

Blickpunkt öffentliche Gesundheit

Herausgeber: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

Nachgefragt:
ÖGD und Public Health

Seite 3

Gesetze für Prostituierte:
Schutz oder Zwang?

Seite 4/5

Über das „Fremde“

Seite 8

Präventionsgesetz und ÖGD – neuer Wind für kommunale Gesundheitspolitik?

Nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes im Sommer letzten Jahres und Verabschiedung der Bundesrahmenempfehlungen im Februar 2016 durch die Nationale Präventionskonferenz stehen nun die Landesrahmenvereinbarungen in den jeweiligen Bundesländern an. Die Spannung war groß, wie die Umsetzung in den Ländern und Kommunen aussehen wird, welche Weichenstellungen vorgenommen werden. Der öffentliche Gesundheitsdienst hatte bzw. hat die Hoffnung, dass er beim Thema ‚Gesundheitsförderung in den unterschiedlichen Lebenswelten‘ als wichtiger Akteur vor Ort wahrgenommen wird. Eine berechtigte Hoffnung? Rainer Steen, langjähriger Leiter des Referats „Gesundheitsförderung“ im Rhein-Neckar-Kreis, analysiert und kommentiert.

Genau fünfundzwanzig Jahre ist es her, dass die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Republik in ihrer turnusmäßigen Sitzung 1991 diese Entschließung verabschiedete:

„Die GMK ist sich einig, dass präventive Gesundheitspolitik in den letzten Jahren eine vordringliche Be-

Wer ist hier alles Payer und wer Player?

deutung gewonnen hat. Sie hält es für erforderlich, dass die Begrenzung der traditionellen Handlungsfelder überwunden und diese durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung ergänzt werden.“

Ein Vierteljahrhundert später ist nun das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“, kurz: Präventionsgesetz (PrävG) in Kraft getreten. Die Erwartungen waren groß – mit einer gehörigen Portion Ernüchterung ist daher zu rechnen. Vor allem der Blick auf die für die Umsetzungspraxis so bedeutsamen länderspezifischen Vereinbarungen war in den letzten Monaten von einer Geheimniskrämerei begleitet, die zuweilen an die unsäglichen TTIPP-Verhandlungen über ein weltweites Handelsabkommen erinnern konnten. Es geht um (für den Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung relativ viel) Geld, es geht um dessen kontrollierte Verwen-

dung, und es geht natürlich um den Status der beteiligten Partner, um Polit-Marketing also auch.

Beteiligen wir uns an der Suche nach der Deutungshoheit in der Gemengelage von Bundes- und Länderverlautbarungen. Im Textbaustein zur Präambel der ersten öffentlich zugänglichen Landesrahmenvereinbarung (LRV) zur Umsetzung des Gesetzes in Hessen heißt es dazu: „Prävention und Gesundheitsförderung sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Das setzt voraus, dass die jeweiligen Verantwortungsträger auf der Basis ihrer gesetzlich zugewiesenen Verantwortung tätig werden und sich angemessen beteiligen“.

Hinter diesen wohlklingenden Allgemeinplätzen wird schon ein Grundproblem erkennbar, das aktuell nicht zuletzt in der Klage der Krankenkassenverbände (GKV) gegen eine in ihren Augen „Quersubventionierung“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit jährlich rund 31 Millionen Euro seinen Ausdruck findet: Gesundheitsförderung soll und muss auf lokaler Ebene greifen und gestaltet werden. Aber wer auf kommunaler Ebene bzw. als „Verantwortungsträger für Lebenswelten“ erbringt denn neben den gesetzlich definierten Leistungspaketen der Sozialversicherungsträger die eingeforderte „angemessene Beteiligung“? Und mit welchen

Ressourcen? Oder salopp ausgedrückt: Wer ist hier alles Payer und wer Player?

Bei den Kassen ist die Sorge unverkennbar, dass den per Gesetz gesteigerten Leistungen aus den beitragsfinanzierten Systemen keine „angemessenen Eigenleistungen“ (§ 20a (2) SGB V) der steuerfinanzierten Systeme (auf Landesebene und/oder kommunal) an die Seite gestellt werden. Zu Unrecht?

Halten wir zunächst fest: Das Präventionsgesetz ist ein

Bei den Kassen ist die Sorge unverkennbar, dass den per Gesetz gesteigerten Leistungen aus den beitragsfinanzierten Systemen keine „angemessenen Eigenleistungen“ der steuerfinanzierten Systeme an die Seite gestellt werden.

Krankenkassen-Gesetz, denn ausschließlich aus ihren Versichertenbeiträgen kommt das zusätzliche Geld – Stimmrecht etwa in der Nationalen Präventionskonferenz haben folgerichtig ausschließlich die Vertreter der Sozialversicherungsträger, alle anderen, auch Ministerien, dürfen lediglich beratend mitwirken. Das führt u.a. dazu, dass die kommunalen Spitzenverbände – und mit

ihnen der ÖGD – zunächst einmal außen vor sind. Dieser Umstand ist in den Ziel- und Handlungsrastern der Bundesrahmenempfehlungen vom Februar 2016 eindrucklich nachvollziehbar: Dort wird lediglich per Fußnote darauf hingewiesen, dass sich weitere Akteure, wie etwa der ÖGD, also die kommunale Gesundheitsverwaltung, themenbezogen und mit Ressourcen „einbringen“ können.

Wem das nun nicht gefällt, sozusagen nur in der Rolle dessen zu agieren, der mitspielen darf, wenn er was mitbringt – und dazu noch bereit ist, unter den (wechselnden) Fahnen der Kassen aufs Spielfeld zu laufen, der muss womöglich über einen weiterreichenden Paradigmenwechsel nachdenken:

Wer immer nämlich – wie es etwa die gemeinsame Empfehlung der Kommunalen Spitzenverbände und der GKV vom Mai 2013 durchaus formuliert – ebenso wie die GMK 1991 daran festhalten will, dass Gesundheitsförderung im Sinne von „Public Health“ vor allem ein kommunalpolitisches Konzept sein muss, das vielgestaltig und nachhaltig auf gesündere Lebensverhältnisse hinwirkt und dabei auch die Determinanten von Gesundheit ernst nimmt: Bildung und Armutsbekämpfung, Arbeit und soziale Teilhabe, Wohnen, Verkehr oder Umwelt, der muss sich jetzt wieder einmal (oder: endlich?) an die eigene Ressourcen-Nase fas-

sen! Das Präventionsgesetz will und kann es gar nicht richten – und wer dessen unterstützende Leistungen nutzen will, muss offensichtlich selbst etwas bieten, spricht: mehr investieren.

Da ist es kein Zufall, dass Kenner der bundesdeutschen Präventions-Szene mutmaßen, in der ersten Umsetzungsphase des neuen Gesetzes würden voraussichtlich gerade die Gebietskörperschaften profitieren, die bereits in kommunale Gesundheitspolitik investiert haben – etwa Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk sind oder sich aktiv in bestehenden landesweiten Bündnissen wie beispielsweise zu „Gesund aufwachsen“ einbringen – dort also, wo

Da ist es kein Zufall, dass Kenner der bundesdeutschen Präventions-Szene mutmaßen, in der ersten Umsetzungsphase des neuen Gesetzes würden voraussichtlich gerade die Gebietskörperschaften profitieren, die bereits in kommunale Gesundheitspolitik investiert haben.

die Phase reiner Projektitis eher überwunden ist zugunsten eines längerfristigen und partizipativen Prozesses in kommunaler Verant-

Fortsetzung auf Seite 2



Foto © Jean Kobben - forolia.com

Webiday: 1. Juni 2016

Bitte merken Sie sich den Termin für das nächste Webinar vor! Am 1. Juni geht es um das Thema „Reinigung und Desinfektion in Massenunterkünften“. Wie schon beim letzten Mal ist eine aktive Teilnahme per Headset oder eine Teilnahme als Zuhörer bzw. Zuschauer möglich. Mehr zu den technischen Voraussetzungen unter www.akademie-oegw.de

Kooperation mit Rheinland-Pfalz

Eine erfreuliche Nachricht für ÖGD-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Rheinland-Pfalz: Ab sofort können auch sie die Veranstaltungen der Akademie teilnahmeentgeltfrei besuchen. Möglich macht dies eine Vereinbarung zwischen Rheinland-Pfalz (Landkreis und Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung) und der Akademie für öffentliches

Gesundheitswesen in Düsseldorf. Die neu vereinbarte assoziierte Mitgliedschaft sichert Rheinland-Pfalz ein Kontingent von 150 Teilnahmepätzen in allen Akademie-Veranstaltungen zu. Diese Regelung gilt für das jetzt laufende Jahr 2016. Ab 2017 beabsichtigt Rheinland-Pfalz Trägerland der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen zu werden.

Fortsetzung von Seite 1

wortung und mit kompetenten Partnerschaften.

Positiv gewendet: Es passiert ja hier und dort schon eine ganze Menge, Bündnisse zwischen ganz unterschiedlichen Trägern und Trägerinteressen sind vorzeigbar, Projekte zu Prävention und Gesundheitsförderung können sich vielerorts sehen lassen und finden entsprechend Anerkennung. Da kommt es darauf an, dass gute Ideen nicht im Ordner der Modellprojekte verkümmern, sondern multiplizierbar und angepasst werden, dass aber auch nicht immer und immer wieder evaluiert und dokumentiert werden muss, was längst unverkennbar Wirkung gezeigt hat – frei

nach Karl Valentin: „Es ist alles schon gesagt worden – aber noch nicht von mir“.

Bleibt die Frage, welche Rolle bei alledem dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zugeschrieben bzw. zugestanden wird. Dessen innovative und koordinierende Kraft, nicht zuletzt geprägt durch die oft hochgeschätzte Interessenneutralität (die eine aus Mitgliedsbeiträgen gespeiste und Marktgesetzen unterworfenen Krankenkasse bei aller Freundschaft nicht aufbringen kann) bedarf einer deutlichen Aufwertung! Prävention und Gesundheitsförderung, aber auch die regionale Gesundheitsberichterstattung, müssen nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes einen vergleichbaren Anschlag erhalten

– auch das hatten die Gesundheitsminister 1991 schon gesehen:

„Die GMK unterstreicht, dass dem ÖGD bei der Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung eine wichtige Koordinierungs- und Steuerungsfunktion gemeindenaher Maßnahmen zukommt. Diese kann jedoch nicht kostenneutral sichergestellt werden“.

Das Beispiel Baden-Württemberg gibt dazu einen Fingerzeig in die richtige Richtung: Hier sind mit zwei Landesgesetzen 2016 Voraussetzungen geschaffen worden, den „Geist“ des Präventionsgesetzes mit einer Umsteuerung öffentlicher Anstrengungen in Richtung einer lebensweltorientierten Gesundheitsförderung zu unterfüttern. Dazu gehören etwa die gesetzliche Verankerung von ÖGD-kooptierten kommunalen Gesundheitskonferenzen (im Landesgesundheitsgesetz, LGG) oder die Reduzierung der individualmedizinischen, sprich vor allem: gutachterlichen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes (im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst, ÖGDG), beides ausdrücklich gedacht zugunsten einer Stärkung der Aktivitäten in Prävention und Gesundheitsförderung. In der Begründung der Neufassung des ÖGDG vom Herbst 2015 heißt es dazu:

„Unter der Bezeichnung „Öffentliche Gesundheit“ bzw. „Public Health“ sollen die Kernaufgaben des ÖGD auf die Gebiete Gesundheitsdialogplanung (Stichwort: Kommunale Gesundheitskonferenzen), Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitsberichterstattung wie auch auf die Gebiete des Gesundheits- und Infektionsschutzes konzentriert werden.“

Aber Obacht: Wer nun erwartet, dass mit so vielen (gesetzlichen) Gewichtungungen auf Landesebene im Rücken nun auch in der öffentlichen (Gesundheits-)Verwaltung emsige Bestrebungen in Gang kommen, „Aktivitäten der Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig und untereinander abgestimmt anzulegen“ (LRV Hessen), wird feststellen: Mancherorts scheint es nach wie vor eher darum zu gehen, so wenig wie möglich zu verändern, bestehende Zuschnitte zu erhalten und sich ggf. hinter aktuellen Sonderaufgaben (Flüchtlinge) zu verschansen. Wie heißt es doch: „Wenn der Wind des Wandels weht, bauen die einen Mauern – und die anderen Windmühlen“. Der ÖGD braucht Windmühlen.

Rainer Steen
steen-mannheim@t-online.de

„Wer geht denn schon in den ÖGD?“

Wir stellen Ärztinnen und Ärzte aus dem aktuellen Weiterbildungskurs vor, die diesen Schritt getan haben. Zum Beispiel:



Foto: privat

Kerstin Behrens

Alter: 36 Jahre
Familienstand: verheiratet,
2 Kinder

Interessen: Laute Musik,
Konzerte besuchen, Natur und
Garten, Lesen

Im ÖGD...

seit 01.08.2015, beim Landkreis Helmstedt (Niedersachsen) schwerpunktmäßig im Bereich amtsärztlicher Dienst

Vorher tätig...

als Assistenzärztin in der Unfallchirurgie/Orthopädie

Zum ÖGD gewechselt, weil...

ich 1. immer weniger Zeit für meine Familie hatte und 2. die Entwicklungen im zunehmend privatwirtschaftlich geführten Krankenhausbereich nicht mehr mit meiner Definition von guter Medizin, bei der der Patient im Mittelpunkt steht, zu vereinbaren waren.

Zweifel gehabt, ob...

ich nicht jeden Tag die Arbeit im Krankenhaus vermissen würde.

Kollegen, Familie, Freunde meinten...

Meine Familie war von der Idee begeistert, auch viele Kollegen konnten die Entscheidung nachvollziehen, aber alle befürchteten, dass mir meine bisherige Arbeit sehr fehlen würde. Anfangs war es auch nicht so einfach...

Ungewohnt war...

und ist es, jeden Freitag das Gefühl zu haben, ich ginge jetzt in den Urlaub, weil ich ein GANZES Wochenende frei habe – und JEDEN Tag eine Mittagspause zu haben.

Weiß zu schätzen, dass...

ich aufgrund der flexiblen Arbeitszeiten auch kurzfristig private Dinge oder Termine erledigen kann, was insbesondere mit zwei kleinen Kindern ein Riesenvorteil ist.

Interessant ist...

dass die Arbeit in einem Gesundheitsamt nicht nur ein „Bürojob“ ist, wie man zunächst denken mag. Vom Baby bis hin zum traumatisierten Flüchtling hat man direkten Kontakt zu ganz unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen. Das macht die Arbeit sehr interessant.

Rückblickend...

war es die beste Entscheidung, die ich beruflich treffen konnte. Meine Kinder sagen jetzt wieder Mama (und nicht Oma) zu mir!

Nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit für die Online-Umfrage der Akademie!

Was wir wissen wollen...

Wie informieren sich unsere Teilnehmer über das Veranstaltungsangebot der Akademie? Wie möchten sie zukünftig informiert werden?

Warum Sie mitmachen sollten...

Weil Sie schon öfters Veranstaltungen der Akademie besucht haben und weil es Ihnen wichtig ist, gut informiert zu sein.

Was es zu gewinnen gibt...

Ein „Dankeschön“ muss sein! Deshalb verlost die Akademie (mit Unterstützung ihres Fördervereins) unter allen Teilnehmenden ein hochwertiges Fitness-Armband (Jawbone Up3).

Wo Sie die Umfrage finden...

Unter www.akademie-oegw.de ist die Umfrage noch bis zum 15. Juli frei geschaltet. Ein Klick - und Sie können starten!

Impressum

Herausgeber und Vertrieb:
Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Kanzlerstraße 4, 40472 Düsseldorf
Tel. (0211)31096-0, Fax (0211)31096-69
Internet: www.akademie-oegw.de
Die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen ist eine öffentlich-rechtliche Anstalt der Länder Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein.

Redaktion:
Ellen Steinbach (v. i. S. d. P.),
E-Mail: steinbach@akademie-oegw.de
Petra Münstedt
E-Mail: muenstedt@akademie-oegw.de
Miguel Tamayo
E-Mail: gesundheit@tamayo.de
Grafik-Design:
Franziska Müller
E-Mail: franziska.mueller@akademie-oegw.de

Anzeigen
Ellen Steinbach
Druck: Griebsch & Rochol Druck, Oberhausen
Auflage: 4300, Ausgabe: Mai 2016
Erscheinungsweise: vierteljährlich
Blickpunkt öffentliche Gesundheit ist ein Forum der freien Meinung. Deshalb stellt nicht jeder Beitrag auch die Meinung der Redaktion oder des Herausgebers dar.

Redaktionsschluss für die Ausgabe 3/2016 ist der 1. Juli 2016
Beiträge für den Blickpunkt bitte als unformatiertes Word-Dokument per E-Mail an die Redaktion schicken. Die Blickpunkt-Redaktion behält sich vor, eingehende Beiträge zu kürzen und/oder redaktionell zu überarbeiten.
Nachdruck, auch auszugsweise, nur unter Angabe der Quelle.
ISSN 0177-7165

OctoWare®TN Gesundheit

Modulares Softwaresystem für den öffentlichen Gesundheitsdienst



Asylbewerber-Erstaufnahme **NEU**
Amts- und Vertrauensärztlicher Dienst
Betriebsmedizinischer Dienst



Trinkwasser
Beckenbäder und Badegewässer
Kommunalhygiene
Infektionsschutz
Tuberkulosebetreuung

Sozialpsychiatrischer Dienst
Psychosoziale Tumorberatung
STD-Beratung



Belehrungen und Gesundheitszeugnisse
Medizinalaufsicht
Mortalitätsstatistik mit XPersonenstand-Schnittstelle **NEU**



Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
Zahnärztlicher Dienst
Schutzimpfungen



easy-soft GmbH Dresden | Fetscherstraße 32/34 | 01307 Dresden
Telefon +49 351 25506-0 | info@easy-soft.de | www.easy-soft.de

es easy-soft
SOFTWARE AUS DRESDEN

Nachgefragt

Public Health und ÖGD: Geht das eigentlich noch zusammen? Oder fristet der öffentliche Gesundheitsdienst in Deutschland mittlerweile nur noch ein Nischendasein – weitab von den großen internationalen Public Health-Themen? Manche Klagen legen eine solche Sicht nahe. Manfred Wildner, der das Landesinstitut für Gesundheit am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit leitet und zugleich eine Brückenprofessur für Public Health Policy and Administration an der Ludwig-Maximilians-Universität München innehat, weiß um die Klagen und hält dennoch am Potenzial des öffentlichen Gesundheitsdienstes fest. Der ÖGD sei unverzichtbar für die Bewältigung der aktuellen gesellschaftlichen Herausforderungen, so seine Analyse. Allerdings brauche es neue Initiativen und neuen Elan, damit die Bedeutung des ÖGD (wieder) wahrgenommen wird. Eine stärkere universitäre Verankerung des Gebietes Öffentliches Gesundheitswesen ist für ihn dabei essentiell.

Herr Wildner, Public Health hat im angloamerikanischen Raum einen viel größeren Stellenwert als in Deutschland. Warum ist das so? Hier haben wir auch im Deutschland des 21. Jahrhunderts noch immer mit den Folgen des Missbrauchs des bevölkerungsmedizinischen Ansatzes für die verbrecherischen Ziele des Nationalsozialismus im vergangenen Jahrhundert zu kämpfen. Die damals propagandistisch verbreitete, unglückliche Metapher eines

Globalisierung, technologische Neuerungen und verschiedene Krisen fördern aktuell die gesellschaftliche Wahrnehmung von Public Health. Dies sollte als Chance auch für den ÖGD begriffen werden.

„gesunden Volkskörpers“ war begleitet von eugenischen Maßnahmen. Diese lagen teilweise in der Zuständigkeit des dafür gestärkten ÖGD. Die Konsequenz war nach 1949 in der neugeordneten Bundesrepublik ein akademischer Rückzug aus Public Health-Themen und eine Verlagerung der universitären Forschung auf die weniger belasteten und ja auch sehr erfolgreichen individualmedizinischen Ansätze. Eine besondere Tragik liegt darin, dass die hiesige Hygiene und Sozialmedizin vor 1933 weltweit anerkannt, vielleicht sogar führend war. Die Public Health Förderprogramme zum Ende des 20. Jahrhunderts, die ja auch durch die fortschreitende europäische Integration mit bedingt waren, führten schließlich zu einer neuen Dynamik. Zahlreiche Public Health-Studiengänge entstanden. Auch sollten die seitdem nachhaltig wirksamen gesellschaftlichen Beiträge z. B. in der Prävention, Epidemiologie und Versorgungsforschung nicht unterschätzt werden. Ein „Strickfehler“ war aus heutiger Sicht allerdings die zu geringe Berücksichtigung von ÖGD-spezifischen Themen und die oftmals fehlende Beteiligung der medizinischen Fakultäten an den interdisziplinären Projekten während dieser Förderphase.

Das „Leopoldina-Statement“ aus dem Sommer letzten Jahres postuliert, die Zeit sei reif für neue Initiativen zur Stärkung von Public Health in Deutschland. Zeichnet sich hier tatsächlich eine neue Aufbruchstim-

mung ab? Und warum gerade jetzt? Die seit 2015 Impulse gebende Leopoldina-Initiative greift verschiedene richtige und wichtige Punkte auf, die u. a. zu einer wünschenswerten Korrektur des gesellschaftlichen Verhältnisses zu „Public Health“-Themen und Methoden führen könnten. Zu nennen sind hier ganz aktuelle Themen wie Gesundheit in einer globalisierten Welt („Global Health“, „(Public) Health Diplomacy“), rasche Reaktionsmöglichkeiten auf neue („emerging“) und wieder auftretende („re-emerging“) Infektionskrankheiten, ein sowohl akademisch als auch personell und finanziell gestärkter und europaweit vernetzter ÖGD („Public Health Service“) sowie eine aktive Hinwendung zu neuen biomedizinischen und informatischen Themen. Der Nutzen z. B. von „next generation sequencing“ zur Aufklärung von Infektionsketten und einer proaktiven Beschäftigung mit „big data“-Themen wie der elektronischen Gesundheitsakte ist offenkundig. Kurz: Globalisierung, technologische Neuerungen und verschiedene Krisen fördern aktuell die gesellschaftliche Wahrnehmung von Public Health. Dies sollte als Chance auch für den ÖGD begriffen werden.

Aber kann der ÖGD angesichts der bekannten Probleme (schlechte finanzielle Ausstattung, Nachwuchsmangel etc.) da überhaupt mithalten? Der ÖGD ist unverzichtbar für die Bewältigung der aktuellen gesellschaftlichen Herausforderungen. Seine finanzielle Ausstattung und insbesondere die tragenden Weiterbildungsakademien für das Öffentliche Gesundheitswesen – vor allem in Düsseldorf und in München – bedürfen einer längst überfälligen Stärkung. Dies beinhaltet auch eine Befähigung dieser Akademien zur Vermittlung von Public Health-Inhalten und Methoden auf gleicher Augenhöhe mit den Hochschulen: Der Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen ist die einzige medizinische Fachgebetsbezeichnung ohne Stützung durch universitäre Lehrstühle in Forschung und Lehre. Hier sind in einer „doppelten Kompetenz“ sowohl die Befähigungen zu „Old“-Public Health Themen – Hygiene, Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz – gemeint wie auch zu „New“ Public Health-Themen: Epidemiologie/ Gesundheitsberichterstattung, Management, Steuerung und anwaltschaftliches Eintreten für Themen aus Prävention und Ge-

sundheitsförderung sowie Verteilungsfragen.

Was muss sich Ihrer Meinung nach verändern, damit ÖGD und Public Health sich wieder annähern?

Der ÖGD braucht wieder akademische Seminare, Dissertationen und Habilitationen. Er braucht ÖGD-Professuren in den Bundesländern, finanzierte Promotionsstellen und Postdoc-Forschungsprogramme in Kooperation von ÖGD-Institutionen und Universitäten mit Public Health-Profilen. Er muss in die Lage versetzt werden, attraktive Karrieren in kommunaler, Länder-, Bundes- und europäischer bzw. internationaler Trägerschaft anzubieten, auch in Weiterbildungsverbänden und akademischen Partnerschaften. Die geringere Vergütung von Ärzten im ÖGD gegenüber klinisch tätigen Ärzten ist dafür kontraproduktiv und sollte in Zusammenhang mit einer zunehmend anspruchsvollen Qualifizierung aufgehoben werden. Gleichzeitig sollte das Bewusstsein für die Qualifikationsprofile und Beiträge anderer Public Health-Berufsgruppen gestärkt werden, so dass hier die professionellen Begegnungen von Respekt und Wertschätzung geprägt sind. Absehbar ist, dass eine Reihe von „New“ Public Health-Funktionen vorteilhaft in der Kompetenz nicht-ärztlicher Public Health-Berufsgruppen liegen kann, z. B. in den Geschäftsstellen von Gesundheitskonferenzen oder im Bereich von Setting-orientierter Prävention und Gesundheitsförderung. Ein dritter wichtiger Punkt wäre die Ausarbeitung und Verbreitung eines ethischen Reflexionsrahmens für den ÖGD und die

Der Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen ist die einzige medizinische Fachgebetsbezeichnung ohne Stützung durch universitäre Lehrstühle in Forschung und Lehre.

Wahrnehmung staatlicher Aufgaben im Dienst der öffentlichen Gesundheit – dies gerade auch vor dem Hintergrund der erwähnten historischen Belastung.

Wie wichtig ist in diesem Prozess eine so genannte Brückenprofessur wie die Ihre?

Brückenprofessuren bieten große Chancen: Die damit geschaffene



Foto: privat

Brücke zwischen den Ressortzuständigkeiten von Wissenschafts- und Gesundheitsverwaltung ermöglicht den wechselseitigen Transfer von Fragestellungen und Lösungsansätzen und innovativen Methoden und schafft geistige Freiräume für genau die kritischen Diskussionen und Reflexionen auch im Innenverhältnis, ohne die jeder Wissenschaftszweig mittelfristig nicht gedeihen kann. Sie vermeidet den Elfenbeinturm einer rein wissenschaftlichen Ausrichtung und ermöglicht umgekehrt den Verantwortungsträgern in der ÖGD-Praxis einen geschützten Raum für ergebnisoffene Diskussionen und Beratungen zu konkreten Herausforderungen. Brückenprofessuren bieten ein interessantes Karriereprofil in Zusammenhang mit Leitungsfunktionen im ÖGD und eröffnen Zugänge zu universitären Forschungskompetenzen und -kapazitäten sowie zur Nachwuchsförderung. Und sie setzt, last but not least, den Inhaber einer solchen Professur der kritischen Unvoreingenommenheit von Studierenden und akademischen Kollegen aus.

Welche Bedeutung messen Sie den Weiterbildungsakademien zu?

Die Akademien in Düsseldorf, München und auch anderswo sollten durch Förderprogramme in Kooperation mit Universitäten befähigt werden, für die skizzierte akademische Profilierung des ÖGD als Kristallisationspunkte zu fungieren. Sie sind dafür prädestiniert und unverzichtbar. Idealerweise sollten sie durch Kooperationen und Förderprogramme zu ÖGD/Public Health-Exzellenzzentren weiter entwickelt werden. Sie sollten, zumindest in bestimmten Themenbereichen, durch solche Kooperationen wieder zu Forschung und Lehre auf universitärem Niveau befähigt werden. Public Health und Global

Health in Deutschland braucht die Weiterbildungsakademien und die Weiterbildungsakademien brauchen Public Health („Old“ und „New“). Wünschenswert wären darüber hinaus auch europäische Kooperationen, entweder direkt bila-

Der ÖGD braucht wieder akademische Seminare, Dissertationen und Habilitationen. Er braucht ÖGD-Professuren in den Bundesländern, finanzierte Promotionsstellen und Postdoc-Forschungsprogramme in Kooperation von ÖGD-Institutionen und Universitäten mit Public Health-Profilen.

teral mit Partnerinstitutionen in Europa oder vermittelt über Universitäten. Eine interessante vermittelnde Rolle könnte hier, neben supranationalen und internationalen Einrichtungen wie der Gemeinsamen Forschungsstelle der EU (Ispra), dem ECDC und der WHO, dem neuen Centre Villerme-Virchow Paris-Berlin der Charité in Berlin zufallen. Dies sollte von beiden Seiten aktiv angegangen werden.

Welche Qualifikationen sind gefragt, um einen modernen Public Health-Ansatz in der Praxis umsetzen zu können?

Intellektuelle und ethische Achtsamkeit, Respekt vor dem Leben in seiner Vielfalt (Albert Schweitzer) – und Geduld.

Interview: Ellen Steinbach

*Mit der „Initiative für Public Health und Global Health“ rufen die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, acatech - Deutsche Akademie der Technikwissenschaften und die Union der deutschen Akademien der Wissenschaften dazu auf, konkrete Vorschläge zu erarbeiten, wie Public Health und Global Health in Deutschland weiter entwickelt werden können.

Gesetze für Prostituierte: Schutz oder Zwang?

Zwei neue Gesetze zur Regulierung der Prostitution liegen im Regierungsentwurf vor: Das „Prostituiertenschutzgesetz“ (ProstSchG) und eine Änderung des Strafgesetzbuches mit dem Ziel, die Bekämpfung des Menschenhandels zu verbessern. Selten wurde eine Vorlage so leidenschaftlich diskutiert wie das ProstSchG. Auch der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hat sich positioniert – gegen das Gesetz. Der Artikel wirft ein Schlaglicht auf die Kontroverse.

Kein Konsens über die Faktenlage

Der Familienpolitiker und frauenpolitische Sprecher der Unionsfraktion Marcus Weinberg beschreibt in drastischen Worten, warum er dringenden Handlungsbedarf bei der Regulierung der Prostitution sieht: „Es ist unerträglich, dass Deutschland das Bordell Europas geworden ist, ein Paradies für Zuhälter und Menschenhändler“, sagte er dem Magazin „Stern“. Angesichts der ausufernden Zustände im Rotlichtmilieu sei es wichtig, dass das Gesetz komme, „und dass es wirkt und keine Lücken offen lässt“. Das Gesetz stelle einen ersten Schritt zu einer konsequenten Bekämpfung von Zwangsprostitution und Menschenhandel dar und bringe mehr Licht, Transparenz und damit Schutz in ein bisher kaum zugängliches und völlig unreguliertes Milieu.

Dieser dramatischen Lagebeschreibung mag sich Heidrun Nitschke, Leiterin des Fachdienstes STI und sexuelle Gesundheit im Gesundheitsamt Köln, nicht anschließen. „Wir haben niemals solide Zahlen gehabt über das Ausmaß von Sexarbeit, ebenso wenig über den Anteil von Migrantinnen. Seitdem ich in dem Bereich tätig bin – das sind jetzt 25 Jahre – gab es die Spekulationen, es werde immer mehr.“ Auch damals sei Prostitution schon mit Migration verbunden gewesen, allerdings aus anderen Herkunftsregionen als heute.

Prostitution ist im Lauf der Zeit sichtbarer geworden. Insbesondere seit der Liberalisierung durch das Prostitutionsgesetz der rot-grünen Bundesregierung 2001 ist die Tabuisierung des Themas zurückgegangen. Das beste Beispiel hierfür ist die männliche Prostitution, über die früher nicht öffentlich geredet wurde.

Eine der wenigen Quellen zum Ausmaß des Menschenhandels ist das jährlich veröffentlichte Bundeslagebild des Bundeskriminalamts. Die Zahlen der Ermittlungsverfahren zum Straftatbestand „Menschenhandel zum Zweck der sexuellen Ausbeutung“ schwanken zwischen 2003 und 2014 zwischen 317 und 534 bundesweit – seit 2009 mit abnehmender Tendenz (s. Grafik Seite 5). Der Bericht betont, dass die niedrigen Zahlen der Verfahrenstatistik nicht bedeuteten, die Situation habe sich entspannt. Eine dramatische Verschärfung der Lage lässt sich allerdings ebenso wenig erkennen.

Ziele des Gesetzes

Laut Begründungstext verfolgt das ProstSchG die Zielsetzung,

- „das (sexuelle) Selbstbestimmungsrecht von Menschen in der Prostitution zu stärken,
- fachgesetzliche Grundlagen zur Gewährleistung vertraglicher Arbeitsbedingungen und zum Schutz der Gesundheit für die in der Prostitution Tätigen zu schaffen,
- die ordnungsrechtlichen Instrumente zur Überwachung der gewerblich ausgeübten Prostitution und der Prostitutionsgewerbebetriebe zu verbessern,
- die Rechtssicherheit für die legale Ausübung der Prostitution zu verbessern,
- gefährliche Erscheinungsformen der Prostitution und sozial unverträgliche oder jugendgefährdende Auswirkungen der Prostitutionsausübung auszuschließen bzw. zu verdrängen und
- Kriminalität in der Prostitution wie Menschenhandel, Gewalt gegen und Ausbeutung von Prostituierten und Zuhälterei zu bekämpfen.

Dem (sexuellen) Selbstbestim-

mungsrecht von Menschen in der Prostitution als besonders sensiblem Schutzgut kommt dabei eine Schlüsselrolle zu.“

Inhalte

Dass die Selbstbestimmung von Prostituierten gerade durch die Auferlegung von Pflichten und Kontrollen gestärkt werden soll (s. Kasten Seite 5), bedarf einer Erläuterung: Die wichtigsten Neuerungen für die Betroffenen sind die Anmeldepflicht und die ebenfalls obligatorische alljährliche (bei unter 21-Jährigen: halbjährliche) Gesundheitsberatung. Die Idee des Gesetzgebers war dabei folgende: „Die persönliche Anmeldung und die medizinische Beratung dienen vor allem dem Schutz der fremdbestimmten Prostituierten, die so die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme außerhalb des Milieus erhalten. Wichtig ist, dass die Gesundheitsberatung wiederholt werden muss. Denn nur so ist ein regelmäßiger Kontakt zur Beratungsstelle möglich, der helfen soll, ein Vertrauensverhältnis zu den Prostituierten aufzubauen.“ (Pressemitteilung CDU/CSU-Fraktion)

Mit der Gesundheitsberatung werden voraussichtlich die Gesundheitsämter betraut. Sie soll individuell angepasst sein und insbesondere Fragen der Krankheitsverhütung, der Empfängnisregelung, der Schwangerschaft und der Risiken des Alkohol- und Drogengebrauchs einschließen.

Weniger fürsorglich sind die ordnungsrechtlichen Überwachungsinstrumente für Betreiber eines Prostitutionsgewerbes formuliert. Sie müssen sich einer Zuverlässigkeitsprüfung unterziehen, ein Betriebskonzept vorlegen und noch näher zu definierende Mindestanforderungen erfüllen. Zudem müssen sie die persönlichen Daten der bei ihnen arbeitenden Prostituierten dokumentieren

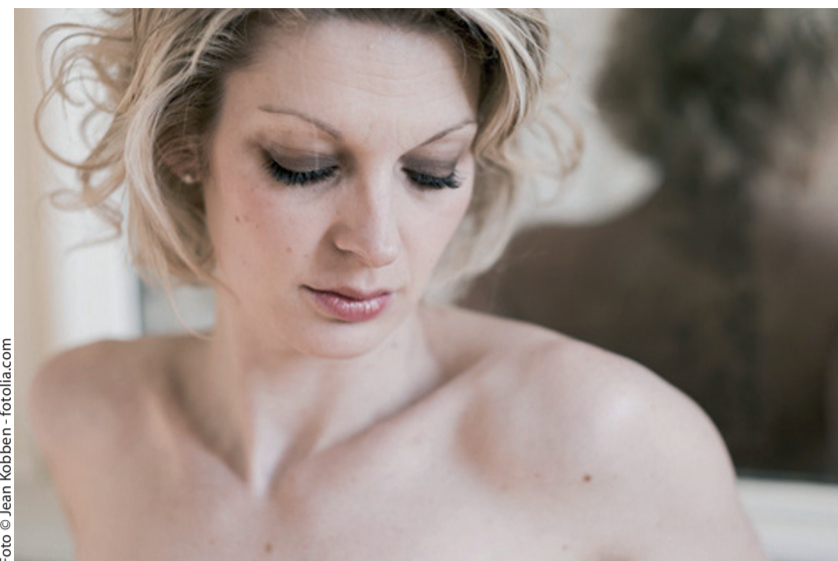


Foto © Jean Kobben - fotolia.com

und die Erfüllung der Anmelde- und Beratungspflicht kontrollieren. Die „Betreiber“ sind nicht nur Bordellbesitzer, der Begriff ist denkbar weit gefasst. Ein Bordell wird nach dem Gesetz ebenso reguliert wie eine Wohnung, die sich zwei Prostituierte teilen, Wohnmobile, Sexveranstaltungen oder Escort-Agenturen.

All diese Varianten des Gewerbes unterstehen also zukünftig einem Erlaubnisvorbehalt der zuständigen Behörde. Die Erlaubnis kann unter anderem versagt werden, wenn das Betriebskonzept oder die örtliche Lage dem öffentlichen Interesse widerspricht (§ 14 Abs. 2 Nr. 5), eine Formulierung, die einer entsprechenden Passage des Gaststättengesetzes nachgebildet ist.

Haben die zuständigen Behörden erst einmal die Anträge der Prostituierten und Betreiber von Prostitutionsgewerben geprüft und die entsprechenden Dokumente ausgestellt, kommen auf sie in der Folge umfangreiche Aufgaben der Überwachung zu, darunter Besichtigungen vor Ort, Prüfungen von Geschäftsunterlagen und Personenkontrollen. Die Amtsroutine sieht ferner vor, dass die Anmeldebescheinigung alle zwei Jahre und die Zuverlässigkeitsprüfung spätestens alle drei Jahre wiederholt wird.

Flankiert wird das ProstSchG durch eine Änderung im Strafrecht: Die ohnehin fällige Anpassung der Strafgesetze zum Menschenhandel an eine EU-Richtlinie beinhaltet nun auch einen neuen Straftatbestand „Zwangsprostitution“ (s. Kasten Seite 5). Außerdem machen sich Kunden von Zwangsprostituierten straffällig. Da viele Opfer nicht selbst Anzeige erstatten, sind die Strafverfolgungsbehörden aber auf Tipps von deren Kunden angewiesen. Deswegen enthält das neue Gesetz auch eine Art „Kronzeugenregelung“: Bringt ein Kunde die Zwangsprostitution zur Anzeige, so geht er straffrei aus.

Kritik

Dem Gesetzentwurf gingen eine mehrjährige Debatte und Expertenanhörungen voraus. Das Meinungsspektrum ist denkbar weit: Es reicht von der Forderung nach einem totalen Verbot der Prostitution bis zur völligen Liberalisierung und Anerkennung des Berufsbildes.

Die Fundamentalkritikerinnen verweisen auf die Gesetzeslage in Schweden, Norwegen und seit dem 6. April auch in Frankreich: In diesen Ländern ist Prostitution illegal, Kunden von Prostituierten

Kommentare

„Für jede Pommestube gelten strengere Regeln als für Bordelle.“
Manuela Schwesig, SPD, Bundesministerin

„Wir bekämpfen (.) die Fremdbestimmung in der Prostitution und erschweren den Zuhältern, Menschenhändlern und Ausbeutern ihr Geschäft.“
Marcus Weinberg, CDU

„Die geplanten Gesetzesverschärfungen sind vor allem eines: Placebos in einer unausgereiften politischen Diskussion, die sich nicht entscheiden kann zwischen moralischer Entrüstung und vernünftigem Rechtsgüterschutz.“
Thomas Fischer, Vorsitzender Richter am BGH in der ZEIT vom 18.8.2015

„Die Anmeldepflicht (...) ist diskriminierend, lässt es an hinreichender Bestimmtheit mangeln, greift in das Persönlichkeitsrecht ein und fördert Willkür (...). Dass sie auch nur eines der angestrebten Ziele erreichen kann, ist unwahrscheinlich.“

Stellungnahme des Deutschen Juristinnenbundes zum ProstSchG

„Man sollte das Gesetz daran messen, inwiefern es den Opfern des Systems hilft. Das ProstSchG diszipliniert aber die Opfer. Es spricht ihnen die Würde ab, sich selbstbestimmt innerhalb des Systems zu bewegen und macht sie zu Kleinkindern.“
Heidrun Nitschke, Gynäkologin, Gesundheitsamt Köln

„Grundsätzlich müssen wir feststellen, dass bei diesem Gesetzentwurf ein Kontrollfurore überwiegt, der auf eine Überforderung der zuständigen Behörden hinausläuft, zumal deren Kompetenzen völlig ungeklärt scheinen.“
Stellungnahme des Deutschen Frauenrates

25 Jahre Mikroprojekt & mehr ... 1988 – 2016

mikropro health

- Amtsärztlicher Dienst, SPDI
- Infektionsschutz, Umgebungsuntersuchungen
- Zentralkartei, Gebührenabrechnung
- Automatisierter Schriftverkehr mit Word
- Frei definierbare Untersuchungen

mikropro hades

- Mortalitätsstatistik und Todesbescheinigungen
- Elektronische Meldung an das Land

mikropro hygiene-wasser

- (Trink-)Wasseruntersuchungen und Besichtigungen
- Teis-/NLGA-/SEBAM-Schnittstelle
- Dokumentenmanagement, Wiedervorlagen

✓ Klar strukturiertes Programmdesign
✓ Geringer Schulungsaufwand, kurze Einarbeitungszeit
✓ Optimaler Nutzen zu einem fairen Preis

Entwickelt in Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern

mikropro Software

Software für das Gesundheitsamt und den Öffentlichen Dienst

MIKROPROJEKT GmbH
Merkurstraße 6b
67663 Kaiserslautern
www.mikroprojekt.de

Telefon: 0631/414044-0
Fax: 0631/414044-29
Mail: health@mikroprojekt.de

Die Gesetze in Stichworten

1. Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG): Was ändert sich für...

Prostituierte: Anmeldepflicht (§ 3), jährliche bzw. halbjährliche Gesundheitsberatung (§ 10), Nachweispflicht der Anmeldung bei Kontrollen (§ 5).

Betreiber von Prostitutionsstätten: Nachweis der Zuverlässigkeit (§ 15), Betriebskonzept (§ 16), ggf. Hygieneplan (§ 24), Kontrolle der Anmelde- und Beratungspflicht von Prostituierten (§ 27), diverse Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten (§ 28), Werbeverbot für Geschlechtsverkehr ohne Kondom (§ 32).

Kunden: Kondompflicht (§ 32).

Behörden: Anmeldebescheinigung (§ 5), Informations- und Beratungsgespräch (§ 7), Gesundheitsberatung (§ 10), Veranlassung von Schutzmaßnahmen bei Anhaltspunkten für Zwangsprostitution (§ 9), Kontrolle der Anmeldepflicht und Erteilung von Anordnungen zur Ausübung der Prostitution (§ 11), Erlaubnisverfahren für Prostitutionsgewerbe inkl. Zuverlässigkeitsprüfung der Betreiber alle drei Jahre (§§ 12-15), Erteilung von Auflagen und Anordnungen (§ 17), Überprüfung der Mindestanforderungen für Prostitutionsstätten und -fahrzeuge (§§ 18, 19), Überwachung durch Personenkontrollen und Einsichtnahme in Geschäftsunterlagen (§ 29), umfangreiches Datenmanagement (§ 34)

2. Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung des Menschenhandels

Neuer Straftatbestand „Zwangsprostitution“ im § 232a StGB (sechs Monate bis zehn Jahre Freiheitsstrafe)

Kunden von Zwangsprostituierten droht ebenfalls eine Strafe (drei Monate bis fünf Jahre Freiheitsstrafe), es sei denn, sie bringen den Tatbestand zur Anzeige.

droht eine Geld- oder sogar Freiheitsstrafe.

Die Mehrheit der Stellungnahmen – darunter die des BVÖGD, der Deutschen AIDS-Hilfe, des Bündnisses der Fachberatungsstellen für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, des Deutschen Juristinnenbundes, der Interessenverbände der Betroffenen und viele andere – stellen sich auf die Seite des Prostitutionsgesetzes von 2001, das Prostitution als legale Beschäftigung einordnet. Große Bedenken äußerten die Sachverständigen bezüglich der Anmeldepflicht, der Pflicht zur Gesundheitsberatung und dem allgemeinen Zwangscharakter des Gesetzes.

Zankapfel Anmeldepflicht

Der Juristinnenbund kritisiert, dass es sich bei der Anmeldung nicht um eine formale Registrierung handle, sondern um eine subjektive Berufswahlbeschränkung. Die Anmeldung kann von

der Behörde verweigert werden, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Ausübung der Prostitution der Anzumeldenden alternativlos erscheint. Das sei ein Eingriff in das Grundrecht auf freie Berufsausübung und in diesem Fall nicht verhältnismäßig.

Dieser formalen Begründung fügt Heidrun Nitschke die Perspektive der betroffenen Frauen hinzu: „Die Migrationsentscheidung wie auch die Entscheidung zur Prostitution treffen in der Regel mündige Frauen, die in sehr schwierigen Situationen sich zu einem kleineren Übel entschlossen haben. Es sind Strategien. Wer entscheidet darüber, was sich für wen als alternativlos präsentiert?“ Die Frauenärztin empfindet die Regelung als Zynismus: „Das Gesetz gibt vor, sie via Schutz in ein besseres Leben zu geleiten, aber die regulierende Behörde bietet ja nichts an!“

Eine weitere Befürchtung ist, dass eine große Zahl Betroffener

sich der Anmeldung und Registrierung entziehen und die Tätigkeit verdeckt ausüben werde. Dadurch würde sich das Ziel, den Prostituierten mehr Schutz zu gewähren, aber gerade bei einer besonders vulnerablen Gruppe ins Gegenteil verkehren. Diese Einschätzung teilt der Gesetzgeber sogar. In der Begründung zu §8 heißt es: „Bislang liegen keine ausreichenden Erfahrungen darüber vor, wie ein gesetzlich verpflichtendes Anmeldeverfahren so ausgestaltet werden kann, dass es auch von Personengruppen akzeptiert wird, die vor dem Hintergrund diskriminierender Vorerfahrungen wenig Vertrauen zu behördlichen Strukturen und Abläufen haben.“

Gesundheitsberatung und IfSG

Tritt das Gesetz in Kraft, werden die obligatorische Gesundheitsberatung für Prostituierte im Gesundheitsamt und die freiwillige und anonyme Beratung nach § 019 IfSG nebeneinander existieren.

Nitschke sieht skeptisch in die Zukunft: „Wir haben jetzt die privilegierte Situation mit einer Sprechstunde zu übertragbaren Krankheiten, und die Menschen kommen. Es kommen die Papierlosen, es kommen junge Mädchen aus Romafamilien. Nach wie vor geben viele nicht ihre echten Namen an. Was machen die, wenn hinter der einen Tür die Anmeldepflicht erfüllt werden muss und hinter der anderen Tür die vertrauliche Sprechstunde abgehalten wird? Das kann nicht funktionieren, diese Tür machen wir für diese Menschen zu.“

Die Veteranin der STI-Arbeit sieht Errungenschaften der letzten Jahrzehnte gefährdet: „Viele Migrantinnen erfahren in unseren Gesundheitsämtern einen völlig anderen Umgang zwischen Medizin und Sexualität, als sie ihn bisher gewohnt waren: Sie werden nicht beschimpft und nicht betatscht. Natürlich ist das Thema immer noch schambesetzt. Aber sie öffnen sich mit der Zeit – und es spricht sich in der Szene herum. Dieses jahrelang aufgebaute Vertrauen steht nun in Gefahr, zerstört zu werden.“

Der Tenor der Stellungnahmen zum Gesetz sieht in den anonymen, niedrigschwelligen / aufsu-

chenden und muttersprachlichen Angeboten im ÖGD die deutlich bessere Lösung als in der vorgesehenen Pflichtberatung. Diese Einschätzung stützen Organisationen wie BVÖGD, KOK (Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Frauenhandel und Gewalt an Frauen im Migrationsprozess), Diakonie Bundesverband, Aids-Hilfe, Deutsche STI-Gesellschaft u.a. auf Erfahrungsberichte von Beratungsstellen und Projektevaluationen.

Herausforderungen für Behörden

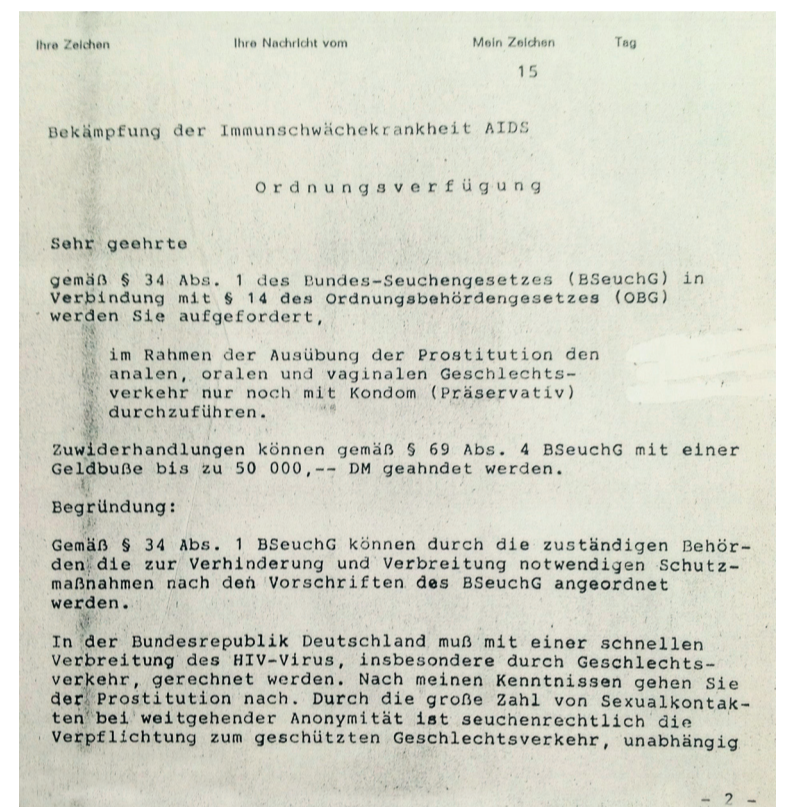
Viel wird davon abhängen, wie die von den Bundesländern noch zu benennenden zuständigen Behörden das Gesetz umsetzen. Der Juristinnenbund merkt an, dass

um sie nicht erschienen sind, am Ende stand der Bußgeldbescheid und die Vollstreckung. Es war unwürdig, verursachte einen Riesenaufwand und es hat niemanden geschützt.“

Alternativen

Wie könnten Maßnahmen aussehen, die den angestrebten Schutz der Prostituierten besser gewährleisten als die im Gesetz genannten?

Aus Studien zu Ausstiegsprojekten ist bekannt, dass das größte Hindernis zur beruflichen Neuorientierung das Problem ist, eine existenzsichernde Tätigkeit zu finden. Die leider übliche Stigmatisierung in Jobcentern kann verhindert werden, wenn es gut



Steuerungsfantasien der 1990er Jahre: Kondompflicht per Ordnungsverfügung wird die Ausbreitung von HIV stoppen.

der Vorbereitungszeitraum für die Umsetzung der zahlreichen Anforderungen vollkommen unzureichend sei. Es müsse Personal eingestellt und geschult werden, da die erforderlichen Kompetenzen gegenwärtig in den meisten Städten nicht vorhanden seien.

Eine weitere Herausforderung ist das Datenmanagement der hochsensiblen persönlichen Daten, welche die Behörden im Zuge der Kontrollpflichten erheben müssen. Der BVÖGD beschreibt in seiner Stellungnahme ungute Praktiken aus der Zeit vor dem Prostitutions- und dem Infektionsschutzgesetz: Namenslisten von Prostituierten seien unter Missachtung des Datenschutzes zwischen Bordellbesitzern, Polizei, Ordnungs-, Finanzbehörden und Gesundheitsämtern ausgetauscht und regelmäßig abgeglichen worden.

Heidrun Nitschke erinnert sich: „Alle Wände waren voll mit Aktenordnern über Prostituierte. Es waren zwei Sekretärinnen nur damit beschäftigt, die Ordner auf den neuesten Stand zu bringen. Prostituierte, die nicht zur Pflichtuntersuchung erschienen, lösten weitere behördliche Vorgänge aus: Eine weitere Aufforderung wurde verschickt, als Antwort kamen Entschuldigungen, war-

vernetzte Beratungsstellen vor Ort gibt. Für viele Migrantinnen wäre es außerdem notwendig, einen sicheren Aufenthaltsstatus zugesichert zu bekommen.

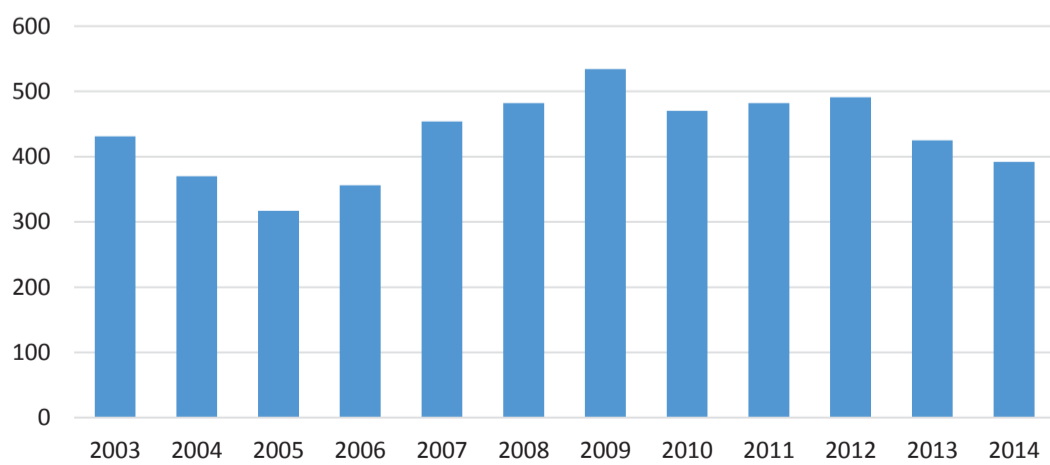
In Übereinstimmung mit den anderen oben genannten Organisationen schlägt der BVÖGD ein flächendeckendes Netz an Fachberatungsstellen mit langfristiger gesicherter Finanzierung vor. In der Beratungs-Infrastruktur spielt das Gesundheitsamt eine wichtige Rolle, denn der Nutzen einer vertrauenswürdigen ärztlichen Versorgung ist immanent. Die Inanspruchnahme der sozialen Beratung folgt oft erst, nachdem dieses Bedürfnis erfüllt worden ist.

Verfahren

Das ProstSchG soll noch in diesem Jahr vom Bundestag verabschiedet werden und zum 1. Juli 2017 in Kraft treten. Das BMFSFJ ist ermächtigt, bis dahin bundeseinheitliche Rechtsverordnungen zu erlassen, welche diverse unbestimmte Begriffe und Anforderungen aus dem Gesetz konkretisieren. Tut es das nicht, bleibt die Umsetzung allein den Ländern und Kommunen überlassen. Nach fünf Jahren sollen die Wirkungen des Gesetzes wissenschaftlich evaluiert werden.

Miguel Tamayo

Menschenhandel zum Zweck der sexuellen Ausbeutung: Anzahl der Ermittlungsverfahren



Quelle: Bundeskriminalamt, Bundeslagebild Menschenhandel

DVD zum Infektionsschutz



der Gemeinschaftsverpflegung, vor der erstmaligen Aufnahme der Tätigkeit eine mündliche und schriftliche Erstbelehrung durch das Gesundheitsamt bekommen müssen. Dies wird durch eine Bescheinigung dokumentiert. Die Folgebelehrung zu Beginn der Tätigkeitsaufnahme und die anschließende zweijährliche Folgebelehrung ist für jeden Betrieb gesetzlich vorgeschrieben.

Modern und unterhaltsam kommt er daher, der Lehrfilm „Das Infektionsschutzgesetz“ aus dem Behr's Verlag, der nun in der 2. Auflage vorliegt. Im Vergleich zur ersten Auflage ist der Schaulplatz diesmal eine zeitgemäße Großküche, in der an praktischen Beispielen demonstriert wird, wie ein hygienisch einwandfreies Arbeiten korrekt verläuft. Der Film nutzt dabei auch eine abwechslungsreiche Bildtechnik, die – z. B. mit Texteinblendungen – das Gezeigte ergänzt und verdeutlicht.

Der Paragraph 43 des Infektionsschutzgesetzes schreibt vor, dass alle Beschäftigten, die leicht verderbliche Lebensmittel herstellen, verarbeiten oder in Verkehr bringen sowie Verantwortliche in

Um den Verbraucherschutz sicher zu stellen, aber auch zum eigenen Schutz der Beschäftigten im Lebensmittelbereich, ist die strenge Beachtung der vorgeschriebenen Hygieneregeln unentbehrlich. Dabei wird von den Verantwortlichen ein hohes Maß an Eigenverantwortung verlangt.

Der Kurzfilm ist als Ergänzung zu einer Hygiene-Schulung – besonders der Erstbelehrung durch das Gesundheitsamt – sehr geeignet. Er ist in deutscher Sprache hergestellt und hat keine Untertitel. Denkbar für eine nächste Auflage wäre hier sogar eine synchronisierte Fassung, z. B. auf Englisch. Zweifellos reicht es nicht, dieses Video nur abspielen zu lassen. So sind die erforderlichen schriftlichen Belehrungsbögen in diversen Fremdsprachen im Internet, z. B. beim RKI, verfügbar.

Ein kleines „Booklet“, das dem Lehrfilm beigelegt ist, bietet leicht verständliche Informationen zu den Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes. Dieses Beiheft kann mit weiteren Materialien, die in digitaler Form auf der DVD zu finden sind, z. B. eine Muster-Bescheinigung, eine Bildstecke zur Händedesinfektion u. a., gut eingesetzt werden.

Petra Münstedt

Das Infektionsschutzgesetz für die Lebensmittelindustrie, Gemeinschaftsverpflegung, Gastronomie und das Handwerk. Belehrung gemäß § 43 IfSG. 2. Auflage. Hamburg: Behr's Verlag 2015, DVD, Spieldauer: 12 Min., 142,21 EUR ISBN 978-3-95468-299-7

Neue Bücher

Schürmann, Volker; Mittag, Jürgen; Stibbe, Günter u.a. (Hrsg.) **Bewegungskulturen im Wandel.** Der Sport der Medialen Moderne – Gesellschaftstheoretische Verortungen. Bielefeld: Transcript Verlag 2016, 450 S., 39,99 EUR ISBN 978-3-8394-3152-8

Kramer, Axel (Hrsg.) **Krankenhaus- und Praxishygiene.** Hygienemanagement und Infektionsprävention in medizinischen und sozialen Einrichtungen. Mit Zugang zum Elsevier-Portal. 3. Auflage. München: Elsevier Verlag 2016, 869 S., 199,99 EUR ISBN 978-3-437-22312-9

Patermann, Andreas; Schubert, Wolfgang; Graw, Matthias **Handbuch des Fahreignungsrechts.** Leitfaden für Gutachter, Juristen und andere Rechtsanwender. Bielefeld: Kirschbaum Verlag 2015, 458 S., 68,90 EUR ISBN 978-3-7812-1865-9 (Auch als E-Book: 68,90 EUR)

Mörchen, Heinrich **Hygiene in raumlufttechnischen Anlagen.** Anforderungen an RLT-Anlagen für Büro- und Verwaltungsräume. 3., durchgesehene Auflage. Renningen: Expert-Verlag 2016, 169 S., 36,00 EUR ISBN 978-3-8169-2966-6

Schulz-Stübner, Sebastian **Hygiene und Infektionsprävention.** Fragen und Antworten. Über 950 Fakten für Klinik und Praxis. 2. Auflage. Berlin: Springer Verlag 2015, 287 S., 24,99 EUR ISBN 978-3-662-46518-9

Schwerpunkt: Bewegungsförderung



„Gehen“ ist das beeinflussbarste Bewegungsverhalten und ist zugleich die gängigste Form körperlicher Aktivität. Das schreibt die Architektin und Städteplanerin Minh-Chau Tran, Wissenschaftlerin an der Universität Duisburg-Essen, in der aktuellen Ausgabe des „Journal Gesundheitsförderung“. Was zeichnet die bewegungsfreundliche, die „walkable“ Stadt aus? Merkmale, so die Architektin, reichen z. B. von engen, maschigen, sicheren Wegenetzen, bequemen Umsteigeorten für den öffentlichen Verkehr, ausreichenden Fahrradwegen, abgesenkten Bordsteinen für Rollstuhlfahrer bis hin zur Schaffung von Grünflächen und Parks für Aktivitäten.

Dem engen Zusammenhang von körperlicher Aktivität und Gesundheit ist das neu erschienene Heft 1/2016 der Fachzeitschrift „Journal Gesundheitsförderung“ gewidmet. Dieses Schwerpunktheft betrachtet besonders die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Bewegungsförderung. So werden vor allem Projektbeispiele vorgestellt, die zur Förderung des Bewegungsverhaltens auch strukturelle Bedingungen, wie finanzielle Unterstützung, gesetzliche Grundlagen, Netzwerkbil-

dung, Multiplikatoren-schulung, miteinbeziehen. Welche Umsetzungsschwierigkeiten sind zu bewältigen, welches sind die Erfolgsfaktoren, und was gibt es bei den jeweiligen Zielgruppen besonders zu beachten? Interessante Ansätze der Bewegungsförderung sind in diesem neuen Schwerpunktheft auf jeden Fall zu finden. Die Fachzeitschrift „Journal Gesundheitsförderung“, die nun schon im vierten Jahrgang vorliegt, deckt ein breites Themenspektrum ab und widmet sich in jeder Ausgabe neuen aktuellen Fragestellungen. Von Beginn an wurde diese Publikation von einem Team namhaf-

ter Gesundheitswissenschaftler mitherausgegeben, die bei der Auswahl der Sachbeiträge stets Aktualität, Wissenschaftlichkeit und Praxisnähe berücksichtigen. Dadurch wird hohe fachliche Qualität garantiert. Das „Journal Gesundheitsförderung“, das viermal im Jahr erscheint, richtet sich an Fachkräfte und Verantwortliche aus dem öffentlichen Gesundheitswesen, gibt jede Menge umsetzbare Anregungen und Unterstützung und ist äußerst lesenswert und sehr zu empfehlen.

Petra Münstedt

„Journal Gesundheitsförderung“. Für Akteure und Akteurinnen aus Politik, Wissenschaft und Praxis.

Heft 1/2016: Schwerpunkt Bewegungsförderung (Abo: 49,00 EUR, 4 Ausgaben, Einzelheft: 13,00 EUR plus Versandkosten)

Verlag für Gesundheitsförderung, Oberhirschberg 20, 94539 Grafing
Internet: www.conrad-verlag.de
Dort finden Sie 12-seitige Lese-proben aller bisher erschienenen Ausgaben.

Amtsärztin im Ruhestand legt neues Buch vor

Es gibt Bücher, die man nicht mehr aus der Hand legen kann, wenn man mit dem Lesen begonnen hat. Das Buch „Der Mann im Hintergrund“ gehört dazu. Verfasst wurde es von Helga Tödt, einer ehemaligen Amtsärztin, die ihr schriftstellerisches Talent erst nach ihrer Pensionierung zur Passion gemacht hat. Die Fachärztin für öffentliches Gesundheitswesen arbeitete lange Jahre in einem Berliner Gesundheitsamt und leitete zuletzt die Gesundheitsbehörde im Landkreis Hameln-Pyromont. Bis zu ihrem Ruhestand engagierte sie sich außerdem in der ärztlichen Weiterbildung und ist

daher vielen Ärzten gewiss noch bekannt durch ihre Lehrtätigkeit an den Akademien für öffentliches Gesundheitswesen und Sozialmedizin in Düsseldorf, Berlin und Schwerin.

Die nun vorliegende Neuerscheinung von Helga Tödt beschreibt die Lebensgeschichte von Arno Tanski (1899-1981), der als deutscher Kommunist (vielleicht sogar als Agent) in Moskau tätig gewesen ist und später in der Metropole Berlin erfolgreich in die Modewelt wechselte. Die Autorin ist diesem „geheimnisumwitterten“ älteren Herrn Ende der 60er-Jahre persönlich begeg-



net und war sofort fasziniert und angezogen von seiner besonderen Persönlichkeit. Man kann durchaus sagen, Arno Tanski hatte ein „historisches Schicksal“. Er, der im Kaiserreich geboren wurde, und zwei Weltkriege miterlebte, steht stellvertretend für eine Generation, die mit den wechselhaften gesellschaftlichen und politischen Systemen ihrer Zeit (Monarchie, Weimarer Republik, Nationalsozialismus) nachdrücklich konfrontiert wurde.

Dass die Autorin die Kunst des Schreibens meisterlich beherrscht, merkt der Leser sehr schnell: Die Lektüre bleibt von der ersten bis zur letzten Seite spannend. Inzwischen hat Helga Tödt schon mehrere historische Werke und Dokumentationen veröffentlicht. Wir können mehr als gespannt sein auf ihre kommenden Bücher.

Petra Münstedt

Armutsbericht 2016

Aktuell vorgelegt wurde der „Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2016“ vom Paritätischen Wohlfahrtsverband. Die Armutsquoten, mit denen in diesem Bericht gearbeitet wird, beruhen auf dem so genannten „Mikrozensus“ des Statistischen Bundesamtes. Dies ist eine groß angelegte jährliche Befragung von Haushalten in Deutschland, die als die valideste Datenquelle angesehen werden kann. Der Analysezeitraum in dem aktuellen Bericht umfasst die Daten zur relativen Einkommensarmut von 2005 bis zum Jahr 2014. Somit können auch längerfristige regionale Entwicklungen erkannt und mögliche Trends sichtbar werden.

Der Armutsbericht 2016 ist mit seinen rd. 120 Seiten umfassender als bisher. Erstmals werden ne-

ben den statistischen Ergebnissen auch eingehende Erläuterungen und Hintergrundinformationen zu den von Armut besonders stark betroffenen Bevölkerungsgruppen gegeben. Warum sind Alleinerziehende eigentlich am häufigsten arm? Warum schützen die Renten alte Menschen zunehmend nicht mehr vor Armut? Welche Rolle spielen Schulden und Überschuldung? Neben einem ersten statistischen Teil sind in



Zeit zu Handeln. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2016. Hrsg.: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., Berlin 2016, 117 S. Download unter: www.der-paritaetische.de/armutsbericht

einem zweiten Teil Berichte, Analysen und politische Kommentare zu jenen Gruppen von Menschen, die der Mikrozensus als besonders armutsgefährdet ausweist: Alleinerziehende, Erwerbslose und Migranten – aber auch zu den Gruppen, die vom Mikrozensus nicht erfasst werden, z. B. Wohnungslose und Flüchtlinge.

Tödt, Helga **Der Mann im Hintergrund.** Arno Tanski – ein Kommunist und Gentleman. Berlin: Pro BUSINESS Verlag (Verlag book-on-demand) 2015, 155 S., 13,00 EUR ISBN 978-3-86460-309-9

Rechtsfragen rund ums Krankenhaus

Das ARD-Fernsehen zeigte kürzlich eine Dokumentation mit dem Titel „OP gelungen – Patient tot. Dort ging es wieder einmal um die Gefahr, die durch neue Krankheitskeime ausgeht und gegen die kein Antibiotikum mehr hilft. Wie hoch das Ausmaß der Todesfälle an nosokomialen Infektionen ist, darüber sind sich die Experten nicht einig. Nach Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene sterben jedoch Jahr für Jahr mindestens 30.000 Menschen an den Folgen einer Infektion, die sie sich erst im Krankenhaus zugezogen haben. Ein erschreckendes Bild, besonders wenn man sich die Ursachen näher ansieht. Zu wenig Zimmer, um betroffene Patienten zu isolieren, zu wenig ärztliche Experten, die die Infektionen richtig behandeln können, zu wenig Hygienepersonal, das Arbeits- und Funktionsabläufe überprüft, eine nicht ausreichende Finanzierung präventiver Maßnahmen und Sparauflagen für die Krankenhäuser. Aber wirtschaftliches Arbeiten um jeden Preis? Krankenhausinfektionen führen immer zu zusätzlichem Leid bei Patienten



und ihren Angehörigen. Ein Krankenhausarzt beklagte in dem Film: „Wir verstoßen gegen das Gesetz, weil es zu wenig Pflegepersonal gibt, um die wichtigen Hygienevorschriften auch einzuhalten.“ Mit den Rechtsfragen der Krankenhaushygiene beschäftigte sich der Berliner Rechtsanwalt Maximilian Warntjen auf dem 12. „Düsseldorfer Krankenhausrechtstag“ 2015. Er macht deutlich, dass nach § 23 Abs. 3 IfSG zur Gewährleistung anerkannter Hygienestandards in Krankenhäusern nicht nur die behandelnden Per-

sonen verpflichtet sind, sondern auch die Leitungsebene eines Krankenhauses konkrete „Organisationspflichten“ zur Sicherstellung der Hygiene erfüllen muss. Obwohl sich in den letzten Jahren eine mögliche Veränderung in der Rechtsprechung abzeichnet, liegt im Fall einer Infektion durch Hygienemängel die Beweislast für eine „Sorgfaltspflichtverletzung“ und den dadurch aufgetretenen gesundheitlichen Schaden immer noch beim Patienten. Dies darzulegen ist für die Betroffenen oft sehr schwierig.

Ziel des jährlich stattfindenden Düsseldorfer Krankenhausrechtstages ist es, aktuelle Rechtsprobleme aus unterschiedlichen Sichtweisen vorzustellen und darüber hinaus den Meinungsaustausch anzuregen. Auf diese Weise werden Kenntnisse und neue Erfahrungen von Richtern und Anwälten sowie von Mitarbeitern der Verbände und der öffentlichen Verwaltung zusammengebracht. Grundlegende Rechtsfragen aus dem Krankenhausplanungsrecht waren 2015 ebenso Thema wie die juristischen Aspekte der Krankenhaushygiene und das Sponsoring sowie die „Verantwortlichkeit patientenferner Entscheider“. Der vorliegende Tagungsband aus dem Boorberg-Verlag fasst die Beiträge dieses Krankenhausrechtstages zusammen. Für Leser, die sich mit den verschiedenen rechtlichen Anforderungen an einen Krankenhausbetrieb vertraut machen wollen, ist dieses Buch interessant.

Petra Münstedt

Düsseldorfer Krankenhausrechtstag 2015. Rechtsfragen und Gestaltungsoptionen im Krankenhaus, Krankenhausplanungsrecht, Krankenhausentgeltrecht, Krankenhaushygiene, Sponsoring, Compliance.
Hrsg.: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW). München: Verlag Boorberg 2016, 94 S., 24,80 EUR
ISBN 978-3-415-05653-4

Legionellen im Trinkwasser



onellen. Beschrieben wird außerdem, wie kontaminierte Anlagen saniert werden können. Das Buch endet mit den Betreiberpflichten und Verantwortlichkeiten, die ausführlich erläutert werden.

Der Autor ist bereits seit 2006 Referent für die VDI/DVGW 6023/D Schulungen. Seine Qualifikation ist der Meister als Zentralheizungs- und Lüftungsbauer und der Meister für Gas- und Wasserinstallationen. Durch seine Mitwirkung in verschiedenen internationalen und nationalen Normenausschüssen, z.B. beim DVGW und VDI, ist er an der Gestaltung technischer Regeln beteiligt und überblickt aktuelle Entwicklungen. Er ist Sachverständiger für Trinkwasserhygiene und erstellt selbst Gefährdungsanalysen.

Mit den zahlreichen farbigen Abbildungen und Grafiken und den über 70 technischen Regelwerken, aus denen zitiert wird, ist dieser Praxisband ein wertvolles Fachbuch für die Mitarbeiter des technischen Gesundheitsschutzes in der öffentlichen Verwaltung, für technische Fachleute von Wohnungsbaugemeinschaften und für Planer, Ersteller und Betreiber von Trinkwasser-Installationen.

Andrea Quenzer
quenzer@akademie-oegw.de

Bürschgens, Arnd
Legionellen in Trinkwasser-Installationen. Gefährdungsanalyse und Sanierung.
Hrsg.: DIN Deutsches Institut für Normung e. V.
Berlin u. a.: Beuth Verlag 2016, 259 S., 68,00 EUR
ISBN 978-3-410-25279-5 (auch als E-Book)

Die Trinkwasserqualität in Deutschland hat einen hohen Qualitätsstandard. Damit dieser auch am Wasserhahn des Verbrauchers ankommt, müssen die Trinkwasser-Installationen fachgerecht geplant und ausgeführt werden. Dazu gibt es ein umfangreiches technisches Regelwerk, das aber oft genug in der Praxis im Einzelnen nicht bekannt ist und demzufolge nicht umgesetzt wird. Legionellen-Kontaminationen sind die Folge.

Dieses Buch beschreibt in kompakter Form erstmalig die komplexen Vorgaben und Zusammenhänge der verschiedenen Regelungen und gesetzlichen Anforderungen, um Legionellen im Trinkwasser zu vermeiden, zu bewerten und zu sanieren. Alle wesentlichen Bereiche werden dargestellt: Anfangen von den Legionellen als Krankheitserregern, über die Vorgaben aus der Trinkwasser-Verordnung bis zur mikrobiologischen Beprobung und Bewertung der Analyseergebnisse. Ein zentraler Teil ist der Gefährdungsanalyse gewidmet und den Maßnahmen zur Verhinderung und Beseitigung von Legi-

Internet-Tipp

www.infektionsschutz.de

Sind es Viren, Bakterien, Pilze oder Parasiten, die eine Infektion ausgelöst haben? Die Internetseite „www.infektionsschutz.de“ informiert zuverlässig, verständlich und aktuell über sämtliche Erregerarten, Übertragungswege, Krankheitszeichen, Komplikationen und Schutzmöglichkeiten von wichtigen Infektionskrankheiten. Erregersteckbriefe in sechs Sprachen geben Auskunft zu einzelnen Krankheitserregern beim Menschen. Diese umfangreichen Steckbriefe hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD) erstellt. Neben Materialien rund um das Thema Händehygiene, Hygiene im Krankheitsfall, Haushalts- und Lebensmittelhygiene können Flyer, Aufkleber und Plakate für gesundheitsfördernde Projekte bestellt werden.

Pilzbefall in Wohnungen

Wie ist Schimmelbildung in Wohnräumen vorzubeugen? Gibt es Gesundheitsgefahren? Kann das Problem selbst gelöst werden oder braucht man einen Handwerker? Muss auch bei Regen und Nebel gelüftet werden? Frühzeitige Hilfe und Beratung ist gefragt, um das Problem zu klären und nach Lösungen zu suchen. Oftmals wenden sich Bürger mit Fragen zum Schimmelbefall an das Gesundheitsamt. Für eine gute Beratungstätigkeit ist die Kenntnis der Entstehungszusammenhänge, der Sanierungsmöglichkeiten und der vorbeugenden Maßnahmen eine wichtige Voraussetzung. Die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen hat aktuell einen Ratgeber herausgegeben, der kompetent und praxisorientiert über Schimmelpilze in Wohnräumen informiert. Für Schimmel gibt es immer eine Lösung, heißt es in dem Buch. Wie die aussehen kann, erfahren die Leser in neun Kapiteln. Behandelt werden z. B. die gesundheitlichen Auswirkungen von Schimmel, die Ursachen für einen Schimmelbefall, die Ermittlung des Schadens, die Vorgehensweise bei der Sanierung, die Suche nach qualifizierten Fachfirmen, die Vermeidung von Schimmelbefall sowie die Verantwortlichkeiten für den Schaden aus rechtlicher Perspektive. Verständlich erläutert werden hier die entsprechenden Regelungen im Mietrecht, Baurecht und Versicherungsrecht. Das Buch „Feuchtigkeit und Schimmelbildung“ gibt einen umfassenden Überblick



zu allen Gesichtspunkten der Schimmelpilzproblematik. Es ist aufgrund seiner anschaulichen, umfassenden und verständlichen Darstellung auch für fachferne Leser geeignet. Beschäftigte in den Gesundheitsämtern, die berufsbedingt mit der Problematik Schimmelpilzbefall betraut sind, und Beratungen durchführen, erhalten mit dieser Veröffentlichung einen gut strukturierten, anwendungsorientierten und zuverlässigen Praxisleitfaden.

Hermann Istas
hermann.istas@web.de

Donadio, Sandra u. a.
Feuchtigkeit und Schimmelbildung. Erkennen, beseitigen, vorbeugen. Hrsg. Verbraucherzentrale NRW. Düsseldorf 2016, 240 S., 14,90 EUR
ISBN 978-3-86336-060-3
Zu bestellen:
www.ratgeber-verbraucherzentrale.de

ISGA®
Die Software für den öffentlichen Gesundheitsdienst



Seitdem
ich ISGA einsetze,
habe ich viel mehr Zeit
für sie!

Informations System Gesundheits Amt



Computer Zentrum Strausberg GmbH
Müncheberger Straße 7 · 15344 Strausberg
Telefon: (03341) 301-0 · Telefax: (03341) 301-300
www.computerzentrum.de · info@computerzentrum.de

Über das „Fremde“

Im letzten Jahr sind so viele Flüchtlinge aus den Krisengebieten der Welt nach Deutschland gekommen wie noch nie zuvor in der jüngeren Vergangenheit. Oft sind sie durch die Flucht stark traumatisiert oder leiden unter anderen gesundheitlichen Problemen. Diese Menschen treffen in Deutschland auf ein Gesundheitssystem, das sie nicht kennen. Es ist ihnen fremd. Umgekehrt wiederum sind sie als Klienten bzw. Patienten uns, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des hiesigen Gesundheitssystems, fremd. Was heißt das für unseren Berufsalltag? Wie begegnen wir diesen Menschen? Klar ist: Einfache Antworten gibt es nicht. Hilfreich sei es, sich an eigene Erfahrungen des „Sich-Fremd-Fühlens“ zu erinnern und vor allem gelassen auf „fremdartiges“ Verhalten zu reagieren, meint die Psychiaterin Solmaz Golsabahi-Broclawski.

Ein jeder Klient ist fremd, denn wir kennen ihn nicht vorab. Manche aber sind uns besonders fremd, wegen der sprachlichen Barrieren, aber auch der kulturellen Gepflogenheiten und gar ihrem Verständnis für Gesundheit und Krankheit und dem Umgang mit der selbigen.

Die kulturelle Herausforderung und die Tatsache, dass weltweit nicht nur genderspezifische sondern auch kulturspezifische Sichtweisen und Umgangsweisen mit Krankheit und Gesundheit zu berücksichtigen sind, wird verständlich, wenn wir uns einmal unseren letzten Urlaub im Ausland vor Augen führen. Wie

Wenn zehn Angehörige da sind, rate ich dazu, diese nicht gleich rauszuschicken, sondern erst einmal alle in die Sprechstunde hinein zu lassen und sich die Dynamik der Angehörigen anzusehen, wie die zehn Personen mit den zwei Stühlen im Untersuchungszimmer zurechtkommen.

oft waren wir da irritiert? Wie oft haben wir bemerkt, dass die Menschen um uns herum sich anders verhielten, als wir es erwartet haben? „Da war doch dieser Moment, in dem ich dachte, ich werde missverstanden.“ „Da hatte ich kurz das Gefühl, ich stehe auf dem Schlauch.“ „Die scheinen kein Zeitgefühl zu haben.“ „Der Ton scheint sehr rau zu sein.“ „Ich glaube, meine Körpersprache wird nicht verstanden.“ „Was bedeutet eigentlich diese Gestikulation und warum wird nicht klar ‚Ja‘ oder ‚Nein‘ gesagt?“ Die Liste lässt sich beliebig verlängern, je

nach geographischer Entfernung zu Deutschland.

Warum erscheint uns etwas als fremd?

Im Umgang mit Klienten, die eine Zuwanderungsgeschichte haben, ist es wichtig, einmal aus der Luftballon-Perspektive die eigene Handlung, die eigenen Schablonen zu hinterfragen. Die Architektur unserer Muttersprache gibt uns richtungsweisend an, wie wir handeln und denken beziehungsweise das Gedachte zur Sprache bringen. Der Philosoph Ludwig Wittgenstein formulierte es einst so: Die Grenzen meiner Sprache sind die Grenzen meiner Welt. Ausgehend von der deutschen Muttersprache wird uns bewusst, dass es dem Deutschen wichtig ist, sich klar zu artikulieren, Position zu beziehen, sich abzugrenzen und es ist das höchste Gut in der Erziehung und auch im Umgang miteinander, wenn klare Aussagen formuliert werden. Ist dieses durch die Architektur der deutschen Sprache bedingte Ziel einer Kommunikation übertragbar? Schwerlich – denn die Frage drängt sich auf: Was sind die Zielsetzungen, Erziehungsstile und Erwartungen, wenn meine Muttersprache kein Wort für ‚Nein‘ kennt? Was passiert, wenn direkte und sogenannte unverblühte Formulierungen Ausdruck der Unhöflichkeit, der geistigen Minderentwicklung und vor allem Teamunfähigkeit bedeuten?

In meinem klinischen Alltag, im Rahmen meiner Fortbildungsreihen wie auch im Privatleben (verheiratet und multikulturell in einem Haushalt mit zwei Kulturen, drei Religionen und drei Sprachen lebend) bin ich fast nur mit der Vermittlung der Schablonen beschäftigt. Inhaltlich sind die Erwartungen nicht weit auseinander und dennoch finden Missverständnisse und damit auch Kränkungen auf der Handlungsebene statt – da wo wir meinen, alles doch klar und unmissverständlich dargestellt zu haben. Je müder, erschöpfter und vor allem gestresster eine oder beide Parteien sind, umso schwieriger gestaltet sich die Situation.

Dolmetscher allein lösen das Problem nicht

Der Einsatz eines Dolmetschers und Sprachvermittlers an dieser



Foto © Jjh Fotografie - fotolia.com

Fremde Klienten bzw. Patienten: Sie kommen aus fernen Ländern, die wir nicht kennen, sprechen eine Sprache, die wir nicht verstehen, und verhalten sich anders, als wir es erwarten würden. Eine kulturelle Herausforderung.

Stelle bietet keine Lösung, wenn sich die Parteien der kulturellen Herausforderungen nicht bewusst sind und diese nicht wahrnehmen. Wie Churchill einst sagte, zwei Politiker einigen sich, aber wenn ein Dolmetscher dazwischen fungiert, wird es nicht unbedingt einfacher, denn auch er hat non-volens persönliche Interessen.

Diese Tatsache vergegenwärtigen wir uns meist nicht und meinen, mit einem Dolmetscher kommen wir voran. Auf der Handlungsebene sind wir dann aber unter Umständen genervt, weil wir bemerken, dass der Dolmetscher die Leitung der Sitzung übernimmt oder es finden Unterhaltungen statt, die nicht übersetzt werden. Ein ungeübter und nicht leitliniengerechter Einsatz des Dolmetschers (mit und ohne qualifizierte Dolmetscherausbildung) im klinischen Alltag ist nicht selten eine Noxe, eine sogenannte Zusatzkomplikation.

Wer für eine Behörde arbeitet, muss sich zudem darüber im Klaren

Das fremde Verhalten soll mich nicht aus dem Konzept bringen, vielmehr geht es darum, sich die Sichtweise der Klienten anzuschauen und diese in das eigene Handeln zu integrieren.

ren sein, dass die Situation – egal, ob es um eine Anamnese oder eine Untersuchung geht – gerade für Menschen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus sehr belastend ist. Die Anspannung ist bedingt durch ihre Angst und Bedenken gegenüber Behörden, aber auch durch Stigmatisierungserfahrungen, die sie sowohl in ihrem Herkunftsland, wie auch im Aufnahmeland Deutschland gemacht haben können.

Wie gehe ich mit der brisanten Situation um?

Der Wunsch und auch die Anforderung, weiterkommen zu wollen, drängt uns zu Handlungen auf beiden Seiten, die dazu führen, dass wir unzufrieden, frustriert

und uns nicht ernstgenommen bis hin zu undankbar behandelt fühlen. Da beide Parteien diese Empfindungen haben, sehe ich hier einen lösungsorientierten Ansatz für das weitere Vorgehen: Eine gemeinsame Ausgangslage erleichtert den Zugang.

Zunächst gilt es zu klären: Was wissen die Parteien voneinander? Was sind Fakten und was sind Vorurteile? Auf der Suche nach den Antworten ist jedoch Frustration vorprogrammiert, da es kaum Literatur gibt, die insbesondere im medizinischen Alltag an dieser Stelle nützlich wäre.

Die Klienten selbst sind eine sehr gute Quelle, um diese Fragen zu beantworten. Allerdings müssen wir an dieser Stelle bereit sind: 1. im Alltag Ausnahmen zu gewähren und 2. uns führen zu lassen. Eine Vorstellung, die bei vielen erst einmal Widerstände auslöst.

Ausnahmen gewähren und sich führen lassen

„Im Alltag Ausnahmen zu gewähren“ meint aber keineswegs, dass ich meine Arbeitshypothesen und Vorgangsweise ändern muss, sondern dass ich bereit bin, für kurze Momente in mir fremde Sichtweisen und Denkweisen einzutauchen. Ein Beispiel: Wenn zehn Angehörige da sind, rate ich dazu, diese nicht gleich rauszuschicken, sondern erst einmal alle in die Sprechstunde hinein zu lassen und sich die Dynamik der Angehörigen anzusehen, wie die zehn Personen mit den zwei Stühlen im Untersuchungszimmer zurechtkommen. Meine Empfehlung: Halten Sie die Unruhe aus und setzen Sie sich hin! Irgendwann werden Ihre zwei Stühle besetzt sein und Sie können freundlich und bestimmend in die Runde fragen: Wer möchte draußen warten und wer muss denn bleiben? Auch hier sich mindestens zwei Minuten Zeit geben. Wenn Sie psychiatrisch arbeiten, werden Sie sehen: Sie haben innerhalb von fünf Minuten eine komplette Abbildung der Dynamik der Erkrankung und auch der Beziehungsstrukturen

vor sich und wissen auch, wie Sie therapeutisch im Weiteren ansetzen müssen. Lassen Sie sich also führen!

Anknüpfend an das Beispiel ist hier erneut der Hinweis wichtig, dass „Ausnahmen gewähren“ und „sich führen lassen“ nicht bedeutet, das eigene Konzept preiszugeben. Das fremde Verhalten soll mich nicht aus dem Konzept bringen, vielmehr geht es darum, sich die Sichtweise der Klienten anzuschauen und diese in das eigene Handeln zu integrieren.

Eigene Wirklichkeitskonstrukte hinterfragen

Transkulturelle Kompetenz ist die Fertigkeit, die im Alltag nötig ist, um mit den brisanten Situationen zurechtkommen und auch einen Weg zu finden, eigene Wirklichkeitskonstrukte zu hinterfragen, ohne à priori etwas für falsch oder richtig zu erklären. Wir müssen uns immer wieder vergegenwärtigen: Es gibt unterschiedliche

Wir müssen uns immer wieder vergegenwärtigen: Es gibt unterschiedliche Sichtweisen. So wie Deutschland vielfältig ist, so ist es auch im Ausland.

Sichtweisen. So wie Deutschland vielfältig ist, so ist es auch im Ausland.

Unsere fremden Klienten, mit und ohne Deutschkenntnisse, sind eine besondere Gruppe von Menschen, die uns viel Geduld abverlangen. In die kommunikative Situation spielen zahlreiche Faktoren mit hinein: Weltanschauung, Bildung, Geschlecht, Religionsverständnis, Lösungsansätze und Lösungsmöglichkeiten. Und natürlich kommt hier auch ein Machtgefälle zum Tragen. Wie deutlich es sich abzeichnet, ist eine Frage des Aufenthaltsstatus. Bei Menschen mit Zuwanderungsgeschichte ist das Machtgefälle verdoppelt, bei Menschen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus gar vervielfacht. Auch dieser Aspekt sollte uns bewusst sein.

Solmaz Golsabahi-Broclawski

Am Thema interessiert?

Dann schauen Sie doch auch in das Jahresveranstaltungsprogramm der Akademie oder auf die Webseite www.akademie-oegw.de. Unter dem Buchstaben „I“ finden Sie Workshops und Fortbildungen der Autorin zum Themenschwerpunkt „Integration, Migration und Flüchtlinge“.