.03.
Produkt:	Gesundheitsschutz und Gesundheitsaufsicht
Leistungsnummer:	04
Leistung:	Überwachung von Angehörigen der Gesundheitsfachberufe Erfassung und Überwachung der in §§ 27, 28 ÖGDG genannten Personenkreise.
Kurzbeschreibung:	Erfassung und Überwachung von HeilpraktikerInnen und Angehörigen der Gesundheitsfachberufe sowie von Personen, die krank-, alten- und heilerziehungspflegerische Tätigkeiten ausüben, ohne Angehörige der Gesundheitsfachberufe zu sein. Aufsicht über berufliche Qualifikation, sowie über Teilbereiche der Berufsausübung und der Berufspflichten im Rahmen des ÖGDG. Einleitung von Maßnahmen bei Verstößen gegen gesetzliche Regelungen. Aufgaben aus der Abgrenzung zwischen Heilkunde im Sinne § 1 des Heilpraktikergesetzes und Tätigkeiten im Bereich Gesund- heitsvorsorge, Gesundheitserhaltung und Wellness.
Eingesetzte Ressourcen:	Anteile von 0,8 Verwaltungsstelle
Verantwortliche Stelle:	53V/15
Auftragsgrundlage:	§§ 27, 28 ÖGDG
Zielgruppe:	HeilpraktikerInnen, Angehörige der Gesundheitsfachberufe und andere im Gesundheitsbereich tätige nichtärztliche Personen.
Ziele:	Sicherung der ordnungsgemäßen gesundheitlichen Versorgung. Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben.

Leistungsdaten:

Was soll gezählt werden?	Quartal	2013	2012	2011	2010	2009
Bearbeitungsfälle*	I	32	26	16	61	62
	II	83	61	67	67	72
	III	48	42	223*	24	119
	IV	40	28	123*	45	145
	Summe	203	157	429*	166	398

* Erläuterungen:

Jeder Bearbeitungsfall, ob er sich auf eine Einzelperson oder auf eine Praxis oder Institution mit mehreren zu erfassenden Beschäftigten bezieht, wird als ein Fall gezählt. Daraus ergibt sich, dass der Bearbeitungsaufwand sehr unterschiedlich ist und sich daher keine Rückschlüsse auf den Zeitaufwand oder die Wertigkeit der einzelnen Fälle ziehen lassen.

Genderaspekte

Die Gesundheitsfachberufe werden überwiegend von Frauen ausgeübt.

Bewertung

Die laufenden Fälle konnten im Berichtsjahr zeitnah und mit angemessener Intensität bearbeitet werden.

Verpflichtung zur Kompetenzerhaltung

Die Aufsicht über Teilbereiche der Berufspflichten bezieht sich u. a. auf die Fortbildungsverpflichtung der betroffenen Berufsgruppen. In der Berufsordnung für die staatlich anerkannten Pflegeberufe vom 04.02.2011 wird die Verpflichtung zur Kompetenzerhaltung erläutert. In jedem Jahr sind Maßnahmen der Kompetenzerhaltung im Umfang von mindestens zwanzig Punkten/Stunden durch jede professionelle Pflegekraft verbindlich zu erbringen. Professionell Pflegende aus der Altenpflege müssen kompetenzerhaltende Maßnahmen lediglich im Umfang von mindestens 10 Punkten/Stunden nachweisen. Diese Übergangsregelung gilt bis Ende 2013.

Tätigkeitsbericht für das Jahr 2013

Zahnärztlicher Dienst

Teil 1

Amtsärztliche und Sozialmedizinische Aufgaben – Zahnärztliche Begutachtungen

Teil 2

Gruppenprophylaxe

Teil 3

Ergebnisse der Zahnärztlichen Reihenuntersuchungen

Allgemeines

Der Bericht zur Begutachtung wurde durch Amt 53/44 im Rahmen der Auftragsangelegenheiten seit über 10 Jahren zur Vorlage bei der senatorischen Behörde erstellt; in ähnlicher, im Laufe der Zeit angepasster Form.

Weder zu den Maßnahmen der Gruppenprophylaxe noch zur Situation der Mundbefunde wurde bisher ein Jahresbericht in dieser Form vorgelegt. Die Maßnahmen werden durch Amt 53/44 schuljahresbezogen, jährlich, im Rahmen der Kooperationsarbeit für die LAJB² erhoben und mitgeteilt („Dokumentation gruppenprophylaktischer Maßnahmen, A2-Bogen“). Die Gesamtsituation der Mundgesundheit im Grundschulbereich wurde zuletzt systematisch amtsintern berichtet für die Schuljahre 99-00-01.

Im Rahmen der DAJ³-Studien (epidemiologische Begleituntersuchungen) wurden in mehrjährigen Abständen Mundbefunde ausgewählter Altersgruppen erhoben und an eine zentrale Auswertung weitergeleitet, wo sie mit Ergebnissen der Stadt Bremen zusammengeführt auf Bundesebene berichtet wurden (siehe DAJ-Studien von 2004 und 2009⁴).

Der Tätigkeitsbericht von Amt 53/44 für 2013 versucht, gemäß dem Beschluss des Magistrats der Seestadt Bremerhaven (14.05.2003)⁵, eine gendergerechte Auswertung, Aufarbeitung und Darstellung der verfügbaren Daten umzusetzen. Die Darstellung von Ergebnissen ist auf Deskription beschränkt.

Allgemeines:

Personalstand für die Arbeit von 53/44

Im Jahr 2013 stand, wie in den Vorjahren, insgesamt zur Verfügung:

Zahnärztliches Personal

0,92 Stelle ZahnärztIn.

Im Jahr 2013 wurden die zahnärztlichen Dienstgeschäfte von 2 ZahnärztInnen erledigt:

Zahnarzt (1.1. - 15.9.2013);	38,5 Std/Woche
Zahnärztin (16.9. – 31.12.2013)	40,0 Std/Woche

jährliche Stellenanteile, die die unterschiedlichen Wochenstunden berücksichtigen:

ZA: 0,64; ZÄ: 0,29

(40 Std/Woche entsprechen: 1,0 ZA-Stelle)

Nicht-Zahnärztliches Personal

1,21 Stelle Zahnarzhelferinnen, fortgebildet zu eigenverantwortlich tätigen Prophylaxefachkräften:

0,69	Zahnarzhelferin1	26,25 Std/Woche
0,53	Zahnarzhelferin2	21,25 Std/Woche

(38,5 Std/Woche entsprechen 1 Fachkraftstelle)

0,5 Stelle Bürokauffrau (fortgebildet zur Prophylaxeassistentin mit selbständiger Erfüllung von Prophylaxeaufgaben)

<u>0,5 Stelle</u>	<u>Assistentin</u>	18,25 Std/Woche
-------------------	--------------------	-----------------

(38,5 Std/Woche entsprechen 1,0 Assistentinnenstelle)

Mit diesem Personalkontingent wurden 2013 die Produkte bearbeitet. Personalanteile sind angegeben, wo eine Trennung nach Produkten möglich ist.

² Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege im Lande Bremen e.V.

³ Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V., Dachorganisation der Landesarbeitsgemeinschaften

⁴ http://www.daj.de/fileadmin/user_upload/Epidomologische_Beglutuntersuchung_2004.pdf

und http://www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/Studie_Korrektur.pdf

⁵ Der Beschluss folgt der Verpflichtung der Länder der Europäischen Union durch den Amsterdamer Vertrag vom 02.10.1997: „Gender-Mainstream“

Produkte, über die berichtet wird

Produktgruppe: Gesundheitsamt Bremerhaven

Teil 1

Produkt: Zahnärztlicher Dienst/ Amtsärztliche und Sozialmedizinische Aufgaben für Erwachsene

Produktbereich	Produktgruppe	Lfd. Nr.	Produkt kurze inhaltliche Erläuterung
53.1.	02	1	Allgemeine sozialmedizinische und amtsärztliche Aufgaben - Zahnärztliche Begutachtungen - Haushaltsstelle 03.53.1.02.10

Teil 2

Produkt: Zahnärztlicher Dienst/ Zahngesundheitspflege

Produktbereich	Produktgruppe	Lfd. Nr.	Produkt kurze inhaltliche Erläuterung
53.1.	04	7	Zahngesundheitspflege - Gruppenprophylaxe - Haushaltsstelle 03.53.1.04.07

Teil 3

Produkt: Gesundheitsberichterstattung (Mundgesundheit)

Produktbereich	Produktgruppe	Lfd. Nr.	Produkt kurze inhaltliche Erläuterung
53.1.	01	3	Gesundheitsberichterstattung - Datenauswertung - Berichterstellung - Haushaltsstelle 03.53.1 01.03 Zahngesundheitspflege/Gruppenprophylaxe - Haushaltsstelle 03.53.1.04.07 - Datengewinnung für Bericht

Teil 1

Produkt: Zahnärztlicher Dienst/ Amtsärztliche und Sozialmedizinische Aufgaben für Erwachsene

Leistung: Zahnärztliche Begutachtungen

Kurzbeschreibung: Gutachterliche Stellungnahmen zu planbaren zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen und anderen zahnärztlichen Fragestellungen, überwiegend im Rahmen der Amtshilfe auf Anforderung des Personalamtes und auf Anforderung der AOK im Auftrage des Sozialamtes, sowie auswärtige Ämter, bzw. Behörden.

Eingesetzte Ressourcen: Die Ermittlung der Daten aus der verfügbaren Information der Kosten- und Leistungsrechnung (KLR) ergab, dass im Jahr 2013 folgende Stellenanteil in die Zahnärztliche Begutachtung einfließen:
0,33 Stellenanteile gesamt (0,073 Zahnarzt, 0,063 Zahnärztin, 0,016 Zahnarzthelferin1, 0,018 Zahnarzthelferin2, 0,161 Bürokauffrau). In den Monaten Januar bis August 2013 wurden die Gutachten durch einen Vertretungszahnarzt, in den Monaten September bis Dezember durch die Stelleninhaberin erledigt.

Vergleichszahlen für Vorjahre:

Im Folgenden sind Vergleichszahlen zu Vorjahren angegeben, wenn sie vorlagen. Die Daten von 2010 bis 2012 erfordern, wegen der Vertretungssituation, eine gesonderte Behandlung. Falls die Vergleichbarkeit fraglich ist, wird dies erklärt. Nicht gesondert erwähnt wird, falls Daten nicht verfügbar sind. Es wird darauf verwiesen, wenn Daten aus Vorjahren nicht vorliegen, wenn sich der Auswertungsmodus verändert hat.

Verantwortliche Stelle: 53/44

Auftragsgrundlage: §§ 23 ÖGDG

Zielgruppe: Auftraggeber: Ämter der Stadt Bremerhaven (AOK (Amt 50), Amt 11), Auswärtige Ämter und Behörden (z. B. Sozialämter)
Zu Begutachtende: Personen mit Erkrankungen des Kau-systems, bzw. mit Verdacht auf diese Erkrankungen und Störungen der Kaufunktion.

Ziele: Qualifizierte, effektive, praktikable und zeitnahe Erstellung gesundheitsamtlicher Gutachten mit zahnärztlicher Fragestellung,
Vermeidung von Unter-, Fehl- und Überversorgung, sinnvoller und sachgerechter Einsatz von Ressourcen.

Leistungsdaten

Leistung:

Zahnärztliche Begutachtungen

<i>Was soll gezahlt werden?</i>	Quartal	2013	2012	2011	2010	2009
Zahl der vom ZÄD begutachteten Heil- und Kostenpläne	I	7	4	20	11	32
	II	11	21	7	15	19
	III	16	18	15	12	18
	IV	15	7	9	15	21
	Summe		49	50	51	53

Womit kann die Qualität gemessen werden:

Darstellung der zahnärztlichen Gutachtenerstellung nach Gutachtengrund; bearbeiteten Unterlagen; Kostenvolumen, in Abhängigkeit vom Geschlecht, vom gesetzlichen Anspruch (AsylbLG, Beihilfe etc), von der Art der geplanten zahnärztlichen Behandlung (Zahnersatz; KFO; Unfall; Myoarthropathien.); Durchschnittskosten der begutachteten Heil- und Kostenpläne, Rechnungen etc.; Anteil der Widersprüche; Verhalten der PatientInnen hinsichtlich Vorladungen

Entwicklung des Gutachtenaufkommens von 2009 bis 2013

Die Entwicklung des Gutachtenaufkommens scheint, nach einem Rückgang von 40% von 2009 nach 2010, bis 2013 stabil niedrig zu sein, mit geringfügig sinkender Tendenz. Eine Tendenz innerhalb des Jahresverlaufs, hinsichtlich der Quartalzuordnung scheint nicht zu bestehen.

Im Jahr 2013 wurden alle 49 Gutachtenaufträge erledigt. Insgesamt wurden im Jahr 2013 mit 49 Begutachtungen 2% weniger Begutachtungsanträge als 2012 vorgelegt.

Seit 2009 werden Vorladungen zur Untersuchung für die Begutachtung verwendet, in denen die PatientInnen vorsorglich um ihre Mitwirkung z. B. hinsichtlich der Vorlage von Planungs- bzw. Behandlungsunterlagen gebeten werden. Diese haben sich bewährt, da sie die PatientInnen aktiver in den Begutachtungsablauf einbinden und den Personalaufwand vermindern. Ein Teil der Telefongespräche mit den Praxen zur Anforderung von Planungsunterlagen (Röntgenbilder, Modelle) kann z. B. entfallen. Außerdem erübrigt sich die Einholung einer Schweigepflichtentbindung der Praxis gegenüber dem Zahnärztlichen Dienst, da der Patient sich selbst um die Bereitstellung der Unterlagen kümmert.

In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass ein korrigiertes Formular der Schweigepflichtentbindung entwickelt wurde, das seit dem 4. Quartal 2013 im Zahnärztlichen Dienst eingesetzt wird.

Verteilung der Begutachtungen nach Geschlecht der PatientInnen

Im Jahr 2013 wurden 29 Männer, bzw. Jungen (59,2%) und 20 Frauen bzw. Mädchen (40,8%) durch Amt 53/44 begutachtet. Es wurden demnach 1,45-mal (Faktor Männer/Frauen) mehr gutachterliche Stellungnahmen für Männer als für Frauen erstellt.

Verteilung der Begutachtungen nach Auftragsart, Widersprüche

Im Jahr 2013 wurden überwiegend Planungsgutachten nach Prüfung von Heil- und Kostenplänen bzw. Kostenvoranschlägen erstellt (n=48, 98 %). Daneben erfolgte in einem Fall eine Abrechnungsprüfung (2 %). In 2013 wurde keine Mängelbegutachtung in Auftrag gegeben und in keinem Fall war eine Widerspruchsprüfung erforderlich.

Zum Vergleich mit den Vorjahren zeigt sich eine Tendenz zu wachsenden Anteilen von Planungsgutachten und eine Rückgang der sonstigen Aufträge, deren Anteil auch über die Gesamtheit der Vorjahre untergeordnet war.

Die Anteile der Widerspruchsprüfungen sind von 2007 bis 2013 abnehmend.

Verteilung der Begutachtungen nach Prüfungsgegenstand, bzw. zahnmedizinischem Prüfungsgrund

Im Jahre 2013 wurden 51% (n=25) der Begutachtungen für Zahnersatzprüfungen erstellt, 43% (n=21) bezogen sich auf kieferorthopädische Behandlungen, 4% (n=2) auf Implantate mit Zahnersatzversorgung⁶, von denen eine Behandlung sich auf eine Folgeversorgung nach früherem Dienstunfall handelte. 2% (n=1) der Gutachten entfielen auf direkte Versorgung von Unfallfolgen.

Für andere planbare zahnärztliche Maßnahmen, z. B. systematische Parodontalbehandlungen, Behandlung von Myoarthropathien etc. lagen in 2013 keine Prüfaufträge vor.

Der Vergleich mit den Jahren 2007 bis 2009 zeigt eine gegenläufige Tendenz. Der Anteil der Aufträge für kieferorthopädische Behandlung ist 2013 geringer, der Anteil der Zahnersatz-Prüfaufträge ist 2013 höher als in den Vergleichsjahren.

Zur fachlichen Absicherung der Gutachten von Amt 53/44 wurde bei Fällen für kieferorthopädische Behandlung ab September 2013 (n=5) die Möglichkeit der Beratung durch eine externe Fachzahnärztin für Kieferorthopädie genutzt. Die Honorierung hierfür erfolgte durch pauschale Einzelfallabrechnung über Amt 11/42, das diese Begutachtungen in Auftrag gegeben hatten. In einem Fall für Implantatversorgung mit anschließender Zahnersatzüberkonstruktion wurde die externe Unterstützung eines Facharztes für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in Anspruch genommen. Alle anderen Gutachtenaufträge wurden ohne externe Unterstützung angefertigt.

Untersuchungsgrund in Abhängigkeit vom Geschlecht

Sowohl bei Patientinnen als auch bei Patienten sind Hauptuntersuchungsgrund für die Begutachtung entweder eine prothetische Versorgung (ZE $n_{\text{ges}}=25$: Patienten: n=14, 56%; Patientinnen: n=11; 44%) oder eine kieferorthopädische Behandlung (KFO $n_{\text{ges}}=21$: Patienten: n=12, 57,1 %; Patientinnen: n=9; 42,9 %). Die Versorgung nach Unfall betrifft einen Mann (n=1; 100%) und die Prüfung einer Implantatversorgung mit prothetischer Überkonstruktion erfolgte bei 2 Männern (n=2; 100%).

⁶ Bei einem Patienten handelte es sich um Implantatversorgung und Zahnersatz als Unfallspätfolge. Die Prüfgründe betrafen nicht mehr die Unfallfolge. Bei folgenden Auswertungen nach dem Auftraggeber erscheint der Patient unter „Unfallfolgen“ wegen des Kostenträgers (Amt 11/214).

Verteilung der Begutachtungen mit und ohne Vorladungen

Im Jahr 2013 erfolgte bei 9 PatientInnen (18,4 %) eine Begutachtung nach Aktenlage. Für den größeren Anteil der gutachterlichen Stellungnahmen (n=40; 81,6 %) wurden die PatientInnen zur Begutachtung vorgeladen. Der Anteil der Begutachtungen mit Vorladung war in 2013 ca. 10% höher als in den Jahren 2008 und 2009.

In 2013 wurden bei Patientinnen doppelt so viele Stellungnahmen **ohne** Vorladungen wie bei Patienten angefertigt (w=6; m=3; Faktor 2,0). Dagegen wurden bei Patientinnen halb so viele Stellungnahmen **mit** Vorladung wie bei Patienten erstellt (w=14 m=26; Faktor 0,54)

Einhaltung von Vorladungsterminen

Da die Nichteinhaltung von Vorladungsterminen durch Patienten Planungsunsicherheiten mit sich bringt und unnötig Ressourcen bindet, erfolgt eine Analyse des Verhaltens hinsichtlich dieses Parameters.

Von allen vorgeladenen PatientInnen folgte im Jahr 2013 ein Anteil von 90 % (n=36) dem ersten Vorladungstermin, beziehungsweise entschuldigte sich vor dem Termin. 7,5 % der vorgeladenen PatientInnen (n=3) folgten dem 2. Vorladungstermin. Nur ein Patient (2,5 %) blieb auch dem 2. Vorladungstermin unentschuldigt fern.

Alle 14 vorgeladenen Frauen bzw. Mädchen folgten der ersten Vorladung. Von den 26 vorgeladenen Männern bzw. Jungen folgten 80,8% (n=21) dem ersten Vorladungstermin und 15,4 % (n=4) folgten dem 2. Vorladungstermin. 3,8 % der Männer (n=1) folgte auch dem 2. Vorladungstermin nicht. Die Bereitschaft der Patientinnen, den Vorladungen zu folgen, ist, wie in den Vorjahren, größer als die der Männer. Die Aussage ist wegen der geringen Fallzahlen eingeschränkt. Die Möglichkeit und Bereitschaft, Vorladungsterminen zu folgen ist weiterhin gut, insbesondere verglichen mit früheren Jahren (bis 2004).

Trotzdem weisen weiterhin Beobachtungen darauf hin, dass häufiger Termine für die erste Vorladung zwar nicht unentschuldigt versäumt werden, jedoch stattdessen telefonisch, um eine Terminverlegung gebeten wird. Interessant wäre zu prüfen, in welchem Umfang dieses Verhalten zu beobachten ist, da es die Organisation von Untersuchungsterminen für die Begutachtungen erheblich belasten kann (freigehaltene, nicht nutzbare Zeit; Veränderung der Dienstpläne der halbtagsbeschäftigten Mitarbeiterinnen etc.), insbesondere weil die Absagen der Patienten häufig sehr spät, z. B. erst am Untersuchungstag eingehen und häufig sehr individuelle Terminregelungen gefordert werden (z. B. nur bestimmte Zeiten, nur bestimmte Wochentage möglich etc.). Der Parameter („Termin entschuldigt nicht eingehalten“) wurde in 2013 nicht systematisch analysiert, sodass dazu keine Aussage gemacht werden kann.

Gutachtenerstellung nach gesetzlichem Anspruch

Weiterhin bilden Stellungnahmen für beihilfeberechtigte PatientInnen und für PatientInnen mit Ansprüchen nach dem AsylbLG den Hauptanteil der Begutachtungen (2013: 95,9 %; n=47; 2012: 96 %; n=48)

In 2013 wurden 44,9 % (n=22) der Gutachten für Anspruchsberechtigte nach der **Beihilfeverordnung** angefertigt. Gegenüber dem Vorjahr (n=17; 34%) wurden für diesen Personenkreis 5 Gutachten mehr (29,4 % mehr) erstellt. Anzumerken ist, dass bereits von 2004 bis 2007 eine Zunahme der Gutachtenaufträge für diese Anspruchsgruppe zu sehen ist.

In 2013 wurden insgesamt 51 % (n=25) der Gutachten für Berechtigten nach dem **AsylbLG** gefertigt. In 2013 entfielen davon 46,9 % (n=23) auf Anspruchsberechtigte nach § 3 AsylbLG und ein geringer Anteil von 4,1 % (n=2) auf PatientInnen mit Ansprüchen nach § 2 AsylbLG.

Die Anzahl der Begutachtungen für Anspruchsberechtigte nach AsylbLG hat sich gegenüber dem Vorjahr um 6 Gutachtenaufträge (19,4 %) vermindert. Es zeigt in beiden Jahren ein Überwiegen der Anträge für Anspruchsberechtigte nach § 3 gegenüber denjenigen nach § 2 (2013: 92,0 %). Das Übergewicht erklärt sich aus der Tatsache, dass Patienten mit Ansprüchen nach § 2 AsylbLG hinsichtlich ihrer Ansprüche bei Zahnbehandlungen, insbesondere bei planbaren Maßnahmen, wie die Versorgung mit Zahnersatz, Versicherten der AOK gleichgestellt sind. Über die Größenordnung der betroffenen Patienten und über die Organisation der Begutachtung bei Patienten nach § 2 AsylbLG durch die AOK liegen uns keine Informationen vor.

In 2013 wurden ähnlich viele Gutachten für Beihilfeberechtigte wie für Asylbewerber erledigt, in 2012 waren es nur ca. halb so viele. Nachdem das Übergewicht der Gutachten für Beihilfeberechtigte 2007 bis 2009 geringer geworden war, ist gegenüber 2012 wieder ein Anstieg zu sehen.

Für Beihilfeberechtigte werden Kostenvoranschläge und Abrechnungen nach GOZ erstellt. Die Begutachtung für diese ist deutlich aufwändiger, als nach dem BEMA, an dem sich Heil- und Kostenpläne und Abrechnungen für Anspruchsberechtigte nach dem AsylbLG orientieren, da erheblich mehr Variationsmöglichkeiten und Freiheiten in der Leistungsberechnung und in der Therapie bestehen.

Der gestiegene Anteil an Beihilfegutachten könnte den höheren Gesamt-Personalaufwand im Verhältnis zur Anzahl der Gutachtenaufträge im Jahr 2013 gegenüber 2009 erklären.

Für die Beurteilung von **Dienstunfällen** wurden 2013 zwei Gutachten erstellt. Insgesamt scheinen zahnärztliche Fragestellungen in diesem Bereich weiterhin Einzelfälle zu sein.

Im Jahr 2013 wurde der Zahnärztliche Dienst zum **Kindeswohl** (Vernachlässigung) nicht um gutachterliche Stellungnahmen gebeten. In 2012 war dies einmal der Fall.

Kostenbetrachtungen in Abhängigkeit vom gesetzlichen Anspruch der PatientInnen

Die durchschnittliche Kostenhöhe pro Fall deutet in 2013 weiterhin, wie in den Jahren 2009 und 2008⁷, auf einen sozialen Gradienten bei der Planung zahnärztlicher Versorgung. Sie war in allen drei Jahren für Beihilfeberechtigte am höchsten. Beim Vergleich der Kosten für Asylbewerber und Beihilfeberechtigte ist zu bedenken, dass für die erste Gruppe überwiegend Zahnersatz und für die zweite Gruppe überwiegend Kieferorthopädie zu begutachten war. Zwischen Asylbewerbern, die Anspruch nach § 2 AsylbLG haben und Patienten mit Anspruch nach § 3 AsylbLG, besteht nur ein geringer Unterschied in der durchschnittlichen Kostenhöhe (§ 2 AsylbLG: 1.291,62 €; § 3 AsylbLG: 1.462,91 €). Insgesamt ist der Anteil der Begutachtungen der Anspruchsberechtigten nach § 2 AsylbLG weiter niedrig, s. o. (2013: n=2), sodass dieser Kostenvergleich hier nur aus Gründen der Vollständigkeit angegeben wird. In Folgenden werden die beiden Gruppen, die Anspruch nach dem AsylbLG haben, zusammen betrachtet.

Bei Beihilfeberechtigten war 2013 die durchschnittliche Kostenhöhe der geprüften Fälle (4.271,13 €) fast 3-mal so hoch wie für Anspruchsberechtigte nach dem AsylbLG.

Tendenziell scheint das Ungleichgewicht größer zu werden.

⁷ In den Jahren 2010 bis 2012 konnte diese Analyse nicht durchgeführt werden.

Die Höhe der Kosten für begutachtete Dienstunfälle liegt, wie in den Jahren 2009 und 2008, deutlich darunter, was darin begründet ist, dass diese keine „vollständige Versorgung“ umfassen, sondern auf die lokale Versorgung der direkten Unfallfolgen begrenzt war (z. B. Trauma von Einzelzähnen im Frontzahnbereich).

Insgesamt ist die durchschnittliche Kostenhöhe aller Prüfaufträge (2.747,12 €) niedriger als im Vorjahr (s. u.). Für die letzten drei Jahre umfasst sie einen Betrag von durchschnittlich ca. 2.100 €. Die Schwankung ist gering.

Die Situation stellt sich 2013 wie folgt dar:

Anspruch nach	Anzahl	Ges-Kosten gem. Anspruch	Durchschnittskosten/ Fall
Beihilfeverordnung	22	93.964,92 €	4.271,13 €
§ 2 AsylbLG	2	2.583,24 €	1.291,62 €
§ 3 bzw. § 4 AsylbLG	23	33.647,03 €	1.462,91 €
Dienstunfall	2	4.413,75 €	2.206,88 €
Gesamt	49	134.608,94 €	2.747,12 €

Eine weitere Auffälligkeit ist der deutliche Anstieg der durchschnittlichen Kosten der PatientInnen mit Beihilfeansprüchen seit den Berichtsjahren 2007, 2008 und 2009.

Weiter unten werden wir auf die Kosten hinsichtlich ihrer Stratifizierung nach dem Geschlecht eingehen.

Aufträge hinsichtlich Anzahl und Höhe der Prüfkosten, stratifiziert nach Auftraggebern

Anzahl

Die Verteilung der Gutachtaufträge in Abhängigkeit von den Auftraggebern stellt sich, entsprechend den Zuständigkeiten, analog dem gesetzlichen Anspruch dar.

Hauptauftraggeber für zahnärztliche Gutachten waren im Jahr 2013 die AOK HB und Bhv, gemäß Vereinbarung mit Amt 50 (insgesamt 24 Aufträge; davon AOK: 44,9 %; n=22; Amt 50 direkt: 4,1 %; n=2;), und das Personalamt (insgesamt 22 Aufträge, davon Beihilfestelle: Amt 11/42; 40,8 %; n = 20 und Dienstunfallstelle: Amt 11/214; 4,1 %; n = 2)

Die Anträge zur Begutachtung für das Sozialamt wurden direkt von der AOK Bremen und Bremerhaven gestellt. Des Weiteren wurden im Rahmen der Amtshilfe jeweils ein Gutachten für ein niedersächsisches Sozialamt, für eine nordrhein-westfälische Beihilfestelle und für ein niedersächsisches Gesundheitsamt angefertigt (je 2 %).

Die Anforderung von Beihilfegutachten in den letzten Jahren liegt nach Auskunft des Personalamtes (Hauptauftraggeber) weiterhin in der auffällig angestiegenen Kostenhöhe für kieferorthopädische Heil- und Kostenpläne begründet. Zwischen den BehandlerInnen fallen den zuständigen SachbearbeiterInnen in Amt 11 Unterschiede des Leistungsansatzes in Umfang (zum Ansatz gebrachte Positionen) und Höhe (Schwellenwerterhöhungen) auf (mündliche Mitteilung). So werden dem Amt 53/44 fast ausschließlich Kostenvoranschläge bestimmter BehandlerInnen zur Prüfung vorgelegt.

Wie oben ausgeführt, wurde ab September 2013 die Unterstützung durch eine beratende Fachzahnärztin für Kieferorthopädie wieder in Anspruch genommen, um der Schwierigkeit der Therapiebeurteilung und der Kostenanalysen gerecht zu werden. Da, wie o. a. Widersprüche durch die betroffene Klientel nicht unerwartet sind, wurde auf diese Weise die geführte Argumentation fachlich gut fundiert.

Zu den Prüfaufträgen der AOK ist anzumerken, dass jede Stellungnahme sowohl an die AOK, als auch nachrichtlich an Amt 50 gesandt wird. Es soll dort eine zusätzliche Prüfung möglich sein, da von Amt 50 die Kosten für zahnärztliche Maßnahmen getragen werden. Unklarheiten und Inkonsistenzen werden mitgeteilt.

Die Verteilung der Aufträge zeigt für die beiden größten Auftraggeber (Amt 11/42 und AOK (für das Sozialamt) relativ häufiger Anträge für Männer, bzw. Jungen als für Frauen bzw. Mädchen (Amt 11/42: Verhältnis m/w: 1,5; AOK: Verhältnis m/w: 1,4).

Diese stimmt erwartungsgemäß mit dem nicht stratifizierten Gesamtverhältnis von Begutachtungen für Männer und Frauen überein.

Höhe der Prüfkosten

Hinsichtlich der **Gesamtprüfkosten** der geforderten Gutachten stellt sich die Situation anders dar. Obwohl die Anteile der Anzahl der Gutachten zwischen AOK und Amt 11/42 annähernd gleich sind, entfallen mit 59 % der Gesamtkosten von 143.608,94 € auf Aufträge von Amt 11/42 (Personalamt Beihilfestelle) und 24 % der Kosten auf Aufträge der AOK. Das sind 2,5-fache Prüfkosten für Amt 11/42 gegenüber der AOK. Die übrigen Kosten verteilen sich zu 11 % auf eine auswärtige Beihilfestelle, zu 3 % auf Amt 11/214 (Personalamt Dienstunfälle) 2 % auf ein auswärtiges Sozialamt und 1 % auf Amt 50 (Sozialamt direkt).

Diese Verteilung ist aufgrund der unterschiedlichen Durchschnittskosten der geprüften Heil- und Kostenpläne nicht unerwartet. Die durchschnittlichen Fallkosten von Amt 11/42 betragen das 2,7-fache der Fallkosten der AOK. Für die Planung und Abschätzung von Gesundheitskosten kann das Ergebnis hilfreich sein. Außerdem kann es auf Möglichkeiten der Wertschöpfung durch Begutachtung hinweisen. Die Tabelle zeigt die Gegenüberstellung der Anteile nach Anzahl und nach Kostenumfang. In der Spalte „Antragskosten der Gutachten“ ist die Dimension der Kosten des jeweiligen Stratumms zu entnehmen.

	Anzahl GA	Anteil nach Anzahl	Antragskosten der Gutachten	Anteil nach Kosten	Durchschnittskosten pro Fall
Amt 11/42	20	41%	79.078,21 €	59%	3.953,91 €
Amt 50	2	4%	1.424,69 €	1%	712,35 €
AOK Bhv HB	22	45%	31.945,50 €	24%	1.452,07 €
Amt 1/214	2	4%	4.413,75 €	3%	2.206,88 €
Sozialamt NS	1	2%	2.860,08 €	2%	2.860,08 €
Auswärtige Beihilfe	2	4%	14.886,71 €	11%	7.443,36 €
Gesamt	49	100%	134.608,94 €	100%	2.747,12 €

Kostenbetrachtungen im Verlauf der Zeit

Die Gesamtprüfkosten der Gutachtaufträge der Jahre 2004 bis 2013 zeigen folgende Entwicklung:

Jahr	Gesamtprüfkosten	Anzahl Gutachten	durchschnittliche Prüfkosten pro Fall
2004	154.294,51 €	151	1.021,82 €
2005	73.154,32 €	46	1.590,31 €
2006	171.246,01 €	77	2.223,97 €
2007	184.797,34 €	87	2.124,11 €
2008	153.776,03 €	69	2.228,64 €
2009	170.229,08 €	90	1.891,43 €
2010	119.660,52 €	53	2.257,75 €
2011	106.928,71 €	51	2.096,64 €
2012	127.868,83 €	50	2.557,38 €
2013	134.608,94 €	49	2.747,12 €
Gesamt	1.396.564,29 €	723	1.931,62 €

Nach einem deutlichen Rückgang der Gesamtprüfkosten im Jahr 2005, in Folge der Änderung der gesetzlichen Situation, der Organisation der Zuständigkeiten für Begutachtungen sowie der Zusammensetzung der Aufträge, stellte sich die Höhe der Prüfkosten zunächst bis 2009 auf das vorherige Niveau (2004) zwischen 150 und 190 Tsd. € ein. Es zeigte dann einen stärkeren Rückgang (2010, 2011) und in den letzten beiden Jahren wiederum einen Anstieg. Die Größenordnung beläuft sich, bis auf das Jahr 2005, zwischen 2004 und 2013 auf Beträge zwischen 100 Tsd. und 190 Tsd.

Dagegen zeigen die durchschnittlichen Prüfkosten pro Fall, im Laufe der Zeit eine steigende Tendenz. Die durchschnittlichen Prüfkosten waren in 2013 um 7 % höher (Faktor 1,07) als in 2012 und fast 3-mal so hoch wie in 2004. (Faktor 2,7).

Kostenbetrachtungen in Abhängigkeit vom Geschlecht

In 2013 sind die Gesamtkosten der geprüften Fälle für Patienten (83.488,99 €; n=29) höher als die für Patientinnen (51.119,95 €, n=20). Das Verhältnis der Begutachtungsfälle (Fälle: w/m: Faktor: 0,69) stimmt mit dem Verhältnis der Kosten näherungsweise überein (Kosten: w/m: Faktor: 0,61). Die Durchschnittskosten pro Fall für Patienten (2.878,93 €) unterscheiden sich ca. 320 € von denen für Patientinnen (2.556,00 €). Die durchschnittlichen Kosten der Prüffälle bei Männern sind 12,6 % höher (Verhältnis: w/m:0,9).

Geschlecht	Anzahl Gutachten	Gesamtprüfsumme	Anteil Kosten	Durchschnittskosten pro Fall
Patienten	29	83.488,99 €	62,0%	2.878,93 €
Patientinnen	20	51.119,95 €	38,0%	2.556,00 €
Gesamt	49	134.608,94 €	100%	2.747,12 €
Verhältnis m/w ⁸	1,45	1,63		1,13
Verhältnis w/m	0,69	0,61		0,9

Kosten nach gesetzlichem Anspruch in Abhängigkeit vom Geschlecht

Oben wurde bereits erwähnt, dass größere Unterschiede zwischen den Prüfsummen der Heil- und Kostenpläne für Anspruchsberechtigte nach dem AsylbLG und den Prüfsummen der Kostenvoranschläge für Anspruchsberechtigte nach der Beihilfeverordnung bestehen.

Vergleicht man die Gesamtkosten hinsichtlich des gesetzlichen Anspruches zwischen **Patienten und Patientinnen**, zeigen sich in der Höhe vergleichbare Beträge bei Anspruchsberechtigten nach AsylbLG (männlich: 17.644,03 € und weiblich: 18.586,24 €; Faktor 0,95). Dagegen ist bei Beihilfeberechtigten ein Unterschied von 28.907,50 € zwischen den geprüften Gesamtkosten bei Patienten (61.431,21 €) gegenüber denen der Patientinnen (32.533,71 €; Faktor m/w: 1,9) zu sehen.

Die Gesamtkosten geben Aufschluss über die Dimension der Kosten in Abhängigkeit vom gesetzlichen Anspruch bei männlichen und weiblichen Anspruchsberechtigten. Um geschlechtsabhängige Informationen über die Anträge zu erhalten, wurden die Durchschnittskosten der vorgelegten Gutachten ermittelt.

Während anspruchsberechtigte Patientinnen nach dem AsylbLG, mit einem durchschnittlichen Antragsvolumen von 1.689,66 €, um 429,37 € über dem der männlichen Patienten (1.260,29 €, Verhältnis w/m 1,31; bzw. m/w 0,75) liegen, ist die Situation bei Beihilfeberechtigten umgekehrt. Hier sind die durchschnittlichen Prüfanträge der Männer, bzw. Jungen mit 4.725,48 € um 1.110,62 € deutlich höher als die der Frauen bzw. Mädchen (3.614,86 €; Verhältnis w/m: 0,76 bzw. m/w: 1,34).

Bei der Betrachtung des Begutachtungsgrundes in Abhängigkeit vom Geschlecht, zeigt sich, - wie bereits oben angemerkt, dass 2013 aufgrund der insgesamt 21 eingereichten Heil- und Kostenpläne, bzw. Kostenvoranschläge mehr Jungen (57 %; n=12) als Mädchen (43 %; n=9) wegen einer kieferorthopädischen Behandlung begutachtet wurden. Hinsichtlich der insgesamt 25 Pläne für Zahnersatzbehandlung wurden ebenfalls mehr Männer (56 %; n=14) als Frauen (44 %; n=11) begutachtet.

⁸ w: weiblich; m: männlich

Kostenverteilung nach den Stratifizierungsvariablen: Anspruchsgrundlage, Geschlecht und Prüfungsgrund

Abschließend sei ein Überblick über die geschlechtsspezifische Verteilung der Gutachten mit Gesamtprüfkosten und Durchschnittskosten pro Fall in Abhängigkeit vom Prüfungsgrund und der Anspruchsgrundlage für das Jahr 2013 gegeben.

Die Aufstellung ermöglicht eine differenziertere Analyse der Verteilung der Begutachtungen auf die Subgruppen und der zugehörigen Gesamtprüfkosten sowie der durchschnittlichen Kostenhöhe pro Fall in den Untergruppen.

Die unterschiedlichen Gesamtprüfsummen zwischen Jungen und Mädchen mit Anspruch nach der Beihilfeverordnung, die oben bereits beschrieben wurden, sind direkt ablesbar, ebenso wie der Unterschied zwischen den durchschnittlichen Prüfkosten bei Heil- und Kostenplänen für Zahnersatz bei Männern und Frauen mit Anspruch nach dem AsylbLG. Stratifizierung nach Anspruchsgrundlage, Geschlecht, zahnärztlichem Untersuchungsgrund mit den zugehörigen Gesamt- und Durchschnittskosten:

Anspruchsgrundlage	Geschlecht	Anzahl	Untersuchungsgrund	Summe von Gesamtkosten	Durchschnittskosten pro Fall
AsylbLG §3	männlich	14	Zahnersatz	17.644,03 €	1.260,29 €
Beihilfeverordnung	männlich	12	Kieferorthopädie	47.708,63 €	3.975,72 €
Beihilfeverordnung	männlich	1	Implantate + ZE	13.722,58 €	13.722,58 €
Dienstunfall	männlich	1	Zahnersatz	348,11 €	348,11 €
Dienstunfall	männlich	1	Implantate + ZE	4.065,64 €	4.065,64 €
AsylbLG §§ 2+3	weiblich	10	Zahnersatz	15.342,62 €	1.534,26 €
AsylbLG §3	weiblich	1	Kieferorthopädie	3.243,62 €	3.243,62 €
Beihilfeverordnung	weiblich	8	Kieferorthopädie	31.369,58 €	3.921,20 €
Beihilfeverordnung	weiblich	1	Zahnersatz	1.164,13 €	1.164,13 €
Gesamt		49		134.608,94 €	2.747,12 €

Der Vergleich von 2013 mit den verfügbaren Daten der Jahre 2008 und 2009 zeigt, dass die jeweils höchsten Gesamtprüfkosten in allen drei Jahren für Kieferorthopädie-Gutachten der beihilfeberechtigten Jungen und Mädchen zu beurteilen waren. Ebenso werden in diesen Gruppen in 2008 und 2009 die höchsten durchschnittlichen Prüfkosten pro Fall beobachtet. Auch wenn im Jahr 2013 die beiden höchsten Prüfkosten pro Fall die Begutachtungen von Implantatversorgungen mit Zahnersatzüberkonstruktion betreffen, lässt sich ablesen, dass dies nur eine geringe Fallzahl (n=2) betrifft. In 2013 sind innerhalb der drei Berichtsjahre die höchsten durchschnittlichen Fallkosten der beiden Subgruppen (m+w) der kieferorthopädischen Versorgung beihilfeberechtigter Patienten zu sehen.

Kostenentscheidungen

Von der Gesamtsumme von 134.608,94 € beantragter Kosten wurden insgesamt 90.370,42 € (67,1 %) befürwortet und 44.237,52 € (32,9 %) abgelehnt. Das Verhältnis von befürworteten zu abgelehnten Kosten verhält sich wie 2:1 (Faktor: 2)

Während bei Männern 61 % der Kosten befürwortet und 39 % der Kosten abgelehnt wurden, wurden bei Frauen 77 % der Kosten befürwortet und 23 % der Kosten abgelehnt.

Bei Männern beträgt das Verhältnis zwischen befürworteten Kosten und abgelehnten Kosten den Faktor:1,6. Dagegen ist dieses Verhältnis bei den Frauen 3,3. Das bedeutet, dass bei den Frauen 3,3-mal so viele Kosten befürwortet wurden wie abgelehnt und bei den Männern nur 1,6-mal so viele.

Geschlecht	Anzahl	Gesamt-Prüfkosten	Gesamt Ja-Kosten	Anteil ja	Gesamt Nein-Kosten	Anteil nein	Verhältnis ja/nein
männlich	29	83.488,99 €	51.209,27 €	61%	32.278,72 €	39%	1,6
weiblich	20	51.119,95 €	39.161,15 €	77%	11.958,80 €	23%	3,3
Verhältnis m/f	1,5	1,6	1,3		2,7		
Gesamt	49	134.608,94 €	90.370,42 €	67,1%	44.237,52 €	32,9%	2,0

Siehe hierzu die Abbildung 19: Gesamtprüfkosten, Zustimmungen, Ablehnungen durch Begutachtungen, stratifiziert nach Geschlecht

Kostenentscheidungen und gesetzlicher Anspruch

Die Entscheidungen bei Patienten mit Anspruch nach dem AsylbLG mit befürworteten Kosten von 10.528,77 € (29 % der beantragten Kosten) und 25.700,50 € (71 %) abgelehnter Kosten unterscheiden sich sehr stark von denen bei Beihilfeberechtigten mit Befürwortungen in Höhe von 79.493,54 € (85 % der beantragten Kosten) und Ablehnungen in Höhe von 14.471,38 € (15 %).

Anspruch	Anzahl	Summe GesKosten	Summe Ja-Kosten	Anteil Ja-Kosten	Summe Nein-Kosten	Anteil Nein-Kosten
Asyl §§ 3;4	25	36.230,27	10.528,77	29%	25.700,50	71%
Beihilfeverordnung	22	93.964,92	79.493,54	85%	14.471,38	15%
Dienstunfall	2	4.413,75	348,11	8%	4.065,64	92%
Gesamt	49	134.608,94	90.370,42	67%	44.237,52	33%

Die Unterschiede in den Kostenentscheidungen lassen sich zu einem Teil durch eine fehlende Information hinsichtlich der Möglichkeiten für planbare zahnärztliche Maßnahmen bei Patienten mit Ansprüchen nach dem AsylbLG erklären. Wie auch aus dem Gesundheitsamt Bremen berichtet wurde, ist den behandelnden Zahnärzten bei der Behandlungsplanung der Status der Patienten nicht bekannt. Da Ansprüche nach § 3 AsylbLG eine Versorgung mit Zahnersatz nur in medizinisch begründeten, unaufschiebbaren Einzelfällen vorsehen, eine zahnmedizinisch sinnvolle Behandlungsplanung jedoch auf eine umfassende Sanierung ausgerichtet ist, ist es verständlich, dass ein großer Anteil der Planungen (Heil- und Kostenpläne) der Forderung von §3 AsylbLG nicht entsprechen. Die ablehnenden Gutachtenentscheidungen bei diesen Anspruchsberechtigten sind somit als logische Folge erklärbar. Dagegen sieht die GOZ, die bei Patienten nach der Beihilfeverordnung angewandt wird, eine umfassendere Versorgung und Sanierung von Störungen der Mundgesundheit vor.

Teil 2

Produkt: Zahnärztlicher Dienst/Zahngesundheitspflege Gruppenprophylaxe zur Vorbeugung von Erkrankungen des Kausystems

Produktbereich	Produktgruppe	Lfd. Nr.	Produkt kurze inhaltliche Erläuterung
53.1.	04	7	Zahngesundheitspflege - Gruppenprophylaxe - Haushaltsstelle 03.53.1.04.07

Leistungsnummer: 2

Leistung: **Gruppenprophylaxe**

Kurzbeschreibung: Gruppenprophylaxe umfasst präventive und gesundheitsförderliche Ansätze.
Gemäß den gesetzlichen Anforderungen umfasst Gruppenprophylaxe: Ernährungslenkung, Zahnschmelzhärtung mit Fluoriden, Mundhygiene und Untersuchung der Mundhöhle für Kinder und Jugendliche in Einrichtungen und Schulen. Darüber hinaus werden für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko spezielle, intensivere Programme angeboten.
Gesundheitsförderliche Ansätze sollen den Kindern und ihren Eltern eine Umgebung und personelle Ressourcen bieten, sich gesundheitsförderlich verhalten zu können. Gesundheitsförderliche Ansätze beziehen die Lebenswelt der Kinder (Familie, Schule, Eltern, Erzieher, Lehrer, etc.) mit ein. Sie trennen die Gesamtgesundheit nicht von der Mundgesundheit.

Eingesetzte Ressourcen: Die Ermittlung der Daten aus der verfügbaren Information der Kosten- und Leistungsrechnung (KLR) ergab, dass im Jahr 2013 folgende Stellenanteil in die Zahnärztliche Begutachtung einfließen:
1,93 Stellenanteile, gesamt (0,088 Zahnarzt, 0,105 Zahnärztin, 0,37 Zahnarzthelferin1, 0,31 Zahnarzthelferin2, 0,22 Bürokauffrau).
In den Monaten Januar bis August 2013 wurde der zahnärztliche Anteil der Gruppenprophylaxe durch einen Vertretungszahnarzt, in den Monaten September bis Dezember 2013 durch die Stelleninhaberin erledigt.

Vergleichszahlen für Vorjahre:

Siehe Quartalsabrechnungen

Verantwortliche Stelle: 53/44

Auftragsgrundlage, Gesetzliche Grundlagen:

- § 21 SGB V,
- Rahmenvereinbarung der LAJB e.V.
(Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der
Jugendzahnpflege im Lande Bremen e.V.)
- §§ 9, 10, 14, 23 ÖGDG
- § 12 BremKTG
- § 12 BremSchulG (Bremisches Schulgesetz)
- § 17 BremSchVwG (Bremisches Schulverwaltungsgesetz)

Zielgruppen:

Die Gruppenprophylaxe richtet sich an alle Kinder und Jugendliche bis zum 12. Lebensjahr in Schulen und Kindertageseinrichtungen der Stadt Bremerhaven. Im besonderen Fokus stehen Kinder in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen oder sonstigen schwierigen Lebenssituationen, bei denen mit einem erhöhten Kariesrisiko zu rechnen ist. Für letztere sollen Programme bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt werden.

Außerdem zielt die Arbeit von 53/44 auf die Motivation von Multiplikatoren (Eltern, Personal) und Funktionsträger (z. B. in Ämtern, Organisationen, Zahnarztpraxen, lokalen Krankenkassen, Lebensmittelbetrieben etc.).

In speziellen Veranstaltungen (Tag der Zahngesundheit, Welternährungstag, Schulfeste, Gesundheitstage in Schulen, von Einrichtung und Organisationen, insbesondere für Kinder und Jugendliche, sowie junge Eltern) wird der Effekt von Motivationswirkung bei besonderen Gelegenheiten genutzt. Durch Öffentlichkeitsarbeit wird ein allgemeines gesellschaftliches Interesse an der Mundgesundheit geweckt, wodurch die Basisarbeit der Gruppenprophylaxe mit Kindern in Schulen und Einrichtungen profitiert.

Gruppenprophylaxe erfolgen im Einvernehmen mit der LAJB⁹ (Senator für Gesundheit, Öffentlicher Gesundheitsdienst im Lande Bremen, Krankenkassen und den Zahnärztlichen Organisationen)

Ziele:

- Herstellen gesundheitsförderlicher Strukturen und Bedingungen für Kinder und Jugendlichen in Schulen und Einrichtungen
- gesundheitsförderliches Verhalten durch Stärkung von persönlichen Ressourcen von Kindern und Jugendlichen sowie von Eltern und Multiplikatoren ermöglichen.
- Erhaltung (Primärprävention) und Herstellung von Mundgesundheit durch Früherkennung und Frühbehandlung (Sekundärprävention)
- Vermeidung von Kosten für Behandlungen von Erkrankungen des Kauystems.

⁹ Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege im Lande Bremen e.V.

Bericht zur Gruppenprophylaxe in 2013

Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über eine inhaltliche Einteilung der Gruppenprophylaxe in Komponenten gegeben. Sie richten sich nach dem aktuellen Stand der Arbeit des Zahnärztlichen Teams in diesem Feld. Im Anschluss folgen die Skizzierung des übergreifenden Konzepts der Gruppenprophylaxe mit Verweis auf die individuellen Darstellungen der Mitarbeiterinnen, Überlegungen zur Bedeutung der Kommunikation als zentralem Erfolgsfaktor, zeitliche Beeinflussungen und schließlich die Darstellung und Bewertung der Leistungen im Jahr 2013 nach der bisherigen, vorgegebenen Produktzuordnung.

Im Jahr 2013 wurden keine Untersuchungen in Kindertagesstätten durchgeführt. Die Ausführungen beziehen sich auf die Gruppenprophylaxe in der Schule, speziell auf die Grundschule.

Die Komponenten der Gruppenprophylaxearbeit

Die folgenden Teilleistungen bilden die Gruppenprophylaxe, wie sie durch den zahnärztlichen Dienst zurzeit durchgeführt wird, schematisch ab.

- Leistung 1: Altersgerechte, **unterrichtliche Aktionen**,
Pädagogische Vermittlung der Leistungsziele in Gruppen innerhalb der gewohnten Lernumgebung
- Zusammenhänge **Verhalten und Mundgesundheit**
 - Gesunde **Ernährung** und Zusammenhänge mit Gesundheit, Genuss, sozialen Bedingungen, Lebenswelt und Lebensstil etc.
 - **Kariesentwicklung und -vermeidung**, Gebissentwicklung,
- Leistung 2: **Mundhygienetraining** und theoretische Zusammenhänge
- Leistung 3: **Zahnschmelzhärtung mit Fluoriden**, deren Wirkweise
- Leistung 4: **Zahnärztliche Untersuchungen**
- **Angstabbau, Verstehen** von Zusammenhängen,
 - Erhebung von **Gebissbefunden** (
 - Daten für Behandlungsempfehlungen (Elternbriefe) und Verhaltensmotivation
 - Daten zur Beurteilung der Mundgesundheitsituation Bremerhavener Kinder (Gesundheitsbericht))
- Leistung 5 **Elterninformation** und –motivation (Hauptmultiplikatoren)
- Leistung 6 **Koordinationsarbeit** und **Kooperationen** (z. B. mit Schulen, KiTas, LAJB e. V., Schulamt, Jugendamt, GA Bremen, niedergelassenen Zahnärzten etc.)
- Leistung 7 Motivation und Fortbildung von **sonstigen Multiplikatoren** (z. B. LehrerInnen, Erzieherinnen, Pädagogen der Betreuung, pädagogische Fachkräfte in Krippen, Hort, Küchen personal der Schulen, Fachkräfte in Freizeiteinrichtungen etc.)
- Leistung 8 **Besondere Aktionen** (Tag der Zahngesundheit, Schulfeste, Projektstage, Gesundheitswoche etc.)
- Leistung 9
- **Unterrichtsmaterial**: Arbeiten zur Entwicklung, Herstellung, Erprobung, Anschaffung, Vorbereitung etc.,
 - Unterrichtsmaterial bereitstellen

Leistung 10	Fort-, und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen bzw. des Teams Einüben neuer Techniken und Konzepte („learning by doing“)
Leistung 10	Vor- und Nachbereitung von Instrumentarium und Material für Mundhygienetraining, zahnärztliche Untersuchungen und Fluoridierungen, Materialpflege, Bestellungen
Leistung 11	Transporte, Auf- und Abbau

Übergreifendes Konzept für den Ablauf der Gruppenprophylaxe im Jahr 2013

Programm sowie Art und Weise des „Gesamtpakets Gruppenprophylaxe“ durch den zahnärztlichen Dienst in Bremerhaven sind als dynamisches Konzept anzusehen, das seit Beginn der 90-er Jahre einer Weiterentwicklung unterzogen wurde.

Das Prinzip des Lernens mit allen Sinnen und Konfuzius' Maxime¹⁰, dass der effektivste Lerneffekt aus eigenen Erfahrungen resultiert, haben sich als besonders praktikable und effektive Umsetzungslösungen erwiesen.

Die Mitarbeiterinnen des Teams haben durch kontinuierliche, interne und externe Fort- und Weiterbildung eine Entwicklung durchlaufen und im Laufe der Zeit deutlich ausgeweitete Fähigkeiten und Kenntnisse erworben. Dadurch konnten sie zunehmend selbständiger umfassendere Aufgaben erledigen. Aus diesem Grund konnte das Leistungsangebot des zahnärztlichen Dienstes gesteigert und qualitativ verbessert werden.

Angestrebt wird eine aktuelle, auf Bremerhaven ausgerichtete Gruppenprophylaxe, mit dem obersten Ziel der Förderung der Mundgesundheit der Kinder, welches am besten durch gleichzeitige, optimale Arbeitsmotivation der MitarbeiterInnen erreicht werden kann. Als förderliche Voraussetzungen hierfür können genannt werden:

- Angemessene, individuelle Anforderungen durch die Aufgaben, weder Unter- noch Überforderung,
- Erfolgserlebnisse durch positive Rückmeldungen von den Zielgruppen,
- funktionierende Teamarbeit mit gegenseitiger Verantwortlichkeit
- Anerkennung und Vertrauen in die Fähigkeiten durch Verantwortliche der eigenen Organisation

Kommunikation als allgemeine Anforderung für Gruppenprophylaxe

Der Erfolg der Gruppenprophylaxe hängt von einer funktionierenden Kommunikation ab, nicht nur mit Zielgruppen sondern und auch innerhalb des Teams.

Die wichtigste Kommunikation betrifft die Arbeit mit den Kindern. Sie wird näher in den Ablaufdarstellungen behandelt.

Während der Aktionen in den Schulen werden im Team regelmäßig Besprechungen zum aktuellen Verlauf geführt und ggf. Korrekturen, bzw. Anpassungen vorgenommen.

In allen drei Phasen des Kontaktes mit der Schule (Anmeldung und Planung, Durchführung sowie Nachbesprechung) werden in Gesprächen die Wünsche der Schule berücksichtigt und mit den fachlichen Forderungen von Amt 53/44 zur Deckung gebracht, um die Aktionen reibungslos und effektiv in den gewohnten Schulablauf zu integrieren.

- Die erste Kontaktaufnahme und Vorplanung mit der Schule erfolgt durch eine erfahrene Prophylaxefachkraft (Zahnarzhelferin1).

¹⁰ „Erzähle mir, und ich vergesse; Zeige mir, und ich erinnere. Lass es mich tun und ich verstehe.“
(Konfuzius, 553-473 v. Chr.)

Am besten wird akzeptiert, wenn pro Vormittag nicht mehr als eine Klasse mit dem kompletten Gruppenprophylaxeprogramm versorgt wird. Die Erfahrungen über viele Jahre, besonders eindrücklich auch im Kariesrisikoprojekt (Reinke,2009), haben gezeigt, dass Schulen die Arbeit des Zahnärztlichen Dienstes umso mehr schätzen und umso eher bereit sind zu kooperieren, je gründlicher und intensiver die Gruppenprophylaxe durchgeführt wird. Eine ablehnende Haltung besteht gegenüber einem oberflächlichen und hektischen „Durchziehen“ vieler Klassen an einem Vormittag. Die Schule scheint mehr zu interessieren, dass die Zeit mit den Kindern umfassend und sinnvoll genutzt wird, als die vermeintliche „Störung“ des Schulalltags, so schnell wie möglich „hinter sich zu bringen“.

Für Kommunikationsarbeit vor, während und nach den Aktionen mit den Schulen ist ausreichend Zeit vorzusehen. Eine gute Kommunikation erhöht nicht nur den direkten Erfolg der Arbeit mit den Kindern, sondern wirkt sich auch indirekt, über die Motivation von Eltern und Schulen, durch deren Unterstützung auf die Verbesserung der Mundgesundheit der Kinder aus (z. B. Organisation und Beaufsichtigung des wöchentlichen Einbürstens von Fluoridgels durch die LehrerInnen, gesunde Frühstücksaktionen in der Schule, Umsetzung der Empfehlungen in den Elternbriefen, Kontrolle des häuslichen Zähneputzens etc.).

Zeitliche Beeinflussungen

Der Zahnärztliche Dienst ist in seiner Zeitgestaltung für die Gruppenprophylaxe nicht frei. Die Bindung an die Schulrhythmen bedingt eine zeitliche Bindung an den Vormittag und die Beschränkung auf Schultage, außerhalb der Schulferien. Darüber hinaus ist es schwierig, in bestimmten Zeiten des Schuljahres (z. B. Schuleingangsphase, Vorweihnachtszeit, Zeit vor den Zeugnissen, Zeit der Klassenfahrten, Sportvergleichskämpfe, Aufführungen) eine Motivation zur Kooperation zu erlangen. Die SchülerInnen sind z. B. nicht anzutreffen, aufgeregt, abgelenkt, weniger belastbar etc. LehrerInnen sind voll ausgelastet oder überlastet. Eine angespannte Stimmung durch Stresssituationen in der Schule behindert eine erfolgreiche Arbeit des Gruppenprophylaxeteams.

Die verfügbare Arbeitszeit während des Schuljahres ist wegen der unterschiedlichen Verteilung von Ferien- und Feiertagen nicht gleichmäßig auf die Quartale verteilt.

Im Folgenden soll gezeigt werden, in welcher Größenordnung sich diese Beeinflussung auswirkt und wie sie bei den quartalsabhängigen Auswertungen berücksichtigt werden kann. Für die Ermittlung der verfügbaren Schultage wird die Differenz aus Werktagen minus Ferientagen gebildet. Der Quotient aus den Schultagen des Quartals und den Schultagen des Jahres ergibt einen prozentualen Anteil an Interventionszeit für das Quartal.

Für das Jahr 2013 ergeben sich über die Quartale folgende Anteile der rohen¹¹, verfügbaren Schultage (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Jahr 2013: Verteilung der Schultage, Ferientage und Werktage über die 4 Quartale..

	Interventionsanteil im Quartal ¹² .	Schultage	Ferientage	Werktage	Anteil Schultage/ Werktage
1. Quartal	25,4%	48	15	63	76,2%
2. Quartal	29,6%	56	5	61	91,8%
3. Quartal	20,1%	38	28	66	57,6%
4. Quartal	24,9%	47	16	63	74,6%
Gesamt	1	189	64	253	74,7%

Der Anteil Schultage/ Werktage (letzte Spalte) gibt ein Bild über den prozentualen, tatsächlich nutzbaren Anteil der Zeit und die Ungleichverteilung der möglichen Interventions-tage für GPR¹³ in den einzelnen Quartalen. Der Jahreswert gibt eine durchschnittliche jährliche Interventionsmöglichkeit von 74,7 % der Werktage für 2013 an.

¹¹ Roh, weil als einzige Bedingung der Einfluss durch die Ferienzeit zu Grunde gelegt wurde.

¹² Anteil: Schultage Quartal/ Schultage im Jahr gesamt

¹³ GPR: Gruppenprophylaxe

Unter der Annahme, dass die Leistung über das Jahr entsprechend der verfügbaren Zeit verteilt ist, lassen sich aus den Jahreswerten Quartals-Erwartungswerte für die jeweilige Leistung ermitteln. Diese erleichtern die Vergleichbarkeit der Quartalsleistungen untereinander, weil sie die unterschiedlichen zeitlichen Bedingungen des jeweiligen Quartals berücksichtigen.

Die Berechnung stellt eine vereinfachte Situation dar, da sie unter der Annahme gemacht wurde, dass neben dem Einfluss durch die Ferienzeit keine anderen zeitlichen Einflüsse wirksam werden. Sollen realistische Einschätzungen gemacht werden, zu den tatsächlichen Möglichkeiten, Gruppenprophylaxearbeit zu leisten, müssen von diesen verfügbaren Schultagen alle Zeiten (Tage) abgezogen werden, die mit anderen Aufgaben belegt sind (z. B. Termine für Begutachtungen, Sitzungstermine, Materialausgaben, Büroarbeiten etc. etc.). Gruppenprophylaxe kann fast nur vormittags geleistet werden. Daher wirken sich vor allem Vormittagstermine negativ auf die Bilanz aus. Andererseits begrenzen Halbtagsstellen aller nicht-zahnärztlichen Mitarbeiterinnen die Verlegung von „sonstigen“ Terminen in den Nachmittag.

Durch die Bereitschaft der Halbtagskräfte während der Schulzeiten Überstunden zu leisten, die während der Schulferien als Freizeitausgleich abgegolten werden können, leisten sie einen erheblichen persönlichen Beitrag, die bestehenden Zeitrestriktionen durch die Schulferien auszugleichen. Aus demselben Grunde besteht für sie nur in Ausnahmefällen die Möglichkeit, ihren Urlaub in die kostengünstige Nebensaison, außerhalb der Schulferien zu verlegen. Da es sich nicht um Spitzenverdienerinnen handelt, ist diese Bereitschaft umso mehr anzuerkennen.

Leistungen im Jahr 2013

Leistungsdaten

Oben wurde bereits kurz erwähnt, dass Produkt-Leistungsdaten quartalsweise an Amt 53 gemeldet werden. Dies geschieht in aggregierter Form nach einer festgelegten Produktliste. Die Erfassung erfolgt täglich, bzw. immer, wenn Leistungen erbracht werden. Beim Vergleich mit den oben aufgelisteten Komponenten (Leistungen 1 bis 11) fällt auf, dass durch die bisherige Produktliste nur ein Teil der tatsächlichen Leistungen im Rahmen der Gruppenprophylaxe abgebildet ist.

Gesamtpaket Gruppenprophylaxe.

Der Bericht enthält keinen Vergleich mit Daten der Vorjahre, weil er für 2013 zum ersten Mal in dieser Form erstellt wird. Theoretisch wäre dieser möglich, da die Vergleichszahlen aus den bisherigen „Quartalsabrechnungen“ verfügbar sind. Bei Vorliegen von Zahlen aus mehreren Jahren kann es u. U. günstiger sein, entsprechende Quartale (z. B. jeweils die 2. Quartale) miteinander zu vergleichen, weil so die zeitliche Beeinflussung durch die Schulferien weniger stark ist. Wegen wechselnder Ferienzeiträume von Jahr zu Jahr wird eine restliche Ungleichverteilung bestehen bleiben.

Da die zahnärztlichen Aufgaben im Verlauf des Jahres 2013 durch zwei ZahnärztInnen wahrgenommen wurden, ist zu bedenken, dass eine Vergleichbarkeit der Produktzahlen im Jahresverlauf auch durch individuelle Unterschiede einschränkt sein kann.

Für 2013 wurden nach der Produkteinteilung folgende Gesamtwerte der Unterprodukte geleistet (Siehe Tabelle 3):

Tabelle 3: Produktliste mit Unterprodukten zur Gruppenprophylaxe einschließlich Multiplikatorenmotivation mit Leistungseinheiten und Anzahl der Jahres-Leistungen in 2013

Unterprodukt	Leistungseinheit	Anzahl	Erklärungen
Prophylaxeunterricht	erreichte Kinder und Jugendliche	2141	Ablauf Anhang 1
Fluoridierungsmaßnahmen und Mundhygienetraining	Anzahl Anwendungen plus Kontrollen	5638	Ablauf Anhang 2; 3; 4.
Veranstaltungen für Multiplikatoren	erreichte Multiplikatoren	371	Gespräche mit LehrerInnen, Schulleitungen etc.
Eltern + Multiplikatoreninformation	Anzahl der schriftlichen Informationen (Elternbriefe und KH-Briefe)	2417	nur Elterninformationen
Zahnärztliche Untersuchungen	Anzahl Vorsorgeuntersuchung (Befunderhebung)	1975	Ablauf Anhang 3

Die Liste ist auf die reine Zählung von Leistungen ausgerichtet. Sie ermöglicht keine Einschätzung der Erfüllung von Aufgaben. Die Liste enthält Überschneidungen und unscharfe Operationalisierungen der Zähleinheiten.

Einige der Probleme, sind:

- Unter „*Prophylaxeunterricht*“ werden in der Praxis die Impulse mit Kindern gezählt. Eine Angabe der erreichten Kinder fehlt.
- die Leistung „*Fluoridierungen und Mundhygienetraining*“ aggregiert zwei nicht vergleichbare Arbeiten, eine eher pädagogische Aktion und eine zahnärztliche Anwendung. Die aggregierte Beurteilung ist nicht sinnvoll. Nach der Aggregation können beide nicht mehr voneinander unterschieden und daher nicht beurteilt werden. Die Zähleinheit [Anwendungen] ist eher für die Fluoridierungen angebracht als für die praktische Zahnputzunterweisung.
- Die Bezeichnung „*Eltern- und Multiplikatoreninformation*“ ist nicht korrekt, denn es werden nur Elternbriefe und keine Informationen für andere Multiplikatoren erfasst. Andererseits werden die Basis-Elternbriefe, die jedes Kind bekommt mit den speziellen Motivationsbriefen für Eltern von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko (KH-Briefe) aggregiert. Nach der Aggregation ist keine differenzierte Aussage mehr möglich.
- „*Veranstaltungen für Multiplikatoren*“ ist keine geeignete Bezeichnung für die Zähleinheit.

Die derzeitige Produktliste kann durch eine kritischen Überarbeitung verbessert werden, angesichts komplexer, teamgebundener Arbeitsabläufe, keine leichte Aufgabe.

Die Verteilung der Unterprodukte auf die Quartale des Jahres 2013 ist in der folgenden Tabelle dargestellt (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Anzahl der Leistungen der Unterprodukte zur Gruppenprophylaxe in den Quartalen des Jahres 2013

Unterprodukt	Leistungseinheit	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
Prophylaxeunterricht	erreichte Kinder und Jugendliche	793	452	495	401
<i>Besondere Projekte¹⁴</i>	<i>Anzahl</i>	2		2	3
Fluoridierungsmaßnahmen und Mundhygienetraining	Anzahl Anwendungen plus Kontrollen	1610	1966	735	1327
Veranstaltungen für Multiplikatoren	erreichte Multiplikatoren	126	111	72	62
Eltern + Multiplikatoreninformation	Anzahl der schriftlichen Informationen (Elternbriefe und KH-Briefe)	810	1015	0	592
Zahnärztliche Untersuchungen	Anzahl Vorsorgeuntersuchungen (Befunderhebung)	677	870	0	428

Hier werden die Produkte pro Quartal eines Kalenderjahres (2013) dargestellt. Sämtliche schulischen Ereignisse haben einen Schuljahresbezug. Durch den Schuljahreswechsel sind pro Kalenderjahr 2 verschiedene „Schulpopulationen“, in unterschiedlich langen Zeiträumen des Schuljahrs zu berücksichtigen. Das erschwert z. B. Aussagen, die sich auf den Grad der Abdeckung durch die Gruppenprophylaxe beziehen (auf Schul-, Jahrgangs-, Klassen-, SchülerInnenenebene etc.). Auch Aussagen über die Mundgesundheitsituation müssten so über 2 inkomplette Schuljahre getroffen werden. Daher sollte man grundsätzlich überlegen, wie sinnvoll der Quartals- und der Kalenderjahresbezug sind. Diese dürften bei einer reinen Maßnahmendokumentation, die keine Bezüge herstellt, kein Problem sein.

Die Vorbehalte gelten für die später folgenden Auswertungen:

- Erfüllungsgrad der gruppenprophylaktischen Maßnahmen
- Bericht des Mundgesundheitszustandes der betreuten Kinder

Wie ganz oben erwähnt, wird eine „Maßnahmendokumentation gruppenprophylaktischer Maßnahmen A2“ für die LAJB zur Weitergabe an die DAJ bereits schuljahresbezogen erstellt.

Bewertung der Produkt-Leistungszahlen

Im 3. Quartal wurden weder zahnärztliche Untersuchungen durchgeführt noch Elternbriefe ausgegeben. Der Zusammenhang ist logisch, da Empfehlungen der Elternbriefe auf dem Untersuchungsbefund basieren.

Erklärbar ist dies durch die 6-wöchigen Sommerferien (27.06. bis 07.08.2013), und einen mehrwöchigen Resturlaub des Vertretungszahnarztes direkt im Anschluss an die Ferien, bis zum Ende seiner Vertretungs-Dienstzeit (15. September 2013)

Dagegen wurden die unterrichtlichen Aktionen der Gruppenprophylaxe (Gruppenprophylaxeunterricht) nach den Sommerferien durch das nicht-zahnärztliche Personal weiter durchgeführt, sodass bei diesen im 3. Quartal der zweithöchste Leistungswert innerhalb der 4 Quartale berichtet wurde.

¹⁴ Nicht in der gemeldeten Produktliste enthalten

Die niedrigere Anzahl der Leistungen des Unterprodukts „Fluoridierung und Mundhygienetraining“ des 3. gegenüber den anderen Quartalen, weisen darauf hin, dass ebenfalls keine Fluoridierungen erfolgten. Die Erklärung ist auch plausibel, da Fluoridierungen zwar auf Zahnarzhelferinnen delegiert werden können, aus forensischen Gründen aber die Anwesenheit einer ZahnärztIn (z. B. in den Praxisräumen) erfordern. Aus o. g. Gründen der Aggregation von Fluoridierungen und Mundhygienetraining, ist eine Aussage an Hand der Zahl nicht eindeutig.

Auffällig ist weiterhin, dass die Leistungszahlen aller Unterprodukte des 4. Quartals niedriger sind als die der beiden ersten Quartale, was sich weder durch die Anzahl der Schultage noch durch den erwarteten rechnerischen Anteil erklären lässt (siehe Erklärungen zu Tabelle 2). Von daher wären eher Werte zu erwarten, die geringfügig unter denen des 1. Quartals liegen.

Am plausibelsten als Erklärung für die Zahlen im 4. Quartal ist eine gemischte Beeinflussung:

- Einerseits gab es einen Wechsel in der Leitung des zahnärztlichen Dienstes (Einarbeitungszeit, andere Schwerpunktsetzung der Arbeit)
- Andererseits waren Arbeiten notwendig, die durch die Produkte nicht abgebildet werden: z. B. war für drei Fortbildungsveranstaltungen eine Neugestaltung der zahnärztlichen Vortragsteile erforderlich, die zusätzliche Zeit band. Die Neugestaltung war wegen negativer Rückmeldungen auf den Evaluationsbögen der Vorjahre (z. B. 2012) notwendig geworden.
- Drittens ist der Dezember erfahrungsgemäß schwierig hinsichtlich der tatsächlich verfügbaren Tage für Aktionen und hinsichtlich der Kooperationsmöglichkeiten mit der Schule (Theaterbesuche, Adventsfeiern montags, Nikolaus, schulinterne Aufführungen, Weihnachtsfeiern und allgemeine Hektik.) Tatsächlich kam es zu einer Verlegung, weil wichtige andere Termine in der Planung nicht berücksichtigt waren. Die Zeit konnte aus o. g. Gründen nicht mehr kurzfristig für eine anderen Schule genutzt werden.
- Viertens fiel im Dezember an drei Untersuchungstagen wegen gefährlicher Winterstürme der Unterricht aus. Die bereits begonnene Gruppenprophylaxe konnte dadurch nicht beendet werden
- Fünftens lässt sich wegen der Aggregation ungleicher Leistungen, aus den Zahlen nicht herleiten, wie sich die Fortbildungsveranstaltungen für Krippenerzieherinnen auf die Leistungszahl des Unterproduktes „*Veranstaltung für Multiplikatoren*“ [Erreichte Multiplikatoren]. ausgewirkt haben. (siehe Tabelle 5). Trotz hohen Arbeitsaufwands, ist diese Zahl ebenfalls niedriger.

Tabelle 5: Besondere Projekte und Veranstaltungen für Multiplikatoren des 4 Quartals

Unterprodukt	Einheit	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
Besondere Projekte	Anzahl	2	0	2	3
Veranstaltungen für Multiplikatoren	erreichte Multiplikatoren	126	111	72	62

Besondere Aktionen und Veranstaltungen im Jahr 2013

Zählbare Leistungsdaten der **besonderen Veranstaltungen** im Jahr 2013 sind in den Tabelle 2, 3 und 4 in verschiedenen Positionen enthalten, jedoch aufgrund der aggregierten Darstellung nicht zu identifizieren. Wegen ihrer Bedeutung sind folgende, besondere Veranstaltungen des Jahres 2013 zu nennen:

- **Vorstellung der Gruppenprophylaxe bei einer Sitzung des Zentralelternbeirates der Bremerhavener Schulen (ZEB)**

Die Mitarbeiterinnen stellten im Januar 2013 bei einer Sitzung des ZEB das Konzept der Gruppenprophylaxe vor und beantworteten Fragen. Durch die Einladung des ZEB zeigte sich die positive Rückmeldung auf die geleistete Elternarbeit von Amt 53/44. Eine gute Kooperation mit dem ZEB erweitert allgemein die Möglichkeiten für den Einsatz der Gruppenprophylaxe und speziell die Akzeptanz der Elternmotivation.

- **Projektwoche Wilhelm Raabe-Schule**

Der Zahnärztliche Dienst beteiligte sich im Februar 2013 an drei aufeinanderfolgenden Tagen an der Projektwoche „Gesundheit“ für SchülerInnen der 6. Klassen der Wilhelm-Raabe-Schule. Hierzu wurden Stationen zur Kariesentstehung, Mundhygiene, Zahnpastaherstellung und Zahnärztliche Tätigkeiten angeboten.

Pro Vormittag konnten zwei Klassen das Programm durchlaufen.

- **Gesundheitswoche mit besonderen Aktionen für Kinder- und Jugendliche**

Im Rahmen der Bremerhavener Gesundheitswoche beteiligte sich der Zahnärztliche Dienst im September 2013 mit Stellwandinformationen und Ständen mit attraktiven Aktionen zur Kariesprophylaxe (Karieshöhle, Herstellung von Zahnpasta, Selbst bohren, wie ein Zahnarzt/eine Zahnärztin etc.)

- **Besonderen Aktionen zum Tag der Zahngesundheit**

Anlässlich des Tags der Zahngesundheit bot der Zahnärztliche Dienst im Gesundheitsamt ein Vormittagsprogramm mit besonderen Aktionen aus der Gruppenprophylaxe für eine eingeladene Klasse der Schule am Leher Markt an (Karieshöhle, Eiertest, gemeinsame Zubereitung von gesundem Frühstück, das anschließend gemeinsam gegessen wurde; Mundhygienetraining).

- **3 Fortbildungsveranstaltungen für Fachkräfte in Krippen**

Im November 2013 (6., 11. und 18.) wurden im Gesundheitsamt 3 Fortbildungsveranstaltungen für pädagogische Fachkräfte in Krippen angeboten.

Besondere Aktionen und Veranstaltungen haben einen hohen Wert für die Arbeit des zahnärztlichen Dienstes. Auch wenn sie einerseits mehr Arbeitszeit für die Vorbereitung, und kreative Entwicklungsarbeit benötigen, bewirken sie andererseits sehr positive Motivationseffekte (Öffentlichkeit, Eltern, Schulen, spezielle Gruppen, Medieninteresse, Motivation der Akteure) und erzeugen positive Rückmeldungen. Sie motivieren das Team, sich weiterzuentwickeln z. B. neue Aktionsformen, neue Unterrichtsmaterialien, gesamte neue Aktionspakete zu entwerfen, zu erstellen, zu erproben und einzuführen. Anschließend profitiert der Routinebetrieb der Gruppenprophylaxe von diesen Innovationen.

Gute Beispiele, die im Laufe der Zeit das Repertoire der Gruppenprophylaxeaktionen erheblich erweitert und verbessert haben, sind z. B.

- die Karieshöhle
- Anschauungs- und Unterrichtsmaterial (Poster, Schautafeln, Modelle, etc.)
- Spiele und Puppen

- Aktionen
 - Herstellung von Zahnpasta
 - Löcher bohren und füllen
 - Fluorid-Eiertest
 - Spiele, die Zahnkenntnis, Geschicklichkeit und Bewegung verbinden (Staffeln etc.)

Da gutes Unterrichtsmaterial für die Gruppenprophylaxe rar und teuer ist und sich durch die Beanspruchung rasch verbraucht, besteht angesichts des geringen Budgets ggf. auch die Notwendigkeit aus preiswertem Primärmaterial selbst Nachschub für Unterrichtsmaterial herzustellen, das oft besser angepasst ist, durch seine Einfachheit angesichts der Reizüberflutung die Phantasie anregt und Nachbesserungen von Schwachpunkten erlaubt.

Kooperationen

Die Arbeit, die durch Kooperation geleistet wird, wird ebenfalls in der Produktliste nicht dargestellt. Im Jahr 2013 ist beispielsweise Arbeitszeit in folgende Kooperationen geflossen:

- Teilnahme an 2 Sitzungen der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege im Lande Bremen e.V. (LAJB e.V.)
- Kooperation mit der MHH (Medizinische Hochschule Hannover) und Nutzung der Untersuchungsräume des Zahnärztlichen Dienstes
- Die Kooperation mit dem Jugendamt ermöglichte und förderte die o. g. Fortbildungsveranstaltungen für pädagogische Fachkräfte.

Womit kann die Qualität gemessen werden

Die Möglichkeiten der Qualitätsmessung in der Gruppenprophylaxe sind vielfältig.. Die Qualität kann durch Kriterien der Struktur-, der Prozess und der Ergebnisqualität gemessen werden.

Die **Strukturqualität** betrifft zum Beispiel die verfügbaren Ressourcen, personelle und nicht personelle, hier z.B. die Ausrüstung mit Unterrichts- und Verbrauchsmaterial, förderliche Bedingungen (räumlich, zeitlich) für die Durchführung, geeignete Formulare und Vordrucke, Verfügbarkeit von geeigneten KFZ zum Materialtransport etc.

Die **Prozessqualität** bezieht sich auf die Abläufe, die entscheidend vom Konzept, sowie von der fachlichen und der kommunikativen Kompetenz der Mitarbeiterinnen von Amt 53/44 abhängt, jedoch auch von äußeren Bedingungen (spezielle Schulsituationen) beeinflusst wird. Durch Flexibilität (Zeit und Modus) werden derartige negative Einflüsse vermindert.

Die **Ergebnisqualität** bezieht sich auf das langfristige Hauptziel, die Verbesserung der Mundgesundheit, aber auch auf Zwischenziele (z. B. Motivation, Fertigkeiten, Fähigkeiten der Zielgruppen) mit denen das Hauptziel erreicht werden kann. Da §21 die Flächendeckung von Gruppenprophylaxemaßnahmen fordert, ist auch der Erfüllungsgrad ein Qualitätskriterium.

Ein weiteres wichtiges Kriterium ist die Akzeptanz durch die Zielgruppen, die sich zum Beispiel daran zeigen kann,

- dass die Schulen froh sind und dies zum Ausdruck bringen, wenn sich der zahnärztliche Dienst zu Prophylaxeaktionen anmeldet.
- dass Schulen, Ämter und Organisationen den Zahnärztlichen Dienst um Mitgestaltung von besonderen Aktionen und Veranstaltungen bitten (Schulfest, Projektwoche, Jungenaktionstag, Gesundheitstage etc.)

- dass LehrerInnen die Organisation der Gruppenprophylaxe während des Schulvormittags unterstützen, z. B. die Kinder programmgerecht aus dem Unterricht zu den Aktionen schicken, Elternbriefe zuverlässig verteilen, die Kinder erinnern, dass sie die schriftlichen Rückmeldungen der Eltern zurückbringen. Diese ins Gesundheitsamt schicken etc.
- dass Eltern die Empfehlungen der Elternbriefe umsetzen, z. B. auch, dass sie mit ihren Kindern zum Zahnarzt gehen, unabhängig ob ein Behandlungsbedarf besteht oder nicht.
- dass Kinder gerne an den Aktionen teilnehmen, und dies zeigen oder direkt mitteilen.
- dass die Kinder aufmerksam und interessiert mitmachen, dass sie nicht stören
- dass die Kinder „einfach mal vorbeischauen“ und berichten, was sie seit der Aktion Gutes für ihre Zähne getan haben (Ich „habe heute Morgen die Zähne geputzt,... habe heute etwas Gesundes zum Frühstück dabei,... habe jetzt auch eine Zahnbürste bei Oma stehen,... war beim Zahnarzt ...“ etc.)

Für die Fortbildung der pädagogischen Fachkräfte für Krippen existiert bereits ein Evaluationsbogen, der ebenfalls einer Qualitätsmessung dienen kann (s. oben).

Die direkte Qualitätsmessung der Produkte der Gruppenprophylaxe muss sich nach einer Operationalisierung richten, die vergleichbare Messkriterien fordert, mit denen z. B. der Erfüllungsgrad eindeutig gemessen werden kann.

Teil 3

Produkt: Gesundheitsberichterstattung (Mundgesundheit)

Produktbereich	Produktgruppe	Lfd. Nr.	Produkt kurze inhaltliche Erläuterung
53.1.	01	3	Gesundheitsberichterstattung -Haushaltsstelle 03.53.1 01.03 Zahngesundheitspflege/Gruppenprophylaxe - Haushaltsstelle 03.53.1.04.07 - Datengewinnung für Bericht (Anteile nicht quantifizierbar, da aus mehreren Haushaltsstellen zusammengesetzt.)

Leistungsnummer: 3

Leistung: **Gesundheitsberichterstattung**
- - **Datenerhebung, -auswertung**
- - **Erstellung eines Jahresberichtes 2013**
- **Daten in Kooperationen**

Kurzbeschreibung: Die Gesundheitsberichterstattung für 2013, Amt 53/44 betrifft die Gruppenprophylaxe und Mundgesundheit

**Datenerhebung im Rahmen der Leistungserbringung
Gruppenprophylaxe**
Vorbereitung, Erhebung der Daten und Dokumentation

Datenauswertung

Erstellung des Berichtes

Teil 2 Gruppenprophylaxe

Teil 3 Mundgesundheit

Die Auswertung von personenbezogenen Daten erfolgt anonymisiert

Eingesetzte Ressourcen: Die Ermittlung der Daten aus der verfügbaren Information der Kosten- und Leistungsrechnung (KLR) ergab, dass im Jahr 2013 folgende Stellenanteil in die Zahnärztliche Gesundheitsberichterstattung einfließen:

0,263 Stellenanteile gesamt (0,03 Zahnarzt, 0,01 Zahnärztin, 0,11 Zahnarzthelferin1, 0,10 Zahnarzthelferin2, 0,02 Bürokauffrau).

Zahnarzt Januar bis Mitte September 2013

Zahnärztin Mitte September bis Dezember 2013

Zu bedenken ist, dass für die Gewinnung der Daten eine Überschneidung mit den Haushaltstellen für die Erledigung der originären Aufgaben besteht, also nicht den kompletten Zeitaufwand erfasst.

Vergleichszahlen für Vorjahre:

Zu den Vorjahren liegen keine Vergleichszahlen vor.

Verantwortliche Stelle: 53/44

Auftragsgrundlage: §§ 9 und 10 ÖGDG

Zielgruppe: Auftraggeber: Amt 53; Senator für Gesundheit, Bevölkerung, Zielgruppen aus den Produkten,

Ziele:

1. Darstellung und Bewertung der Aufgaben, Leistungen und Ergebnisse der Arbeit von Amt 53/44.
2. Diskussion zahnärztlicher Fragestellungen aus der Sicht des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Leistungsdaten

Leistung :

Bericht über die Mundgesundheit der im Rahmen der Zahnärztlichen Reihenuntersuchungen untersuchten Grundschul Kinder

Was soll gezählt werden:

Jeweils Anzahl und Anteil der **untersuchten Kinder**

- alle Kinder
- Mädchen
- Jungen

Bezugsgröße (100 %) ist die *Anzahl der gemeldete Kinder, Mädchen, Jungen* der Schulen.

Kinder, Mädchen, Jungen mit

- **naturngesund** Gebissen
- **sanierten** Gebissen
- **Behandlungsbedarf**
- **Erhöhtem Kariesrisiko**

Bei diesen Parametern ist die *Anzahl der untersuchten Kinder* die Bezugsgröße (100 %).

Zahnärztliche Reihenuntersuchungen im Jahr 2013

In folgenden Grundschulen wurden im Kalenderjahr 2013 (während der Schuljahre 12/13 und 13/14) zahnärztliche Reihenuntersuchungen im Rahmen der Gruppenprophylaxe durchgeführt.

In der ersten Aufstellung, die eine Verteilung nach Schulen zeigt, sind **alle Kinder** der Schulen aufgelistet. Für Jungen und Mädchen sind die Gesamtsummen angegeben. Zwischen diesen sind keine Unterschiede zu sehen.

Schule alle Kinder	Anzahl Klassenverbände, (-familien)	Gemeldete Kinder	Anzahl Untersuchte	Anteil Untersuchte
Friedr.-Ebert	14	246	212	86%
Fritz-Husmann	8	184	167	91%
Fritz-Reuter	13	288	267	93%
Gauß I	7	150	135	90%
Karl-Marx 1.B.	10	190	163	86%
Karl-Marx 2.B.	10	189	176	93%
Markt 1.B.	12	269	235	87%
Markt 2.B.	12	264	245	93%
Pestalozzi1	2	42	33	79%
Surheider	8	173	167	97%
Veern	8	174	160	92%
Gesamt 2013	104	2169	1960	90%
Mädchen ges.		1078	980	91%
Jungen ges.		1091	980	90%

Durchschnittlich 90 % der in den Schulen gemeldeten Kinder wurden durch die Untersuchung erreicht. Die Anteile sind wegen der allgemeinen Schulpflicht erfahrungsgemäß hoch. Der Einsatz des öffentlichen Gesundheitsdienstes kann durch die Nutzung der Organisationsstruktur nahezu Flächendeckungen erreichen. Abhängig ist die Abdeckung auch von den gesetzlichen Möglichkeiten der verpflichtenden Teilnahme an den Untersuchungen (siehe § 17 (4) BremSchVwG). In der Karl-Marx-Schule und in der Marktschule wurde im Kalenderjahr, im Sinne einer intensiveren Betreuung und Kariesrisikoprophylaxe, jeweils zweimal untersucht, einschließlich anschließender Fluoridierung mit Elmex-Fluid®. Die Nummerierung der Impulse dieser Schulen entspricht der Reihenfolge im Schuljahr. Die Besuche in der Marktschule lagen in zwei verschiedenen Schuljahren (1. Impuls: Schulj. 12/13; 2. Impuls Schulj. 13/14).

In der Pestalozzischule konnten im Jahr 2013 nur die ersten Klassen untersucht werden (diese zu 79 %), da wegen Terminüberschneidungen und starkem Sturms die übrigen Termine in das Jahr 2014 verlegt werden mussten.

Von den insgesamt 18 staatlichen und privaten Grundschulen wurden 8 komplett untersucht und eine aus o. g. Gründen teilweise,

Im Allgemeinen wurden die Schulbesuche für das gesamte Gruppenprophylaxepaket genutzt. Da nach den Sommerferien 2013 bis Mitte September kein Zahnarzt zur Verfügung stand, wurden in diesem Zeitraum in 2 Schulen alle Prophylaxeimpulse geleistet, bis auf die Untersuchungen. Sobald wieder eine Zahnärztin zur Verfügung stand, wurden diese nachgeholt, einschließlich eines zusätzlichen Zahnputzimpulses vor der Untersuchung, da die Befunderhebung bei sauberen Zähnen zuverlässiger ist. In der obigen Aufstellung wurden nur die Schulbesuche aufgelistet, bei denen Kinder untersucht wurden.

Ergebnisse der schulzahnärztlichen Reihenuntersuchungen hinsichtlich

gesunder Gebisse
saniertes Gebisse
Behandlungsbedarf
Erhöhtem Kariesrisiko

Die Variablen *gesundes Gebiss*, *saniertes Gebiss* und *behandlungsbedürftiges Gebiss* sind eindeutig gegeneinander abgegrenzt. Die Anteile ergänzen sich zu 100 %. Damit sind alle Kinder einer Gruppe beschrieben.

Das erhöhte Kariesrisiko beschreibt als quantifizierende Größe die Karieserfahrung eines Kindes anhand der DMF-T/dmf-t-Werte¹⁵. Die Risikozuordnung erfolgte nach DAJ und nach einer zusätzlichen subjektiven Einschätzung der Untersucher. Die näheren Erläuterungen zu dieser Thematik siehe in den Ausführungen von Reinke (2009).

¹⁵ DMF-T; dmf-t: D, d: erkrankt; M, m: fehlende (wegen Karies), F, f: gefüllt; große Buchstaben bleibende Zähne, kleine Buchstaben Milchzähne

Gesunde Gebisse und Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko

In der folgenden Aufstellung ist jeweils der Anteil der Kinder mit naturgesunden Gebissen und der Anteil der Kinder mit einem erhöhten Kariesrisiko der einzelnen Schulen, für Bremerhaven gesamt, sowie für Jungen und Mädchen einander gegenüber gestellt. Dabei erfolgte eine aufsteigende Sortierung nach dem Kariesrisikoanteil.

Schule	Untersuchte [Anzahl]	gesunde Gebisse [Anzahl]	gesunde Gebisse [%]	Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko [Anzahl]	erhöhtes Kariesrisiko [%]
Gauß I	135	79	59%	8	6%
Surheider	167	75	45%	10	6%
Friedr.-Ebert	212	102	48%	13	6%
Fritz-Husmann	167	72	43%	15	9%
Markt 2.B.	245	72	29%	29	12%
Fritz-Reuter	267	77	29%	32	12%
Karl-Marx 2.B.	176	23	13%	26	15%
Karl-Marx 1.B.	163	24	15%	30	18%
Veern	160	40	25%	36	23%
Markt 1.B.	235	57	24%	70	30%
Pestalozzi ¹⁶	33	13	39%	15	45%
Gesamt 2013	1960	634	32%	284	14%
Mädchen ges	980	326	33%	129	13%
Jungen, ges	980	308	31%	155	16%

Insgesamt hat ca. ein Drittel der untersuchten Kinder ein vollständig naturgesundes Gebiss. Der durchschnittliche Anteil der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko ist mit 14 % niedrig. Jedoch ist der große Range (6 % bis 30 %) zwischen den Schulen zu beachten. Da in der Pestalozzischule nur die ersten Klassenstufen untersucht wurden, ist dieser Wert in seiner Vergleichbarkeit eingeschränkt. Die vier Schulen der Stadtteile mit „Einfamilienhausstruktur“ (Gauß, Surheider, Friederich-Ebert und Fritz-Husmann) haben auch den niedrigsten Anteil an Kariesrisikokindern. Es zeigt sich hier eine soziale Abhängigkeit. Bei den übrigen Schulen sind die Anteile schwerer zu interpretieren, vermutlich überlagern sich hier verschiedene Einflüsse (siehe dazu weiter unten: **Bewertung**)

Die beiden Anteile (Kariesrisiko und gesunde Gebisse) verhalten sich gegenläufig bei den Schulen mit niedrigem Kariesrisikoanteil.

Während ein geringfügig höherer Anteil der Mädchen ein naturgesundes Gebiss hat, zeigen mehr Jungen als Mädchen ein erhöhtes Kariesrisiko. Die Unterschiede sind klein.

Für die Akteure in der Gruppenprophylaxe ist der Anteil der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko in einer Einrichtung ein Hinweis auf den Interventionsbedarf. Er wurde in Bremerhaven genutzt, um die Einrichtungen mit den höchsten Bedarfen zu identifizieren. Eine Rangfolge ist hilfreich, wenn Limitierungen durch eingeschränkte Ressourcen bestehen. (§ 21 (1) SGB V verlangt die intensive Betreuung von Kindern und Einrichtungen mit besonders hohem Kariesrisiko, bzw. Anteil an Kariesrisikokindern.)

¹⁶ Nur die ersten Klassenstufen

Behandlungsbedürftige und sanierte Gebisse

Im Folgenden sind die Anteile der Kinder mit behandlungsbedürftigen Gebissen und die Anteile der Kinder mit sanierten Gebissen einander gegenüber gestellt. Die Schulen sind aufsteigend nach der Höhe des Behandlungsbedarfs in der tabellarischen Zusammenstellung sortiert.

Schule	Untersucht [Anzahl]	Sanierte Gebisse [Anzahl]	Sanierte [%]	Behandlungsbedarf [Anzahl]	Behandlungsbedarf [%]
Gaußschule	135	24	18%	32	24%
Friedrich-Ebert	212	41	19%	69	33%
Surheider	167	35	21%	57	34%
Fritz-Husmann	167	32	19%	63	38%
Marktschule 2.	245	66	27%	107	44%
Karl-Marx 1.	163	65	40%	74	45%
Karl-Marx 2.	176	67	38%	86	49%
Marktschule 1.	235	57	24%	121	51%
Pestalozzi I ¹⁷	33	2	6%	18	55%
Veern	160	31	19%	89	56%
Fritz-Reuter	267	32	12%	158	59%
Gesamt 2013	1960	452	23%	874	45%
Mädchen, ges	980	217	22%	406	45%
Jungen ges.	980	235	24%	437	45%

Die Unterschiede im Behandlungsbedarf der Kinder zwischen den Schulen sind groß. Zwischen 24 % bis 59 % (Range) der Kinder haben behandlungsbedürftige Zähne. Der Durchschnitt für Bremerhaven liegt bei fast der Hälfte der Kinder. Mädchen und Jungen haben den durchschnittlich gleichen Behandlungsbedarf. Es zeigt sich ebenfalls ein soziales Ranking hinsichtlich der vier Schulen mit dem niedrigsten Behandlungsbedarf.

Die Unterschiede bei den sanierten Gebissen sind sehr gering.

In diesem Vergleich zeigt sich, dass sowohl Schulen mit niedrigem, als auch mit hohem Behandlungsbedarf niedrige Anteile an sanierten Kindern aufweisen. Die Erklärung lässt sich mit der Verteilung der Anteile der *gesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Kinder zu insgesamt 100 %* zu erklären (siehe unten).

Der Behandlungsbedarf ist ein wichtiger Ansatzpunkt für die Motivation in der Gruppenprophylaxe. Ziel ist es, möglichst viele Kinder zur Behandlung zu motivieren, sodass sich die Verhältnisse verschieben: Der Anteil der behandlungsbedürftigen Kinder soll sich vermindern während sich gleichzeitig der Anteil der sanierten Kinder erhöhen soll.

Die Kinder haben nach dem Zahnwechsel die Chance in die Gruppe der Naturgesunden zu „wandern“, wenn die Ausbreitung der Karies auf das bleibende Gebiss verhindert werden konnte.

Die Karl-Marx-Schule und die Marktschule zeigen die höchsten Sanierungsgrade der besuchten Schulen, was sicherlich auch ein Ausdruck langjähriger, intensiver Gruppenprophylaxearbeit, eingebunden in gesundheitsförderliche Gesamtkonzepte, an diesen Schulstandorten ist.

¹⁷ Nur die ersten Klassenstufen

Ergänzend sei eine Verteilung der Anteile der drei Komponenten zusammen angegeben (*Gesunde, Sanierete und Behandlungsbedürftige*). Die Sortierung folgt aufsteigend dem Anteil der Behandlungsbedürftigen.

Schule	Untersucht [Anzahl]	Behandlungsbedürftige [%]	Sanierete [%]	Gesunde [%]
Gaußschule	135	24%	18%	59%
Friedrich-Ebert	212	33%	19%	48%
Surheider	167	34%	21%	45%
Fritz-Husmann	167	38%	19%	43%
Marktschule 2.	245	44%	27%	29%
Karl-Marx 1.	163	45%	40%	15%
Karl-Marx 2.	176	49%	38%	13%
Marktschule 1.	235	51%	24%	24%
Pestalozzi I	33	55%	6%	39%
Veern	160	56%	19%	25%
Fritz-Reuter	267	59%	12%	29%
Gesamt 2013	1960	45%	23%	32%
Mädchen, ges	980	45%	22%	33%
Jungen ges.	980	45%	24%	31%

Bewertung der Ergebnisse der Mundgesundheit

Die Ergebnisse zur Mundgesundheit sind als Vollerhebung in den besuchten Schulen aussagekräftig. Sie sollten trotzdem mit einer gewissen Zurückhaltung betrachtet werden. Zum einen gelten alle Ergebnisse nur für die untersuchten Kollektive. Ein Rückschluss auf die gesamte Gruppe der Grundschul Kinder ist nicht möglich. Zum anderen erfolgte die Datenerhebung durch zwei Untersucher, die hinsichtlich ihrer Vergleichbarkeit nicht kalibriert waren. Prüfungen der Vorbefunde beim Nachfolgeuntersuchungsgang zeigten einen systematischen Unterschied. Dieser kann beim Vergleich der Untersuchungsergebnisse der beiden Besuche in der Marktschule gezeigt werden. Beim 2. Impuls im Schuljahr 12/13 (Marktschule2, Zahnarzt) wurden 30 Kinder mit einem erhöhten Kariesrisiko identifiziert und beim 1. Impuls im Schuljahr 13/14 (Marktschule1, Zahnärztin) waren es 70. Die Unterschiede beim Behandlungsbedarf zeigen in dieselbe Richtung. Während sich dieser aus der Befunderhebung des Zahnarztes auf 44 % errechnete, waren es bei der Zahnärztin 51 %. Die Größenordnung ist auffällig, auch wenn die Rangfolgen hinsichtlich erhöhtem Kariesrisiko und Behandlungsbedarf plausibel sind und wenn man berücksichtigt, dass es sich in der Marktschule um unterschiedliche Kollektive handelte ($\frac{1}{4}$ der Kinder Schule verließen die Schule nach 12/13, ca. $\frac{1}{4}$ wurde neu eingeschult). Möglicherweise deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Zahnärztin in der Kariesdiagnostik „kritischer“ war. Das bedeutet, dass sie Zähne häufiger als kariös diagnostizierte, woraus der Behandlungsbedarf resultiert und auch die Kariesrisikozuordnung beeinflusst wird.

Die präventive Einstellung hat die Vermeidung der Karies und die Frühbehandlung zum Ziel. Unter dieser Prämisse, ist der Schaden für das Kind erheblich größer, wenn es „zu spät“ zum Zahnarzt geschickt, weil die vermeintliche Verfärbung oder Entkalkung, die nicht als erkrankt diagnostiziert wurde, in Wirklichkeit bereits eine profunde Karies ist.

Auf der anderen Seite ist es kein langfristiger Schaden, wenn ein Kind „zu früh“ zum Zahnarzt geschickt wird. Wenn sich die Verdachtsdiagnose *Karies* in der Zahnarztpraxis, bei besseren Licht und Sichtverhältnissen, nicht als profunde Dentinkaries herausstellt, sondern als Entkalkung oder Verfärbung im Zahnschmelzbereich, kann diese, mit konsequenter Fluoridierung gestoppt werden, bevor sich eine profunde Karies entwickelt. Der betroffene Zahn kann auf diese Weise gesund erhalten werden. Das ist besonders wichtig bei Kollektiven mit weniger mundgesundem Verhalten.

Dieses Vorgehen ist für Eltern und Kinder einsichtig und hilft auch negative Erfahrungen beim Zahnarzt zu vermindern, unterstützt vorsorgeorientiertes Gesundheitsverhalten und führt so zu einem mehr an Gesundheit.

Im Risikoprojekt (Reinke, 2009) konnten wir zeigen, dass intensivere Prophylaxe und Betreuung keine Stigmatisierung von Kariesrisikokindern erzeugt. Unter diesem Blickwinkel kommt die Zuordnung „erhöhtes Kariesrisiko“ als erhöhte Aufmerksamkeit und Betreuung der Mundgesundheit der Kinder zu Gute.

Im Auftrag

Dr. Friederike Reinke

Literatur:

Babitsch, B. Soziale Ungleichheit und Gesundheit – eine geschlechtsspezifische Betrachtung; in Mielck, A. und Bloomfield, K. Sozialepidemiologie; Juventa Weinheim, 2001;

Kolip, P. Frauen und Männer in Schwartz; F.W.; Badura; B. et al., Das Public Health Buch; Urban& Fischer, München; 2003;

DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege) Herausg; **Pieper, K.** Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe; Bonn, 2004
http://www.daj.de/fileadmin/user_upload/Epidomologische_Begelutuntersuchung_2004.pdf
(ret. zuletzt am 27.10.2014)

DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege) Herausg; **Pieper, K.** Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe; Bonn, 2009
http://www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/Studie_Korrektur.pdf
(ret. zuletzt am 27.10.2014)

Reinke, F., Gruppenprophylaxe für Kariesrisikokinder, Einflüsse auf Zahnarztbesuch und Fissurenversiegelungen in Abhängigkeit von personalen und sozialen Faktoren; Gesundheitsamt Bremerhaven, 2009
<file:///I:/14%20Amt%20Dokumente/13%2014%20Amt%2053/14%20Auftragsangelegenheiten%20neueste%20V/141019%20Berichte%20Arbeitsordner%20aktuell/14%20Arbeitsordner%20GPR%20Bericht%20Teil2/14%20Bericht%20KH%20Projekt%202009/Gruppenprophylaxe+Kariesrisikokinder%282009%29.pdf> (ret. am 20.10.2014)

Splieth, Ch.; Kinderzahnheilkunde in der Praxis, Quintessenz, Berlin; 2002

Zahnmedizin - Lexikon Sozialpsychologie,

<http://books.google.com.ar/books?id=c7Cfq7jYYJUC&pg=PA561&lpg=PA561&dq=psychische+Aspekte+von+Zahnfehlstellungen&source=bl&ots=cafiadoPzd&sig=bqUYXSrHfnUpUr3UJtHyPIWv50M&hl=de&sa=X&ei=m5FBVJLrC4iNNqvpgfAI&ved=0CDoQ6AEwBQ#v=onepage&q=psychische%20Aspekte%20von%20Zahnfehlstellungen&f=false>

(ret. am 17.10.2014)