

Niederschrift der 28. Sitzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz der Stadt Oberhausen am 16. Mai 2018

Anwesende: siehe Anwesenheitsliste

Beginn: 14.00 Uhr Ende: 15.45 Uhr

TOP 1 Begrüßung und Eröffnung

Frau Lauxen begrüßte die Anwesenden und stellte fest, dass es zur Niederschrift der letzten Sitzung keine Anmerkungen gibt.

Änderungen zur Tagesordnung gab es keine.

Herr Karschti, Patientenschutz Oberhausen, regte an, dem in den Ruhestand verabschiedeten Geschäftsführer der Gesundheitskonferenz Herrn Turra-Ebeling zu danken und gute Wünsche zu übermitteln. Dem wurde entsprochen.

Weiterhin bat Herr Karschti um Übersendung des Schwerpunktberichtes 2018: Infektionen und des Tätigkeitsberichtes an die Mitglieder der Gesundheitskonferenz. Frau Lauxen sagte dies zu. Die Berichte werden als PDF-Datei dem Protokoll angehängt.

TOP 2 Suchthilfeplanung der Stadt Oberhausen

▪ Aufbau und Entwicklung eines Suchthilfenetzwerkes / Installation einer Lenkungsgruppe

Herr Christian Sauter, Psychiatrie- und Suchtkoordinator der Stadt Oberhausen stellte anhand der beigefügten PowerPoint Präsentation den Aufbau und die Entwicklung eines Suchthilfenetzwerkes vor.

Die Koordination der Suchtkrankenversorgung auf örtlicher Ebene gehört -nach dem Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (ÖGDG - §23)- zu den ursächlichen Aufgaben der Kommune. Herr Sauter erläuterte exemplarische Fallzahlen für Oberhausen aus den Bereichen legaler und illegaler Suchtmittel sowie stoffgebundene Abhängigkeiten am Beispiel der Glücksspielsucht. Oberhausen verfügt über eine ungewöhnlich hohe Anzahl an Glücksspielautomaten gemessen an der Einwohnerzahl.

Der Aufbau der Suchthilfeplanung ist ein unverzichtbares Instrument um trotz knapper Ressourcen eine Effektivierung, Steuerung und Entlastung des vorhandenen Suchthilfesystem zu realisieren. Spezialisierte Angebote sind ebenfalls nötig. Die Einrichtung einer Lenkungsgruppe mit deren Aufgaben und Zielen wurde vorgestellt. Mitglieder der Lenkungsgruppe sind die Entscheidungsträger aus den Netzwerkbereichen u. Schnittmengen des Suchthilfesystems. Teilnehmer sind:

- Bereichsleitung „Gesundheitswesen“
- Fachbereichsleitung „Sozialpsychiatrischer Dienst“
- Fachbereichsleitung „Beratung“
- Chefarzt Klinik für Psychiatrie / Psychotherapie St. Josef-Hospital
- Chefarzt der Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik Johanniter Krankenhaus
- Direktor Caritasverband e.V. Oberhausen
- Fachbereichsleitung Psychosoziales Gesundheitszentrum Caritasverband e.V.
- Geschäftsführung Selbsthilfekontaktstelle (Der Paritätische)
- Geschäftsführung intego
(Gemeinnützige Gesellschaft für Integration Oberhausen mbH)
- Fachbereichsleitung
(Selbsthilfe, Kontakt und Beratung, medizinische Hilfen, Koordination IV intego)

- Leitung des Diakonischen Werkes des Evangelischen Kirchenkreises
- Abteilungsleitung Psychosoziales Gesundheitszentrum Diakonie
- Einrichtungsleitung des Seniorenzentrums „Gute Hoffnung“
- Substituierender Facharzt und Psychotherapeut
- Geschäftsführung Aidshilfe
- Psychiatrie- und Suchtkoordination

Die Aufnahme der Suchthilfeplanung fand allseits einen guten Anklang. Auf Anregung von Herr Dr. Kaup, Kassenärztliche Vereinigung, wird ebenfalls noch ein niedergelassener Arzt in die Lenkungsgruppe mit aufgenommen. Des Weiteren ist ein Gespräch mit Herrn Nakot, Leiter des Kommissariats Prävention und Opferschutz der Polizei Oberhausen/Geschäftsführung Präventiver Rat Oberhausen sowie mit den Amtsapothekerinnen Frau Horst und Frau Hugo-Hanke, hinsichtlich Teilnahme geplant.

▪ Einführung in das LVR-Managementkonzept

Frau Lauxen begrüßte die Referenten des LVR, Frau Gerda Schmieder und Herrn Bernd Jäger). Diese stellten ebenfalls mithilfe einer PowerPoint Präsentation das Netzwerkmanagement vor. Der LVR als Dienstleister für die Kommunen möchte den Aufbau des Suchthilfenetzwerkes begleiten.

In der anschließenden Diskussion wurde darum gebeten, dass der Aufwand (Formulare LVR) für die Beteiligten in der Suchthilfeplanung so gering wie möglich gehalten werden sollen.

TOP 3 Berichte aus Arbeitskreisen und Netzwerken

TOP 4 Verschiedenes

- Patientenversorgung mit Cannabisprodukten
Von Herrn Karschti wurde bemängelt, dass es Schwierigkeiten bei der Versorgung von Patienten mit Cannabisprodukten gibt. Dies konnte sowohl von Herrn Dr. Kaup, Ärztekammer Oberhausen, und Herrn Müller, Vertreter der Apothekerkammer, nicht bestätigt werden. Es kann vereinzelt zu Problemen kommen, dies ist aber der Produktion geschuldet und nicht der Verordnung durch die Ärzte bzw. Ausgabe in den Apotheken.
Herr Karschti erklärte sich mit den Ausführungen zufrieden.
- Vorstellung des Fördervereins für Gesundheit, Vitalität und Lebensqualität
Frau Marion Langsiepe und Herr Wolfgang Lambert-Langsiepe stellten den Verein und seine Tätigkeiten vor.
- Frau Kehl-Herlyn, Selbsthilfekontaktstelle, stellte den aktualisierten Selbsthilfe-Wegweiser für 2018/19 vor. Dieser ist ab sofort in der Selbsthilfekontaktstelle erhältlich.
- Frau Chung, Verbraucherzentrale, informierte zu Broschüren der Verbraucherzentrale, der telefonischen Beratungshotline und das Angebot der kostenlosen Vorträge.

Suchthilfeplanung für die Stadt Oberhausen

*(Aufbau u. Entwicklung eines Suchthilfenetzwerkes /
Installierung einer Lenkungsgruppe)*



Christian Sauter
„Psychiatrie- und Suchtkoordinator“
Stadt Oberhausen

Suchtlage in Deutschland

Illegale Drogen

Heroin/Opiate:	200.000 Abhängige	1.500 Todesfälle
Cannabis:	600.000 Abhängige	* Todesfälle

Legale Drogen

Tabak:	14 Mio. Abhängige	140.000 Todesfälle*
Alkohol:	2,5 Mio. Abhängige (160.000 Jugendliche)	74.000 Todesfälle
Medikamente:	1,4 - 1,9 Millionen	
Medienabhängige:	560.000 – 1,5 Millionen	
Glücksspiel:	500.000 Tausend	

Fallzahlen Oberhausen ???

- Oberhausen hat 8715 betroffene Menschen mit einer manifestierten Alkoholproblematik (4500 Menschen in der Abhängigkeit nach ICD-10) Suchtmittelstatistik „DHS“
- Die Drogenberatung der Stadt Oberhausen hat im Jahresdurchschnitt über 300 Klienten in der PSB (KDS)
- Die vorhandenen substituierenden Ärzte versorgen über 600 Patienten jährlich (LGZ-NRW)
- Auf 164 Oberhausener kommt ein Glücksspielautomat (Essen 1 Automat auf 278 Einwohner / Bottrop 1 Automat auf 327 Einwohner) Portal „Glücksspielsucht-NRW“
- Laut „BZGA“ spielen immer mehr jüngere Menschen Online-Glücksspiele (Internetcasinos/Poker/Sportwetten)

Entscheidung zur „Suchthilfeplanung“

- starke Ausdifferenzierung des Suchthilfesystems
- spezialisierte Angebote nötig , die auf die veränderten Bedürfnisse der Hilfesuchenden abgestimmt werden müssen (nicht stoffgebundene Süchte, Kinder aus suchtblasteten Familiensystemen, Sucht im Alter, legal-highs, Amphetamine, Essstörungen, Doppeldiagnosen...)
- *„Eine Abhängigkeit entsteht durch eigenes Verschulden“= weniger Unterstützung als eine -klassische- Erkrankung wie z.B. Diabetes*
- Aufbau einer Suchthilfeplanung ist ein unverzichtbares Instrument, um - trotz knapper Ressourcen - eine Effektivierung, Steuerung u. Entlastung des vorhandenen Suchthilfesystems zu realisieren
- verbesserte Kooperation mit den vorhandenen Netzwerkakteuren

???

Wer soll das machen?

Was funktioniert gut?

Was ist schon da?

Was brauchen wir?

Könnte man Erfahrungswerte Anderer nutzen?



Welche Ziele setzen wir uns?

Was ist schwierig zu realisieren?

Wer könnte uns helfen?

Allgemeine Ziele I

- Bewusstsein bei den Bürgerinnen u. Bürgern fördern
 - - Abbau von Stigmatisierung, Diskriminierung, Ängsten, Vorurteilen
 - Bedarfsanalyse / Ist-Stand (Erhebung von Angeboten /Zahlenmaterial)
 - Motivation von Betroffenen und Angehörigen zur Inanspruchnahme vorhandener Hilfsangebote
 - Hauptziel: Koordination der Säulen
 - Prävention
 - Beratung/Betreuung
 - Selbsthilfe
 - Therapie/Behandlung
 - Nachsorge/Wiedereingliederung
- = Effizienteres Versorgungssystem

Allgemeine Ziele II

- Zuordnung der Suchthilfe
(Verortung/Anbindung in welche Bereiche?)
- Bedarf an kompetenten Fachkräften decken/Qualifizierung
- Einnahmequellen überprüfen (z.B. Ambulante-Reha-Sucht, Abrechnung Nachsorgeangebote...)
- Orientierung am Landeskonzept gegen Sucht NRW / Aktionsplan gegen Sucht NRW (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege u. Alter des Landes NRW)
- Suchthilfeplanung sollte die allgemeinen Lebensbedingungen so gestalten, dass einer Suchtentstehung möglichst frühzeitig vorgebeugt wird (Präventionsangebote).

Aktueller Stand der Suchthilfeplanung

- Koordination der Suchtkrankenversorgung auf örtlicher Ebene gehört -nach dem Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (ÖGDG - §23)- zu den ursächlichen Aufgaben der Kommune
- Am 05.12.17 wurde seitens Psychiatrie- u. Suchtkoordination der Bericht „Weiterführung der Suchtberatung des Caritasverbandes Oberhausen e.V. / Suchthilfeplanung der Stadt Oberhausen“ dem Sozialausschuss zur Kenntnis vorgelegt
- In Absprache mit der Beigeordneten Frau Lauxen im Februar 2018 wurde entschieden, dass der Auftakt zur Suchthilfeplanung in der Gesundheitskonferenz erfolgt

Ablauf der Suchthilfeplanung Oberhausen



Suchthilfestruktur Oberhausen

Niedrigschwellige Angebote

- Übernachtungsangebote
- Essen
- Hygiene
- Streetwork ...

Nachsorgemaßnahmen

- Ambulant betreutes Wohnen/stationäre Wohnheime
- Selbsthilfegruppen (Betroffene/Angehörige)
- Hilfen im Psychosozialen Bereich (Schulden, Wohnung, Migration, Familie)

Beratung, Vermittlung, Behandlung

- Drogenberatungsstelle der Stadt
- Suchtberatung des Caritasverbandes OB e.V.
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Substitutionsbehandlung u. Psychosoziale Betreuung
- Niedergelassene Ärzte u. Psychotherapeuten
- Psychiatrische KH/Fachabteilungen Sucht-Stationäre Behandlungsangebote/Entwöhnung
- Angebote Aidshilfe
- Psychosoziale Gesundheitszentren

Präventionsangebote

- Suchtprophylaxe
- div. Projekte
- Öffentlichkeitsarbeit

Regionale Planung / Koordination

- Psychiatriekoordination
- Suchtkoordination

Lenkungsgruppe „Suchthilfe“ für die Stadt Oberhausen I

Mögliche Aufgaben und Ziele der Lenkungsgruppe:

- Ist-Zustand: Umfassende Angebots- und Datenerhebung
- Bedarfsermittlung und Schaffung eines ausreichenden sowie bedarfsorientierten Versorgungsnetzes
- Planung, Koordination, Steuerung u. Vernetzung der Suchthilfeangebote
- Vorhandene Ressourcen effektiver nutzen
- Empfehlungen zur Versorgungsstruktur evtl. mit zeitlichen Schwerpunktthemen (Versorgungsplanung)
- Einrichtung von themenbezogenen Arbeitsgruppen / Auftragsdefinition
- Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit
- Verbesserung der Kommunikationsebene an den Schnittstellen

Lenkungsgruppe „Suchthilfe“ für die Stadt Oberhausen II

- Mitglieder der Lenkungsgruppe sind Entscheidungsträger aus den Netzwerkbereichen u. Schnittmengen des Suchthilfesystems
- Transparente Informationsvermittlung
- Regelmäßige Berichterstattung in den Gremien (Ausschüsse, Gesundheitskonferenz etc.)
- Ressourcenmanagement (z.B. träger- und einrichtungsübergreifende Nutzung von Förderprogrammen der EU, des Bundes, des Landes NRW, der Leistungsträger)
- Fortschreibung der Suchthilfeplanung

Die Lenkungsgruppe u. der gesamte Prozess der Suchthilfeplanung wird durch die Koordinationsstelle Sucht des LVR unterstützt/begleitet

Teilnehmer Lenkungsgruppe I

- Bereichsleitung „Gesundheitswesen“
- Fachbereichsleitung „Sozialpsychiatrischer Dienst“
- Fachbereichsleitung „Beratung“
- Chefarzt Klinik für Psychiatrie / Psychotherapie St. Josef-Hospital
- Chefarzt der Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik
Johanniter Krankenhaus
- Direktor Caritasverband e.V. Oberhausen
- Fachbereichsleitung Psychosoziales Gesundheitszentrum
Caritasverband e.V.
- Geschäftsführung Selbsthilfekontaktstelle (Der Paritätische)

Teilnehmer Lenkungsgruppe II

- Geschäftsführung intego
(Gemeinnützige Gesellschaft für Integration Oberhausen mbH)
- Fachbereichsleitung (Selbsthilfe, Kontakt und Beratung, medizinische Hilfen, Koordination IV intego)
- Leitung des Diakonischen Werkes des Evangelischen Kirchenkreises
- Abteilungsleitung Psychosoziales Gesundheitszentrum Diakonie
- Einrichtungsleitung des Seniorenzentrums „Gute Hoffnung“
- Substituierender Facharzt und Psychotherapeut
- Geschäftsführung Aidshilfe
- Psychiatrie- und Suchtkoordination





Tätigkeitsbericht 2017

Übersicht über die Tätigkeiten des Bereiches 3-4/Gesundheitswesen der Stadt Oberhausen für das Jahr 2017



stadt
oberhausen

Impressum

Stadt Oberhausen

Bereich 3-4 / Gesundheitswesen

Tannenbergstr. 11-13

46045 Oberhausen

Titelbild: www.pixabay.de

Inhalt

Vorwort	5
1. Bericht der Bereichsleitung	6
1.1 MRE-Netzwerk Oberhausen	6
1.1.1 Ausgangslage	6
1.1.2 Aktivitäten	6
1.1.3 Fortbildungsveranstaltung für medizinisches Personal in Oberhausen.....	8
2. Bericht der Stabsstelle Gesundheitskoordination	10
2.1 Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten in Oberhausen.....	10
2.2 Gesundheitsberichterstattung: Vorbereitungen für das Jahr 2018	15
2.3 Einrichtung einer gynäkologischen Sprechstunde für Prostituierte.....	16
2.4 Organisation des 1. Oberhausener Palliativ- und Hospiztag am 15. Oktober 2017	18
2.5 Sonstige Tätigkeiten.....	19
2.5.1 Projekte und Öffentlichkeitsarbeit	19
2.5.2 Gremien, Arbeitskreise und Netzwerke	19
2.5.3 Fortbildungen und Treffen zu folgenden Themen	19
3. Bericht des Fachbereichs 3-4-10/ Allgemeine Verwaltung/Gesundheitsplanung	21
3.1 Einleitung	21
3.2 Aktivitäten.....	21
3.2.1 Belehrungen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG).....	21
3.2.2 Gesundheitsplanung.....	25
3.2.3 Psychiatrie- und Suchtkoordination	28
3.2.4 Umsetzung der gesundheitlichen Beratung im Rahmen des § 10 Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG)	35
4. Fachbereich 3-4-20/ Amtsärztlicher Dienst/ Hygiene/ Umweltmedizin	37
4.1 Aufgaben des amtsärztlichen Dienstes.....	37
4.2 Tuberkulose-Fürsorge	38
4.3 HIV/STI-Beratung & Sexualaufklärung.....	39
4.4 Hygiene	39
4.4.1 Hygiene in Altenpflegeheimen	39
4.4.2 Meldungen im Rahmen des Infektionsschutzes.....	39
4.4.3 Schulbegehungen	40
4.4.4 Trink- und Badewasser	41

5. Fachbereich 3-4-30/ Zahnmedizinischer Dienst	45
5.1 Aktivitäten.....	45
5.2 Analyse.....	46
5.2.1 Zahnmedizinische Begutachtungen nach dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG NRW).....	46
5.2.2 Quantitative Darstellung der Gruppenprophylaxemaßnahmen.....	46
5.2.3 Betreuungsgrad.....	47
5.2.4 Ausblick.....	48
6. Fachbereich 3-4-30/ Kinder- und Jugendgesundheitsdienst	49
6.1 Aktivitäten.....	49
6.1.1 Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes.....	49
6.1.2 IfSG Statistik und besondere Trends.....	50
6.1.3 <i>Untersuchungen von Asylsuchenden</i>	52
6.1.4 Aufträge im Rahmen der Eingliederungshilfe/ Gesamtauftragszahl-Fehltermine	52
6.1.5 Diagnostiken und Hospitationen der sprachtherapeutischen Beratungsstelle und Beratungsstelle für Bewegung und Wahrnehmung.....	53
7. Fachbereich 3-4-40/ Sozialpsychiatrie/ Gesundheitshilfen	55
7. 1 Einleitung.....	55
7.2 Sozialpsychiatrischer Dienst/Gesundheitshilfen.....	55
7. 2. 1 Aufgaben und Tätigkeiten:.....	55
7. 2. 2 Analyse und Ausblick:.....	55
7.3 Behindertenberatung.....	58
7.3.1 Aufgaben und Tätigkeiten:.....	58
7.3.2 Analyse und Ausblick:.....	59
8. Anlagen / Highlights und Pressemeldungen	63
8.1 Wiederbelebung als neues Schulfach.....	63
8.2 Erster Hospiztag beschäftigt sich mit dem Tabuthema Tod.....	63
8.3 Weltkindertag 2017: „Kindern eine Stimme geben“.....	64

Vorwort

Mit dem Tätigkeitsbericht 2017 bietet das Gesundheitsamt Oberhausen auch in diesem Jahr allen Interessierten die Möglichkeit an, sich über die Arbeit des Gesundheitsamtes Oberhausen zu informieren.

Anhand der Themenauswahl, die bereits im Inhaltsverzeichnis zum Ausdruck kommt, wird deutlich, dass sich der Bereich 3-4 /Gesundheitswesen mit einer Fülle z. T. sehr unterschiedlicher Themen befasst hat und weiterhin auch befassen muss.

Es ist ersichtlich, dass dabei nicht selten Themen abgegriffen werden, die durch die erste und zweite Säule unseres Gesundheitssystems, d. h. durch die stationäre und niedergelassene bzw. ambulante ärztliche Versorgung nicht ausreichend dargestellt wird.

Nicht zuletzt deshalb hat sich im Laufe der Entwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland eine so unterschiedliche Vielfalt von Themen entwickelt.

Selbstverständlich ist es für Verantwortliche einer Behörde, deren Themen sich in der Breite sehr stark entwickelt, nicht immer leicht dafür zu sorgen, dass auch die nötige Tiefe gefunden wird. Insofern müssen oftmals immer wieder Kompromisse geschlossen und Prioritäten gesetzt werden.

Natürlich gilt es, auch in Zukunft an der Frage zu arbeiten, was einerseits (auf Grund der Gesetzeslage) getan werden muss und andererseits (angesichts der gesundheitlichen Herausforderungen in einer Stadt wie Oberhausen) sinnvoll ist zu tun. Diesen Widerstreit der Interessen wird man auch angesichts knapper Ressourcen, nicht immer befriedigend beantworten können.

M. E. hat das Gesundheitsamt Oberhausen jedoch diesbezüglich „eine gesunde Mitte“ gefunden und sich somit gut als dritte Säule des Gesundheitssystems in dieser Stadt positionieren können.

Dr. Henning Karbach
Bereichsleiter
Bereich 3-4/Gesundheitswesen

1. Bericht der Bereichsleitung

Dr. Henning Karbach

1.1 MRE-Netzwerk Oberhausen



1.1.1 Ausgangslage

Das MRE-Netzwerk Oberhausen, gegründet im Jahr 2011, hat sich mittlerweile zu einer wichtigen Plattform des Austausches zwischen verschiedenen gesundheitlichen AkteurlInnen innerhalb der Stadt Oberhausen entwickelt.

Ihm gehören folgende Institutionen an:

- Krankenhäuser
- Niedergelassene ärztliche Praxen
- Langzeitpflegeeinrichtungen
- Krankentransportdienste
- Feuerwehr
- Krankenkassenvertreter
- Kassenärztliche Vereinigung
- Ärztekammer

Das Ziel des MRE-Netzwerkes ist es nach wie vor, Infektionen und Kolonisationen durch multiple resistente Erreger in Oberhausen zurück zu drängen.

Dennoch werden auch immer wieder Themen angesprochen, die wichtige Schnittmengen zur Problematik der multiplen resistenten Erreger bilden. Als Beispiel sei genannt die Entwicklung von Übergabeprotokollen für die Feuerwehr bzw. im Rahmen des Entlassmanagements.

1.1.2 Aktivitäten

Im Berichtszeitraum wurde folgende inhaltliche Arbeit geleistet:

- Nachdem alle sechs Kliniken in Oberhausen im Jahr 2014 die Voraussetzungen für die Vergabe eines MRE-Qualitätssiegels erfüllt haben, konnte ihnen auch im Jahr 2017 das sogenannte Nachfolge- oder Verstetigungssiegel erteilt werden. Das bedeutet,

dass alle Krankenhäuser die zur Vergabe des Verstetigungssiegels erforderlichen Kriterien bzw. Qualitätsziele erfüllt haben.

- Im Jahr 2017 konnten die Aktivitäten in Bezug auf die Verbesserung der Hygiene in den Langzeitsenioreneinrichtungen intensiviert werden. Der Beitrag des MRE-Netzwerkes bestand darin, Vertreter der verschiedenen Einrichtungen untereinander zu vernetzen und ins Gespräch zu bringen. Dabei wurden vor allem Vorstellungen und Erwartungen, die die Langzeitpflegeeinrichtungen an ein solches Netzwerk haben, thematisiert.
- Zum Teil konnten die Wünsche der Teilnehmer bereits im abgelaufenen Jahr umgesetzt werden. Dazu gehörten vor allem die Kooperation und der Informationsaustausch mit niedergelassenen ÄrztInnen.
- Wie bereits oben beschrieben, wurde im Rahmen der MRE-Netzwerktreffen auch über andere relevante hygienische Themen gesprochen. Ein wichtiges Thema im Jahr 2017 war das Vorkommen von Skabies (Krätze) und der notwendige Umgang mit dieser Erkrankung.
- Die Erfahrungen, die die Kliniken und niedergelassenen ÄrztInnen im Zusammenhang mit der Einführung der Gesundheitskarte für Geflüchtete gemacht haben, wurden ebenfalls besprochen. Tenor des Erfahrungsaustausches zu diesem Thema war, dass die Einführung der Gesundheitskarte sowohl für den stationären, als auch den ambulanten Bereich bis zu diesem Zeitpunkt keine wesentlichen Probleme bereitet hat.
- Die Diagnostik und Sanierung einer MRSA-Kolonisierung ist nach Ansicht der niedergelassenen Ärzteschaft nach wie vor eine erhebliche fachliche und finanzielle Herausforderung. Ggf. ergibt sich diesbezüglich ein Bedarf von Nachschulungen der betroffenen Kolleginnen und Kollegen.
- Im Berichtszeitraum wurde seitens des Gesundheitsamtes ein Fragebogen an alle Langzeitpflegeeinrichtungen verteilt mit dem Ziel, zu eruieren, wie weit Maßnahmen zur Infektionsprävention und Infektionskontrolle in den jeweiligen Einrichtungen implementiert sind. An der Umfrage haben sich 9 von 21 Einrichtungen beteiligt. Die Ergebnisse wurden seitens des Gesundheitsamtes ausgewertet und im Rahmen eines gemeinsamen Termins mit den Betroffenen besprochen. Ein bemerkenswertes Ergebnis dieser Befragung war z. B., dass es in allen Einrichtungen schriftliche Arbeitsanweisungen zum Umgang mit MRSA oder anderen multiresistenten Erregern sowie zu Maßnahmen der Händehygiene existieren. Verbesserungsbedarf wurde gesehen im Hinblick auf die Entwicklung eines Systems zur Erfassung und Bewertung des Antibiotikaverbrauchs in den Einrichtungen. Ein solches System analog zu den auch erst in der Entwicklung befindlichem Systemen in den Kliniken wird jedoch schwer zu etablieren sein, da die Behandlung der Bewohnerinnen und Bewohner in den Alteneinrichtungen den niedergelassenen ÄrztInnen obliegt. Da aber die medizinische Versorgung in einer Einrichtung oftmals auf viele niedergelassene HausärztInnen verteilt ist, wird sich ein solches System nur schwerlich einführen lassen. Abgesehen von MRSA und anderen multiplen resistenten Erregern wurde

festgestellt, dass in den Langzeitpflegeeinrichtungen vor allem auch *Clostridium difficile* Infektionen ein erhebliches hygienisches Problem darstellen.

- Ein weiteres Thema, das abseits der MRE-Problematik eine wichtige Rolle gespielt hat, ist die Neuregelung des Entlassungsmanagements. Diese Regelung trat ab August 2017 in Kraft. Sie dient dazu, die lückenlose Versorgung von Patientinnen und Patienten von der stationären in die ambulante Versorgung zu Hause oder in Pflege zu verbessern. Bezüglich des Entlassmanagements ist die Weitergabe bestimmter Informationen gemäß des SGB V gesetzlich vorgeschrieben. Im Rahmen der Neufassung des § 39 SGB V ist beispielsweise geregelt, dass bei Entlassung am Wochenende oder vor Feiertagen die entlassende Klinik Medikamente für zu Hause verschreiben kann. In diesem Zusammenhang ist es auch wichtig darauf hinzuweisen, dass das Entlassmanagement auch die Verpflichtung beinhaltet, Informationen zum MRE-Status in den Entlassungspapieren niederzulegen. Dieses Problem wird in Oberhausen durch die Bereitstellung eines „Überleitbogen MRE“ gelöst.
- Überleitungsbogen MRE: Dieser Überleitbogen hat sich für Oberhausen als ein geeignetes und bewährtes Mittel zur Weiterleitung von entsprechenden Informationen (s.o.) erwiesen. Er bedarf jedoch immer wieder einer Evaluierung und ggf. Anpassung an neuere Entwicklungen. Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch, seine Handhabung vor allem in den Kliniken regelmäßig zu schulen, u.a. auch deshalb, weil gerade auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte die Personalfuktuation in den Kliniken bedauerlicherweise aktuell relativ groß ist.
- Seitens der niedergelassenen ÄrztInnen wird für Oberhausen derzeit ein Faltblatt erstellt, das Hinweise enthält über die Frage, welche Maßnahmen bei einer Besiedelung mit MRE ergriffen werden können, welche Therapien abgerechnet werden können und wer die Kostenträger sind.

1.1.3 Fortbildungsveranstaltung für medizinisches Personal in Oberhausen

Das MRE-Netzwerk hat im Februar des vergangenen Jahres erstmals eine Fortbildungsveranstaltung in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Oberhausen durchgeführt. Diese Fortbildung fand statt unter dem Thema „Basishygiene und MRSA-Sanierung“. Sie richtete sich an einen breiten Teilnehmerkreis, namentlich Krankenpflegepersonal, ärztliches Assistenzpersonal in den niedergelassenen Arztpraxen sowie an Ärztinnen und Ärzte. Die Veranstaltung wurde von der Ärztekammer Nordrhein anerkannt, so dass die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte ein Fortbildungszertifikat der Ärztekammer erwerben konnten.

Mit einer Teilnahme von 66 Personen war die Veranstaltung ausgebucht. Sie zeigte einen inhaltlich und organisatorisch sehr positiven Verlauf und soll deshalb in 2018, möglicherweise mit einem anderen Thema, wiederholt werden.

1.1.4 Ausblick

Wie bereits oben dargestellt soll auch im Jahr 2018 eine Fortbildungsveranstaltung seitens des MRE-Netzwerkes Oberhausen angeboten werden. Vorgesehene Themen der Veranstaltung sind das Problem mit dem Keim *Clostridium difficile* und sowie das Antibiotic Stewardship. Außerdem ist geplant, das Oberhausener Qualitätsnetz der niedergelassenen Ärzte vorzustellen.

In 2018 soll seitens des MRE-Netzwerkes das Thema „Richtige Verschreibung von Antibiotika“ intensiver beraten werden. Dabei sollen insbesondere die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte angesprochen werden. Die gezielte Information der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wird ermöglicht durch die Mitarbeit der Vertreter der ambulanten Praxen im MRE-Netzwerk sowie durch eine gezielte Informationsveranstaltung (s. o.).

Das MRE-Netzwerk hat sich in der Vergangenheit immer auch inhaltlich positioniert. In diesem Zusammenhang soll sich das MRE-Netzwerk Oberhausen in diesem Jahr verstärkt mit dem Thema *Clostridium difficile* Infektionen auseinandersetzen. Es ist dazu die Verabschiedung eines entsprechenden Konsensus-Papieres geplant.

Des Weiteren soll der Überleitungsbogen, der der Information von niedergelassenen Praxen und Altenheimen in Bezug auf die Weiterbehandlung bzw. Weitersanierung von mit MRE-kolonisierten PatientInnen gewidmet ist, weiter fortentwickelt werden durch die Bereitstellung einer Indikationsliste.

2. Bericht der Stabsstelle Gesundheitskoordination

Dr. Andrea Neumeyer-Sickinger

Seit Januar 2016 existiert die Stabsstelle Gesundheitskoordination, die direkt an die Bereichsleitung des Bereichs Gesundheitswesen der Stadt Oberhausen angegliedert ist. Ihre Aufgabe ist es mit Institutionen, Gruppen und Gesundheitsakteurinnen und –akteuren ins Gespräch zu kommen und Kontakte zu knüpfen um neue Projekte ins Leben zu rufen. Darüber hinaus ist Oberhausen seit Januar 2016 Mitglied im Gesunde Städte Netzwerk. Aktionen im Rahmen dieser Mitgliedschaft werden ebenfalls von der Stabsstelle koordiniert.

Aufgaben der Stabsstelle Gesundheitskoordination:

- Gesundheitsberichterstattung
- Gesundes Städte Netzwerk
- Initiierung, Koordination und Planung von Projekten zur Gesundheitsförderung und Prävention in unterschiedlichen Lebenswelten
- Koordination von Maßnahmen und Angeboten in der gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten
- Konzeption und Gestaltung von Informationsmedien (Flyer, Broschüren, Vorträge), Öffentlichkeitsarbeit in den oben genannten Bereichen

2.1 Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten in Oberhausen

2.1.1 Informationsflyer

Auch wenn im Jahr 2017 weniger Menschen nach Oberhausen kamen, hält der Bereich Gesundheitswesen ein großes Angebot an gesundheitlichen Hilfen für geflüchtete Menschen vor. Die Stabsstelle Gesundheitskoordination betreute auch in diesem Jahr zahlreiche Projekte und pflegte die Vernetzung und Kommunikation zwischen den einzelnen Akteurinnen und Akteuren. Außerdem sorgte sie für eine Informationsweitergabe und die gesundheitliche Bildung der geflüchteten Menschen in Oberhausen. Der im Jahr 2016 erstellte Flyer „Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten: Wie? Wo? Wer?“ wurde 2017 neu aufgelegt und ist als Download oder als Printversion verfügbar.

Auch die Flyer „Wegweiser Gesundheit für Asylsuchende in Oberhausen“ (deutsch) und „Health Guide“ (englisch) sind wieder als Download oder Printversion verfügbar (Abbildung 1).



Abbildung 1: Flyer für geflüchtete Menschen des Bereichs Gesundheitswesen der Stadt Oberhausen

2.1.2 Medizinische Regelversorgung von Geflüchteten

Versorgung gemäß § 62 Asylgesetz

Nach der vertraglichen Vereinbarung zwischen dem Land NRW und der KVNO (=Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein) und KVWL (=Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe) werden folgende Maßnahmen über die Kassenärzte bzw. entsprechend beauftragte Ärzte abgewickelt:

- a) Ärztliche Inaugenscheinnahme (EAE)
- b) Röntgen zum Tuberkuloseausschluss, bzw. alternative Methode bei Schwangeren und Kindern
- c) Impfangebot

Versorgung gemäß § 4 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Gem. der o. g. vertraglichen Vereinbarung sind für die gesetzlich vorgesehene gesundheitliche Versorgung ebenfalls die KassenärztInnen bzw. entsprechend beauftragte ÄrztInnen zuständig. Es handelt sich also gewissermaßen um die „Krankenversicherung“ der Geflüchteten. Die Versorgung beinhaltet u. a. auch das Impfen und die altersbezogene Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen). Für Kinder gilt ergänzend auch § 6 AsylbLG.

Erstuntersuchung von Kontingentflüchtlingen/Resettlement-Flüchtlinge

Oberhausen nimmt von Zeit zu Zeit Kontingentflüchtlinge auf. Kontingentflüchtlinge dürfen in festgelegten Anzahlen nach Deutschland übersiedeln. Wie andere Flüchtlinge werden sie auch nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Bundesländer und Kommunen verteilt. Diese Flüchtlinge werden im Rahmen von humanitären Hilfsaktionen des UN-Flüchtlingswerks (UNHCR) aufgrund von Visa oder einer Übernahmeerklärung des Bundesinnenministeriums aufgenommen. Sie durchlaufen kein Asyl- oder sonstiges Anerkennungsverfahren, sondern erhalten mit ihrer Ankunft sofort eine Aufenthaltserlaubnis aus humanitären Gründen nach § 23 und § 24 Aufenthaltsgesetz (AufenthG). Kontingentflüchtlinge fallen also direkt ins Sozialgesetzbuch (SGB) II. Krankenversorgung ist durch § 48 SGB XII geregelt.

Da sie nicht in Erstaufnahmeeinrichtungen erscheinen, sondern sofort kommunal zugewiesen werden, erhalten sie auch keine ärztliche Inaugenscheinnahme, Tuberkulose-Ausschluss und Impfberatung. Deshalb wird der Tuberkulose-Ausschluss von der Tuberkulose-Fürsorge durchgeführt. Bei Ankunft von neuen Kontingentflüchtlingen werden die verantwortlichen SozialarbeiterInnen Kontakt mit der Tuberkulose Fürsorge aufnehmen und die Geflüchteten vorstellen. Für die ärztliche Inaugenscheinnahme haben sich zwei niedergelassene Ärztinnen zur Verfügung gestellt, die die Erstuntersuchung und Impfungen durchführen können.

2.1.3 Gynäkologische Versorgung und Geburtshilfe von geflüchteten Frauen

Gynäkologische Sprechstunden für geflüchtete Frauen

Das St. Clemens Hospital sowie die Gemeinschaftspraxis Dr. Schmeling bieten Sprechstunden speziell für geflüchtete Frauen an. Im Rahmen dieser Sprechstunden sind viele Sprachen verfügbar (Englisch, Polnisch, Türkisch, Russisch, Arabisch).

Hebammensprechstunde

Seit Februar 2016 findet in Oberhausen an jedem ersten und dritten Mittwoch eines Monats eine Hebammensprechstunde statt. Durchgeführt wird dieses Angebot von insgesamt sieben Hebammen, die abwechselnd schwangere geflüchtete Frauen im Zentrum für Integration (ZIB) betreuen. Darüber hinaus gibt es zweimal wöchentlich Freiraum-Angebote, die von Bildungs- und Gesundheitsmediatorinnen durchgeführt und angeleitet werden. Dolmetscher unterstützen das Angebot, welches über Mittel der Bundesinitiative Frühe Hilfen finanziert wird.

Beratungen für geflüchtete Frauen

Die Pro Familia in Oberhausen bietet zusätzliche Beratungsstunden für geflüchtete Frauen an. Eine Gynäkologin betreut dort schwangere geflüchtete Frauen und berät zu Themen wie Verhütung, Familienplanung, Kinderwunsch, usw. Darüber hinaus werden gynäkologische Sprechstunden in einer Flüchtlingseinrichtung in Oberhausen angeboten.

2.1.4 Psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Geflüchteten

Akutbehandlungen am St. Josef Hospital und Johanniter Krankenhaus

Stationäre Akutbehandlungen werden vom St. Josef Hospital und Johanniter Krankenhaus im Rahmen der Pflichtversorgung sichergestellt.

Hilfe für traumatisierte Kinder und Jugendliche am LVR-Klinikum Essen

Durch eine Kooperation zwischen dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) der Stadt Oberhausen und der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des LVR-Klinikums Essen kann gewährleistet werden, dass bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung eine grundlegende Diagnostik und Beratung zu erforderlichen Hilfen innerhalb weniger Tage angeboten wird und ggfs. eine sofortige stationäre Aufnahme erfolgen kann. Das Personal des LVR-Klinikums hält diverse Sprachen wie Syrisch, Türkisch, Englisch, Griechisch und Französisch vor. Kontaktaufnahme erfolgt ausschließlich über den KJGD.

Frau Prof. Dr. Bosshard

Frau Prof. Dr. Bosshard, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie bietet eine Therapiestunde pro Woche für Geflüchtete, auch in englischer Sprache, an.

Beratung für geflüchtete Frauen mit Gewalterlebnissen und Traumatisierungen

Die Frauenberatungsstelle bietet eine Beratung für geflüchtete Frauen mit Gewalterlebnissen und Traumatisierungen an. Dolmetscherinnen sind verfügbar. Das Angebot wird aus Mitteln des Landes NRW finanziert.

Ressourcengruppen für Menschen mit Migrationshintergrund und Fluchtgeschichte

Am Asklepios Fachklinikum Göttingen werden seit Jahren verschiedene Gruppenkonzepte für Menschen mit Migrationshintergrund und Fluchtgeschichte entwickelt, erprobt und evaluiert. Ein störungsunabhängiges, sprachreduziertes Konzept ist zum Beispiel die Ressourcengruppe, welches sich auch für die Anwendung in einem außerklinischen Setting eignet. In Oberhausen werden fortlaufend Mediatorinnen und Mediatoren für die Durchführung solcher Ressourcengruppen ausgebildet und führen diese Gruppen seit April 2016 durch. Koordiniert wird dieses Angebot durch „die kurbel“ - Katholisches Jugendwerk Oberhausen gGmbH. Ein Element der Gesprächsgruppe für Migranten verschiedener Herkunft ist u.a. die ressourcenaktivierende und fördernde Arbeit. Die Teilnehmer sollen dabei ermutigt werden, Belastungen in ihrem Alltag in der bzw. durch die Fremde zu entdecken und zu benennen sowie diese mit Ressourcen aus ihrer Herkunftsregion besser zu bewältigen. Die Ressourcengruppe hat die Zielsetzung, dass Teilnehmer sich ihren Belastungen im Alltag (Migrationsstress und anderer sozialer Stress) und ihrer Auswirkungen bewusst werden. Das Gruppenangebot soll die Verfügbarkeit persönlicher Ressourcen zur Stressbewältigung erhöhen und so die Funktions- und Anpassungsfähigkeit der Teilnehmer verbessern, sowie der Entstehung oder Verschlimmerung psychischer Krankheiten vorbeugen. Auch kann die Gruppe als niederschwelliges Angebot als Übergangsstufe in eine therapeutische Behandlung für bereits psychisch stark belastete Teilnehmende dienen.

Die Psychologische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche, Junge Erwachsene und Eltern

Die Psychologische Beratungsstelle der Stadt Oberhausen öffnet seit Ende 2016 ihr Angebot auch für geflüchtete Kinder, Jugendliche und ihre Eltern. Das Portfolio der Beratungsstelle reicht von Beratungsgesprächen, Familienberatungen, Familientherapien, Ehe- bzw. Partnerschaftsberatung bis hin zu Einzel-, Gruppen- und Spieltherapien, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und psychologischer Diagnostik.

Psychodiagnostische Sprechstunde für Geflüchtete

Durch eine Initiative des PsychotherapeutInnen-Netzwerk Oberhausen e.V. finde seit Juli 2016 eine psychodiagnostische Sprechstunde für Geflüchtete zur Erhebung des psychischen Status, zur Diagnostik und Indikationsstellung für die Notwendigkeit und Angemessenheit von weiteren Versorgungsmaßnahmen wie Psychotherapie, psychosoziale und sozialtherapeutische Maßnahmen, statt. SozialarbeiterInnen, KinderbetreuerInnen, HausmeisterInnen und DeutschlehrerInnen wurden dazu angehalten, Kinder oder Erwachsene, die verhaltensauffällig sind oder wo der Eindruck entsteht, eine oben erwähnte Versorgungsmaßnahme wäre angebracht, an das Gesundheitsamt zu melden. Von dort werden die PsychotherapeutInnen informiert und evtl. ein erstes Gespräch initiiert. Da für die Durchführung dieser Gespräche Dolmetscher zwingend erforderlich sind, konnte eine Finanzierungsmöglichkeit für Dolmetscher über den Bereich Soziales der Stadt Oberhausen ermöglicht werden.

2.1.5 Sexuelle Gesundheit

Teilnahme am interkulturellen Wanderparcours Liebes Welten

Insbesondere Jugendliche, aber auch junge Erwachsene haben häufig Fragen, die sich nicht immer in der Familie oder im Freundeskreis leicht ansprechen lassen. Dazu gehören Fragen zur Verhütung, zur Familienplanung, Sexualität, HIV-Prävention, Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten, aber auch zu Wertevorstellungen in der Gesellschaft. Gerade für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte gibt es wenige Möglichkeiten, sich über diese Themen kultursensibel und in ihrer Muttersprache auszutauschen und ihr Wissen in diesen Bereichen zu vertiefen. Das Beratungszentrum Lore-Agnes-Haus der AWO in Essen bietet für diese Zielgruppe den interkulturellen Wanderparcours Liebes Welten an. Dieser bietet eine Mischung aus Lernen, Spaß, Kommunikation und Aktion. Dabei werden die sprachlichen Unterschiede sowie der kulturelle Hintergrund der Teilnehmenden sowie ihre Vorkenntnisse in den einzelnen Bereichen berücksichtigt, so dass auch Menschen mit wenig Deutschkenntnissen oder Körperwissen ohne Einschränkungen von dem Programm profitieren können. Der Parcours wird von sogenannten Teamern und Teamerinnen begleitet, Männer und Frauen, die speziell für Liebes-Welten ausgebildet wurden. Sie haben selbst einen Migrationshintergrund und sprechen insgesamt über 40 Sprachen, von albanisch bis urdu. Durch Spendengelder der Bürgerstiftung der Sparkasse Oberhausen können wir diese Maßnahmen allen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die eine internationale Förderklasse oder einen Sprachkurs in Oberhausen besuchen, anbieten.

2.1.6 Spezielle Sprechstunden für Geflüchtete der Oberhausener Kliniken und niedergelassenen Ärzten

Mehrere Krankenhäuser bieten spezielle Sprechstunden für Geflüchtete in den Fachbereichen Allgemeinmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe (siehe unter Gynäkologische Versorgung und Geburtshilfe von geflüchteten Frauen), Innere Medizin, Gefäßchirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie sowie Neurologie an. Dolmetscher oder fremdsprachige ÄrztInnen stehen meist zur Verfügung.

2.1.7 Zahnmedizinische Versorgung von Geflüchteten

Zahnärztliche Versorgung von Geflüchteten

Die zahnärztliche Versorgung von Geflüchteten gemäß §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz erfolgt im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung.

2.2 Gesundheitsberichterstattung: Vorbereitungen für das Jahr 2018

Bereits im Jahr 2017 wurde mit der Erstellung eines Schwerpunktberichts über Infektionen begonnen, welcher Mitte 2018 veröffentlicht werden soll. Dieser Bericht, der im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung der Stadt Oberhausen veröffentlicht werden soll, beschäftigt sich mit den Problematiken von Krankenhausinfektionen, multiresistenten Keimen, impfpräventablen Infektionen sowie lebensmittelassoziierten Infektionen (Abbildung 2).

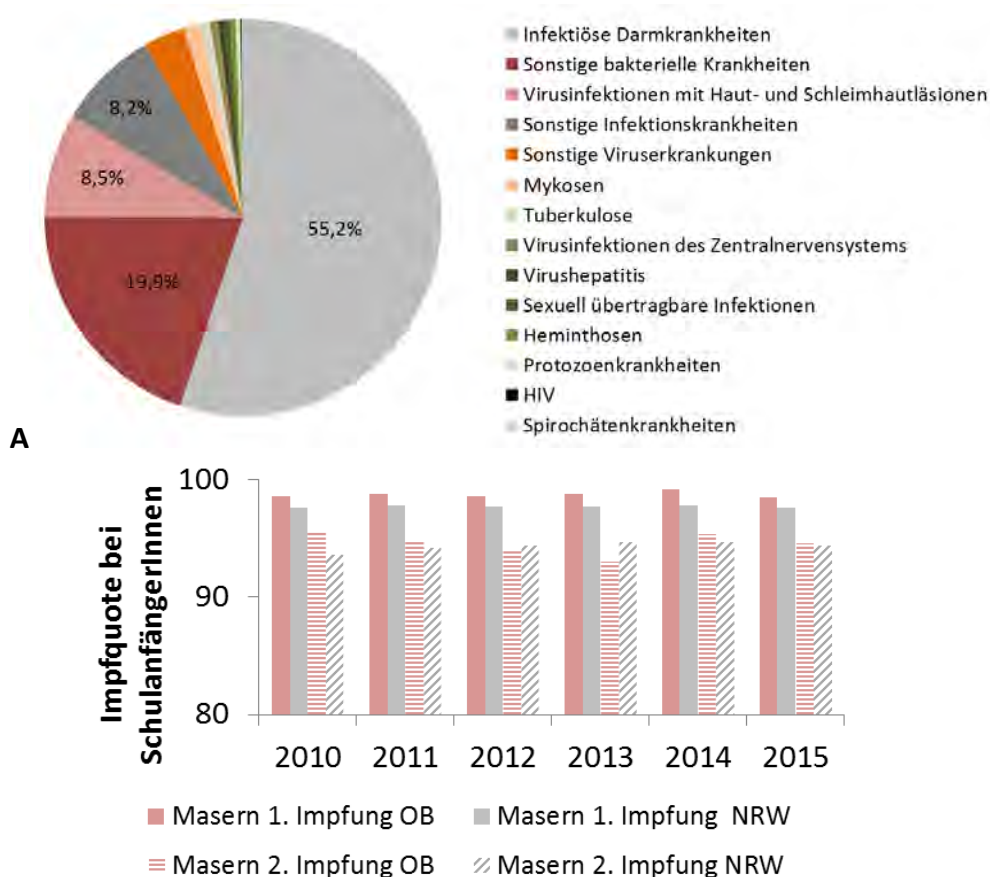


Abbildung 2: Auszug aus dem Schwerpunktbericht 2018 Infektionen der Stadt Oberhausen. **A** Die häufigsten infektiösen und parasitären Krankheiten in Oberhausen im Jahr 2015, die zu Krankenhausfällen führten (Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2017, HOSPIDat). **B** Impfquoten von Masern bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern in Oberhausen und NRW für die Jahre 2010 bis 2015 (Quelle: LZG.NRW Indikator 07.13, eigene Darstellung).

2.3 Einrichtung einer gynäkologischen Sprechstunde für Prostituierte

Gemessen an der Einwohnerzahl hat Oberhausen einen großen Rotlichtbezirk. Das Zentrum der Prostitution ist die Flaßhofstraße mit 16 Häusern, wo Prostituierte eines von ca. 230 Zimmern mieten können. Schätzungsweise sind ca. 300 Frauen in der Sexarbeit tätig. Dabei ist zu beachten, dass Prostituierte eine sehr mobile Gruppe sind und eine hohe Fluktuation herrscht, so dass immer neue Frauen in Oberhausen arbeiten. Mit ca. zehn Prozent sind deutsche Frauen in der Minderheit. Die meisten Sexarbeiterinnen kommen aus Rumänien und Bulgarien. Laut Zahlen der Beratungsstelle Madonna haben 53 bis 67 % der Frauen keine Krankenversicherung.

Aufgrund dessen wurde zusammen mit dem Verein SOLWODI eine gynäkologische Sprechstunde für Prostituierte initiiert. SOLWODI verfügt über Spendengelder des Zonta Clubs Oberhausen, wodurch eine Gynäkologin als Honorarkraft eingestellt werden konnte. Medizinische Geräte wie z.B. eine Untersuchungslampe konnten ebenfalls über diese Spendengelder finanziert werden.

Neben einer gynäkologischen Untersuchung haben die Frauen auch die Möglichkeit, sich auf HIV und andere sexuell übertragbare Erkrankungen testen zu lassen. Dieses Angebot soll besonders Frauen zu Gute kommen, die keine Krankenversicherung haben. Durch die aufsuchende Arbeit des Vereins SOLWODI wurde bereits deutlich, dass viele Frauen, die in der Sexarbeit tätig sind, nach einer gynäkologischen Untersuchung sowie einem Testangebot für HIV und sexuell übertragbare Erkrankungen fragen. Aufgrund einer fehlenden Krankenversicherung und oftmals mangelnden Deutschkenntnissen ist es ihnen nicht möglich eine niedergelassene Frauenarztpraxis zu besuchen oder das Testangebot des Gesundheitsamts in Anspruch zu nehmen.

Seit April 2017 bieten wir einmal im Monat für 1 Stunde eine gynäkologische Sprechstunde an. Da es sich um ein Pilotprojekt handelt variiert der zeitliche Umfang nach Bedarf zwischen 1 und 2 Stunden. Die Untersuchungen finden im Gesundheitsamt der Stadt Oberhausen statt. Zum einen gibt es dort einen Raum, der mit einem gynäkologischen Untersuchungsstuhl ausgestattet ist (Abbildung 3). Zum anderen ist dort auch die Beratungsstelle für HIV und andere sexuell übertragbare Erkrankungen angesiedelt und kann den Frauen eine Beratung sowie einen kostenlosen HIV- und Syphilis-Test anbieten.

Inhalte der gynäkologischen Sprechstunde:

- Beratung zu Verhütungsmitteln, Erkrankungen, usw.
- Gynäkologische Untersuchung
- Zervixabstrich
- Gynäkologische Tastuntersuchung
- Tastuntersuchung der Brüste
- Schwangerschaftstest
- Urinuntersuchung
- Chlamydientest (Selbstkostenbeitrag)
- Laboranalyse des Abstrichs (Selbstkostenbeitrag)
- HIV-Test (Bereich Gesundheitswesen der Stadt Oberhausen)
- Syphilis-Test (Bereich Gesundheitswesen der Stadt Oberhausen)
- Beratung zu allen sexuell übertragbaren Krankheiten (Bereich Gesundheitswesen der Stadt Oberhausen)
- Informationsmaterial für viele Themen der Frauengesundheit und der Gesundheit von Prostituierten



Abbildung 3: Untersuchungsraum für die gynäkologische Sprechstunde für Prostituierte im Gesundheitsamt, Tannenbergstraße 11-13 in Oberhausen.

Mit dem Projekt soll die Gesundheit von Prostituierten in Oberhausen verbessert werden. Durch das Testangebot sollen HIV und andere sexuell übertragbare Erkrankungen weiter eingedämmt werden. Außerdem erhoffen wir uns, dass die Frauen bei uns durchweg

positive Erfahrungen machen und unser Angebot durch Empfehlungen im entsprechenden Personenkreis bekannt wird und wir die Frauen besser erreichen können. Zuletzt soll noch einmal erwähnt werden, dass dieses Angebot unabhängig zur gesundheitlichen Pflichtberatung nach Prostituiertenschutzgesetz besteht und es sich dabei um ein freiwilliges und auf Wunsch auch anonymes Angebot handelt.

Insgesamt wurde die gynäkologische Sprechstunde im Jahr 2017 von sieben Frauen besucht. Acht Frauen ließen sich außerdem auch auf HIV und Syphilis testen (Abbildung 4).

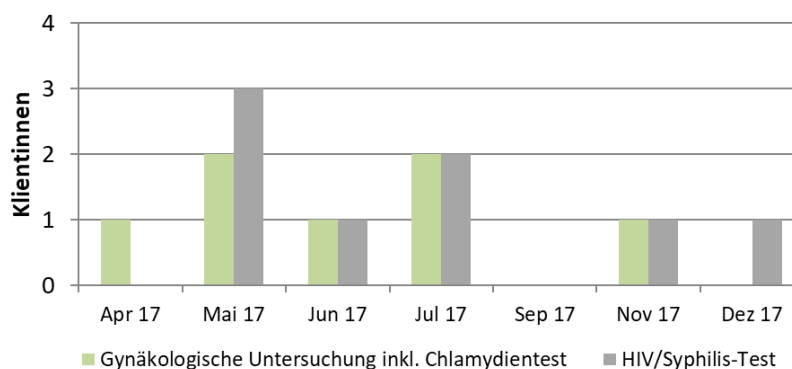


Abbildung 4: Inanspruchnahme der gynäkologischen Sprechstunde für Prostituierte im Jahr 2017.

2.4 Organisation des 1. Oberhausener Palliativ- und Hospiztag am 15. Oktober 2017

Zusammen mit dem Palliativnetz Oberhausen wurde am 15. Oktober 2017 der erste Palliativ- und Hospiztag in Café Jahreszeiten in Oberhausen-Sterkrade veranstaltet. An diesem Informationstag wurden die Angebote und Einrichtungen des Hospiz- und Palliativbereichs, welche schwerstkranken und sterbenden Menschen jeden Alters zur Verfügung stehen, vorgestellt. Die Stadt Oberhausen ist in diesem Bereich besonders gut aufgestellt, allerdings ist vielen Bürgerinnen und Bürgern das hervorragende Angebot weitgehend unbekannt. Mit dem 1. Oberhausener Palliativ- und Hospiztag machte das Palliativnetz der Stadt Oberhausen in Kooperation mit dem Bereich Gesundheitswesen der Stadt Oberhausen auf die hospizlich-palliativen Versorgungsangebote unserer Stadt aufmerksam und informierte über die Hospiz- und Palliativarbeit in Oberhausen (Abbildung 5). Hierfür wurde ein umfangreiches Vortragsprogramm zusammengestellt, das die Themen Palliative Care, ambulantes Hospiz, stationäres Hospiz, Begleitung, Kinderhospiz, parenterale Ernährung, Trauer, häusliche Unterstützung sowie Vorsorge durch Vollmacht und Patientenverfügung abdeckte. Außerdem stellten die Oberhausener Einrichtungen sich und ihre Angebote vor. Vertreten waren an diesem Tag das Palliativnetz Oberhausen, Vertreter der Stadt Oberhausen, das Stationäre und Ambulante Hospiz St. Vinzenz Pallotti, das Ambulante Hospiz Oberhausen e.V., das Ambulante Kinderhospiz Möwennest, die Palliativstation des Katholischen Klinikums Oberhausen, das Sternenzelt, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) sowie die Selbsthilfekontaktstelle der Stadt Oberhausen. Abgerundet wurde der Tag durch eine Fotoausstellung von Tabea Borchardt. Die Fotografin aus Essen begleitet in der Serie PS* in acht Bildern ihren Vater bei seiner Entscheidung das

Reich der Lebenden hinter sich zu lassen. Dank einer palliativen Sedierung, wird ihm dies schmerzfrei und wie ein sanftes Hinübergleiten ermöglicht. Mit dieser Arbeit verarbeitet die junge Fotografin das Ableben ihres Vaters auf ganz wundervolle Weise.



Abbildung 5: Eindrücke des 1. Oberhausener Palliativ- und Hospiztag.

2.5 Sonstige Tätigkeiten

2.5.1 Projekte und Öffentlichkeitsarbeit

- Vorbereitende Gespräche für das geplante Projekt „Wiederbelebung als Schulfach“
- Neukonzipierung der HIV/STI (=sexuelle übertragbare Infektionen)-Beratung, auch in Bezug auf das neue Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG)
- Einführung einer gynäkologische Sprechstunde für Prostituierte
- Organisation des 1. Oberhausener Palliativ- und Hospiztag
- Vorträge in unterschiedlichen Gremien
- Aktualisierung diverser Flyer / Homepages

2.5.2 Gremien, Arbeitskreise und Netzwerke

- Aufbau eines Netzwerks mit zahlreichen Einrichtungen und Institutionen der Stadt wie der Aids-Hilfe Oberhausen, der Selbsthilfekontaktstelle, dem Stadtsportbund, dem Sportbildungswerk, Palliativnetz Oberhausen, ...
- Vertretung des Bereichs Gesundheit im Sozialausschuss, Integrationsausschuss, Gleichstellungsausschuss, Jugendhilfeausschuss und Beirat für Menschen mit Behinderungen
- Mitarbeit im MRE-Netzwerk
- Vertretung des Bereichs Gesundheit beim Runden Tisch „Flüchtlingssituation“, am Runden Tisch „Prostitution“, im AK Geflüchtete Frauen, in der AG Chancengleichheit und der städtischen PlannerInnengruppe des Bereichs Statistik
- Mitarbeit in der Projektgruppe „Bildung braucht Bewegung“

2.5.3 Fortbildungen und Treffen zu folgenden Themen

- Gesundheitsberichterstattung
- Das neue Präventionsgesetz
- HIV/AIDS/STI

- Gesundes Städte-Netzwerk
- Umwelt und Gesundheit
- Öffentlichkeitsarbeit
- Statistik und Epidemiologie

3. Bericht des Fachbereichs 3-4-10/ Allgemeine Verwaltung/Gesundheitsplanung

Sabine Lupzik

3.1 Einleitung

Aus dem Aufgabengebiet Verwaltung werden in diesem Bericht exemplarisch das Tätigkeitsfeld Belehrungen nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) dargestellt.

Aus den Aufgabengebieten Gesundheitsplanung und Sucht- und Psychiatriekoordination wird eine Übersicht der Aktivitäten gegeben. Zusätzlich erfolgt eine Darstellung zur Umsetzung der gesundheitlichen Beratung im Rahmen des § 10 Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG).

3.2 Aktivitäten

3.2.1 Belehrungen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

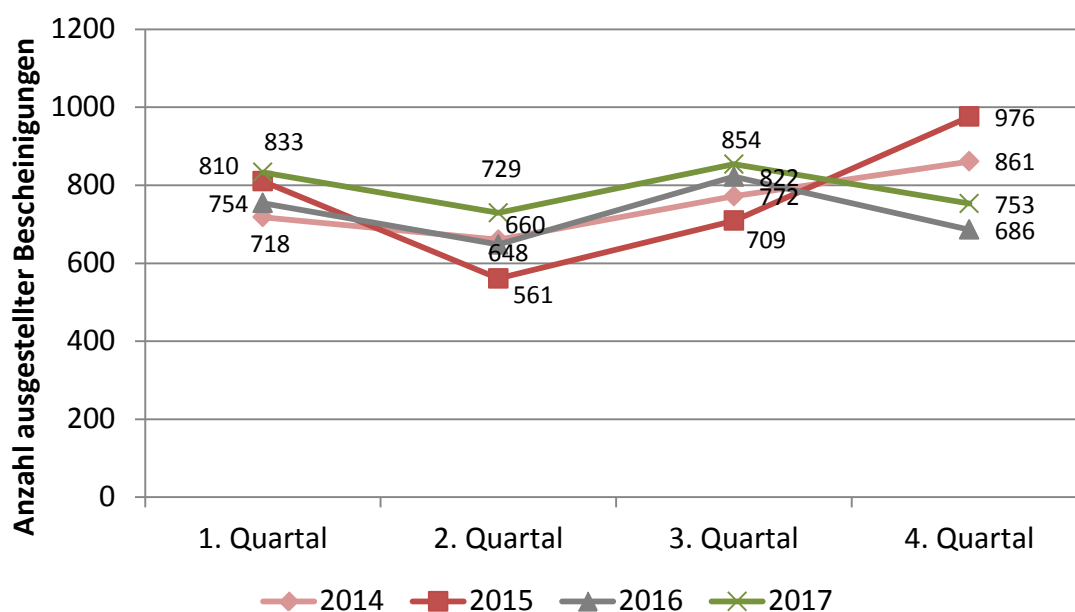


Abbildung 6: Entwicklung der Anzahl ausgestellter Bescheinigungen nach § 43 IfSG

Ein Vergleich findet zwischen den Quartalszahlen 2014 bis 2017 statt. Aus Abbildung 6 ist ersichtlich, dass im 2. Quartal jeweils ein Rückgang der Anmeldungen für die Belehrungen zu verzeichnen ist. Ein Grund dafür ist, dass im 2. Quartal eines Jahres fast keine Belehrungen für Schülerpraktika durchgeführt werden. Der Anstieg im 3. Quartal ist darauf zurückzuführen, dass in den Monaten August und September die Ausbildungen starten und hier vermehrt Anfragen von Auszubildenden kommen, die im Lebensmittelbereich oder in der Gastronomie eine Ausbildung beginnen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Verteilung der Veranstaltung von Schülerpraktika

	2014	2015	2016	2017
1. Quartal	8	14	8	14
2. Quartal	4	2	3	5
3. Quartal	7	6	12	7
4. Quartal	11	14	7	8

Die Gesamtteilnehmerzahl an den Belehrungen stellt sich wie folgt dar:

2014: 3.011 Teilnehmende in 152 Veranstaltungen

2015: 3.056 Teilnehmende in 157 Veranstaltungen

2016: 2.910 Teilnehmende in 145 Veranstaltungen

2017: 3.169 Teilnehmende in 167 Veranstaltungen

Zu der Aufgabe der Organisation und Abwicklung der Belehrungen kommt für die drei in Teilzeit arbeitenden Mitarbeiterinnen des Aufgabengebietes noch die telefonische Annahme von Terminen und Anfragen hinzu. Diese wurde ganzjährig erstmals im Jahr 2014 erfasst. Vergleichszahlen aus Vorjahren liegen nicht vor. Zu der in Abbildung 7 dargestellten Kontaktdichte sind noch die tatsächlichen Teilnehmenden an den Belehrungen hinzuzurechnen. Es erfolgt immer erst eine Terminvereinbarung (telefonisch oder durch persönliche Vorsprache) und danach die Belehrung. Für die Mitarbeiterinnen bedeutet die hohe Kontaktdichte aus telefonischen, persönlichen Anfragen und die Durchführung der einzelnen Belehrungstermine eine hohe Belastung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Aufgabengebiet von zwei Teilzeitkräften, mit einer wöchentlichen Gesamtarbeitszeit von 42,5 Stunden, geführt wird (Abbildung 7).

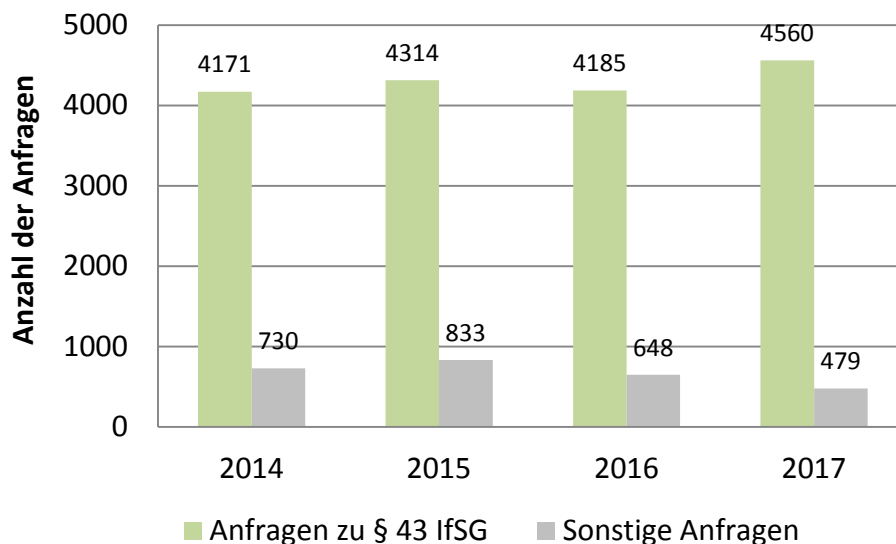


Abbildung 7: Kontaktdichte im Aufgabengebiet

Die Belehrungen sind eine Haupteinnahmequelle für den Bereich Gesundheitswesen. Pro Belehrung sind 25 Euro Verwaltungsgebühren zu zahlen. Für Schülerpraktika, Teilnehmende die Leistungen nach dem SGB II beziehen, im Besitz eines OB-Passes oder der Ehrenamtskarte sind, fallen keine Gebühren an. In Abbildung 8 wird die Entwicklung der Gebühreneinnahme dargestellt. Im Jahr 2017 konnten die Gebühreneinnahmen erstmals seit 2015 wieder gesteigert werden. Dies liegt insbesondere daran, dass im Jahr 2017 aufgrund der weniger angespannten Personalsituation bei der Gesundheitsaufsicht wieder mehr Belehrungstermine angeboten werden konnten. Die Termine für die Belehrungen sind immer abhängig von der Verfügbarkeit der Mitarbeitenden in der Gesundheitsaufsicht, da die fachlichen Inhalte der Belehrung durch eine/n Gesundheitsaufseher/-in vermittelt werden müssen.

Seit März 2017 besteht mit Einführung des Kassenprogramms Topcash nun auch die Möglichkeit die Gebühren mit EC-Karte zu zahlen. Diese Möglichkeit wurde im Jahr 2017 eher verhalten angenommen. Die weitere Entwicklung des Angebotes der bargeldlosen Zahlung bleibt abzuwarten (Abbildung 8).

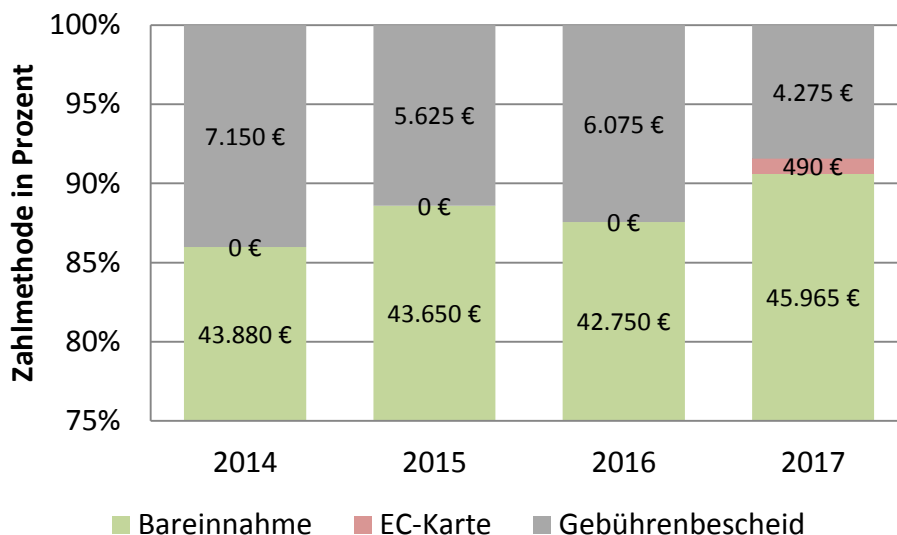


Abbildung 8: Entwicklung der Gebühreneinnahmen

Kritisch ist weiterhin die Anzahl von Terminversäumnissen zu sehen. Dabei erfolgt zwar eine Anmeldung für eine Belehrung, tatsächlich nehmen diese Personen den Termin nicht wahr. Somit sind viele Belehrungstermine nicht vollbesetzt und es kommt zu Gebührenaussfällen. Für eine Belehrung können maximal 27 Anmeldungen entgegengenommen werden, da die Sitzplätze entsprechend begrenzt sind. Im Jahr 2017 kam es zu maximalen Wartezeiten von 14 Tagen bis ein Termin wahrgenommen werden konnte. Einige angemeldete Teilnehmer/-innen werden in dieser Zeit Belehrungstermine in anderen Städten angenommen haben. In den meisten Fällen ist von der Teilnahme an einer Belehrung der Antritt einer Arbeitsstelle abhängig. Seit 2016 werden die Terminversäumnisse erfasst. Im Jahr 2016 nahmen 731 Personen den vereinbarten Termin nicht wahr, im Jahr 2017 waren es 813 Personen. Auswirkungen haben die Terminversäumnisse auf die Personen nicht, da die Gebühren erst vor der Teilnahme an der Belehrung zu entrichten sind. In Abbildung 9 ist die Verteilung nach Gebührenzahler und Nichtzahler zu erkennen. Wendet man auf die Terminversäumnisse die gleiche prozentuale Verteilung an so bedeutet das, dass von den 813 Personen, die nicht zum Termin erschienen sind 63 %, also 512 Personen gebührenpflichtig an der Belehrung teilgenommen hätten. Unter Berücksichtigung dieser Berechnung sind der Stadt Oberhausen insgesamt 12.800 Euro an Gebühren entgangen.

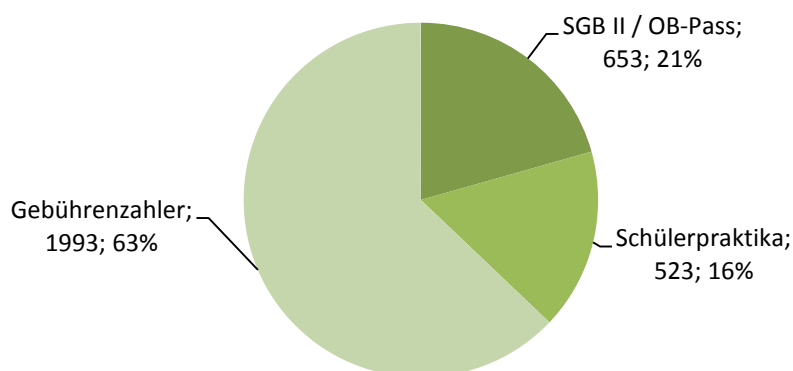


Abbildung 9: Verteilung der Teilnehmenden im Jahr 2017

3.2.2 Gesundheitsplanung

Öffentlichkeitsarbeit, Projekte und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

- Das Projekt „Steigerung der Akzeptanz der Jugendgesundheitsuntersuchung J 1“ wird in der 7. Jahrgangsstufe der Oberhausener Real- und Gesamtschulen durchgeführt, wodurch jährlich ca. 950 Schülerinnen und Schüler erreicht werden.
 - o Erstellung von zahlreichen Informations- und Werbematerialien
 - o Unterrichtsbesuch durch eine Kinder- und Jugendärztin
 - o Elterninformation
 - o Übersicht über Kinderärzte/innen
 - o Erinnerungszettel für die Schüler/innen
 - o Quittung des Arztes oder der Ärztin
 - o Bestätigung der Eltern
 - o Elternbrief in deutscher und türkischer Sprache
- Weiterführung des Inklusions-Projektes „Natürlich kann ich...“ mit dem integrativen Familienzentrum Schatzkiste im Generationengarten am Kaisergarten.
- Begleitung und Koordination des Forschungsverbundes „Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder – Gesund Aufwachsen“ in Oberhausen. Ausgewählt wurden 5 Grundschulen und 7 Familienzentren bzw. KTEs, die sogenannten Untersuchungstandems bilden und ca. 700 Kinder über einen Zeitraum von 3 Jahren untersuchen. Forschungspartner sind die Universitäten Münster und Düsseldorf, die Sporthochschule Köln, das Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung der Universität Essen-Duisburg und das Katalyse Institut Köln.
- Koordinierung und Durchführung der jährlich stattfindenden Kampagne „Prävention und Früherkennung“. Dieses Projekt findet in Kooperation mit den Oberhausener Krankenhäusern und der AOK in sechs Stadtteilen statt und soll die Akzeptanz von Früherkennungsuntersuchungen steigern. Den Abschluss dieser Aktionsstände bildet der große Oberhausener Vorsorgetag mit allen Oberhausener Krankenhäusern im September. Erstmals gab es ein eigenes Angebot des Bereiches Gesundheitswesen unter Beteiligung des Kinder- und jugendärztlichen Dienstes.
- Organisation und Durchführung des 2. Interkulturellen Gesundheitstages unter dem Titel „Bunter Gesundheitsmarkt“ in Kooperation mit dem Zentrum für Integration und Bildung.
- Im Rahmen des Projektes „Quartier in Bewegung“ wurde ein neues Projekt gemeinsam mit dem Seniorenzentrum „Gute Hoffnung leben“ unter dem Titel „Gesund älter werden im Stadtteil“ konzeptioniert. Inhaltlich orientiert sich das Projekt an dem Programm „Fit für 100“ der Sporthochschule Köln, welches vor allem Balance- und Koordinationsübungen sowie Krafttraining beinhaltet. Ein erster Antrag zur Förderung dieses Projektes nach § 20a SGB V durch die Verbände der Krankenkassen wurde abschlägig beschieden. Derzeitig werden Möglichkeiten einer alternativen Finanzierung bzw. eine erneute und dann modifizierte Antragsstellung im Jahr 2018 geprüft.

- Kampagne zur J1 in Oberhausener Gymnasien in Form von Elternanschreiben und Flyer für die Jugendlichen.
- Zusammenstellung der Oberhausener Gesundheitsmappen für alle neu aufgenommen Kindergartenkinder in Oberhausen (rund 1.600 Stück)
- Das Gesundheitspartner-Verzeichnis für die Stadt Oberhausen wurde jetzt erneut aktualisiert. Nach der Erstauflage des Gesundheitspartner-Verzeichnisses im Jahr 2013 war es an der Zeit dieses komplett zu überarbeiten. Zum einen wurde die Größe auf ein DIN A5 Format verändert, so dass auch die Schriftgröße des Verzeichnisses vergrößert werden konnte. Dies ist besonders im Hinblick auf Menschen mit einer Sehschwäche vorteilhaft. Zum anderen wurde das Cover farblich überarbeitet. Ein besonderes Augenmerk ist hier auf die Rubrik der fremdsprachlichen Ärzte gerichtet. Im Gesundheitspartner-Verzeichnis sind u. a. alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Fachärztinnen und Fachärzte nach ihren Fachrichtungen aufgelistet. Ebenso enthält das Gesundheitspartner-Verzeichnis Informationen zu weiteren Gesundheitspartnern wie Ergotherapie, Heilpraktiker/innen, Heilpraktiker/innen – Psychotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Podologie und Hebammen. Erstmals sind auch die Oberhausener Apotheken, eine Ökotrophologin und Diätassistentin mit aufgeführt. Im Rahmen der inklusionsgerechten Aufbereitung des Verzeichnisses wurden für Menschen mit einem Handicap die Angaben zur Barrierefreiheit der Praxen erweitert. In dieser Auflage verweisen Piktogramme auf die Barrierefreiheit der einzelnen Praxen und Apotheken. Sowohl die Piktogramme als auch die Fremdsprachenangabe sind in keinem anderen Verzeichnis enthalten. Den Abschluss findet das Gesundheitspartner-Verzeichnis in der Auflistung aller wichtigen Notrufnummern. Von der Notfallambulanz für Kinder und Erwachsene, den generellen Notrufnummern über die Oberhausener Krankenhäuser bis hin zu den Hospizen. Es besteht auch die technische Möglichkeit eines Downloads des Verzeichnisses über die Homepage des Bereiches Gesundheitswesen.
- Datenpflege des „Beratungsführers für gesundheitliche Hilfen in der Kinder- und Jugendarbeit“, der 2016 online gestellt wurde.
- Internetauftritt des gesamten Bereiches Gesundheitswesen, Pressemitteilungen etc.
- Projekt der Sarah Wiener Stiftung „Ich kann kochen“: Durch die Sarah Wiener Stiftung werden in Kindertageseinrichtungen und Schulen Genussbotschafter/innen ausgebildet. Diese dienen wiederum als MultiplikatorInnen in ihren jeweiligen Einrichtungen. Den Kindern soll das Kochen und die Verwendung von entsprechenden Lebensmitteln näher gebracht werden, da in vielen Familien nicht mehr frisch gekocht wird und das Wissen über Lebensmittel bei den Kindern verloren geht. Die Ernährung in der Kindheit ist prägend und die hier erlernten Essgewohnheiten werden oft über Jahre beibehalten. Immer mehr Kinder leiden an Übergewicht oder sind auch schon adipös. Dies geht auch aus dem Basisgesundheitsbericht 2016 des Bereiches Gesundheitswesen hervor. Im September 2017 wurde das Projekt den Trägern von Kindertageseinrichtungen vorgestellt, so dass Absprachen zur zeitlichen Umsetzung in den Einrichtungen

erfolgen konnten. Derzeit sind für das Jahr 2018 insgesamt 4 Fortbildungen in Oberhausen geplant.

Projektreihe „Übergewicht“

Etwas über die Hälfte aller Oberhausener Bürgerinnen und Bürger leiden unter Übergewicht, circa 10% sind sogar adipös. Diese Zahlen wurden im Rahmen eines Mikrozensus in den Jahren 2005, 2009 und 2013 gewonnen und sind dem Basisgesundheitsbericht 2016 der Stadt Oberhausen zu entnehmen.

Vor diesem Hintergrund wurde in der letzten Sitzung der Gesundheitskonferenz beschlossen, sich diesem Thema in den nächsten Jahren stärker zu widmen. Mit dem Adipositas-Zentrum konnte ein wichtiger Partner gewonnen werden, der schon in vielfältiger Art und Weise Hilfe anbietet. Für jede Altersstufe werden dort wissenschaftlich evaluierte Programme zur Gewichtsreduktion angeboten. Die Behandlung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team von Ärzten, Psychologen, Ernährungsberatern und Sporttherapeuten. Ziele der Therapie sind in erster Linie die Gewichtsreduktion, aber auch eine Änderung des Ernährungsverhaltens, die Steigerung des Selbstwertgefühls und die Verbesserung des Körperbewusstseins und der allgemeinen Fitness.

Für die Zielgruppe übergewichtiger Kinder und deren Eltern wurde im Rahmen des Weltkindertages in diesem Jahr ein Aktionsstand mit Mitmachaktionen und Informationsmaterial durchgeführt. Weitere Aktivitäten sollen nach und nach aufgebaut werden.

Gremien, Arbeitskreise und Netzwerke

- Die Geschäftsführung der Oberhausener Gesundheitskonferenz
- Mitarbeit in der Konferenz „Alter und Pflege“, die den Arbeitskreis Pflege der Gesundheitskonferenz ersetzt.
- Geschäftsführung des Arbeitskreises Kindergesundheit der Oberhausener Gesundheitskonferenz mit dem Schwerpunkt der Entwicklung und Fortführung von Maßnahmen zur nachhaltigen Förderung der Kindergesundheit in Oberhausen.
- Mitarbeit im Netzwerk Selbsthilfe, welches sich um die Beratung und Unterstützung der gesundheitlichen Selbsthilfe kümmert und die projektorientierte Zusammenarbeit fördert.
- Vertretung des Bereiches und Mitarbeit im gemeinnützigen Verein Allianz Kindergesundheit.
- Vertretung des Bereiches im Seniorenbeirat
- Vertretung des Bereiches im Beirat für Menschen mit Behinderung
- Leitung der Projektgruppe Prävention und Früherkennung
- Mitarbeit in der Projektgruppe „Kein Kind zurücklassen...“
- Mitarbeit in der AG Chancengleichheit
- Teilnahme an diversen Fortbildungen, die zum Teil eine mehrtägige Ausrichtung hatten
- Mitarbeit in einer AG zur Fortschreibung des Familienberichtes

- Teilnahme am überregionalen Arbeitskreis der Geschäftsführer/innen der örtlichen Gesundheitskonferenzen zum überregionalen Austausch und zur Zusammenarbeit im Hinblick auf gemeinsame Themenschwerpunkte und Ziele der Landesgesundheitskonferenz
- Im Rahmen des Kontraktmanagements werden mit folgenden Vereinen bzw. Verbänden Leistungsverträge geführt:
 - o Paritätischer Wohlfahrtsverband – Förderung der Selbsthilfekontaktstelle
 - o Aids-Hilfe – 1.Youthwork und 2. psychosoziale Betreuung von Menschen mit HIV und AIDS
 - o Diakonisches Werk – Medizinische Betreuung von wohnungslosen Menschen
- Bearbeitung und Beantwortung diverser Anfragen für politische Gremien
- Mitarbeit in der Projektgruppe „Bildung braucht Bewegung“
- Mitarbeit in der Projektgruppe „Quartier in Bewegung“
- Mitarbeit in der PlannerInnengruppe des Bereiches Statistik

3.2.3 Psychiatrie- und Suchtkoordination

Psychiatrie- und Suchtkoordination ist ein fest verankerter Bestandteil im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW / §23).

In der Stadt Oberhausen nimmt sie die Planungs-, Koordinations- und Steuerungsaufgaben bzgl. der Versorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung sowie von Menschen die an einer Abhängigkeit erkrankt sind wahr.

Eine Grundvoraussetzung, damit die Bürgerinnen und Bürger eine individuelle, zielgerichtete und bedarfsgerechte Hilfe erhalten, ist eine gut funktionierende Kooperation zwischen allen beteiligten örtlichen und überörtlichen Institutionen, Trägern der Freien Wohlfahrtspflege und privaten Anbietern.

Die Transparenz und Weiterentwicklung der psychiatrischen/psychosozialen Versorgung sowie eine kommunale Suchthilfeplanung sind weitere wichtige Bausteine des Hilfesystems.

Eine Verbesserung der Versorgungsstruktur soll durch Gemeindepsychiatrische Vernetzung, Maßnahmen der Integrationshilfe, Angehörigenarbeit, Einbeziehung der Selbsthilfe, Netzwerk- u. Öffentlichkeitsarbeit, Präventionsansätze, Strukturierung medizinischer u. therapeutischer Angebote (ambulant/stationär) sowie Qualitätssicherung und Evaluation erreicht werden.

Aufgabengebiete der Psychiatrie- und Suchtkoordination

- Koordination und inhaltliche Organisation der Oberhausener Versorgungsstruktur für psychisch und an Abhängigkeit erkrankte Menschen
- Erarbeitung und Aktualisierung von Bestandsaufnahmen des Versorgungssystems
- Koordinierung und Vernetzung von Einrichtungen der sozialen Infrastruktur / Strukturentwicklung in der Kommune
- Geschäftsführung Hilfeplankonferenz (Sucht und Psychiatrie)

- Beisitzer in den Hilfeplankonferenzen für Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung
- Beteiligung an der „Begleitgruppe Hilfeplankonferenz“ des Landschaftsverband-Rheinland (LVR)
- Teilnahme / Co-Moderation der Regionalkonferenz des LVR für die Stadt Oberhausen
- Beteiligung an der Vorbereitungsgruppe zur Regionalkonferenz-Datenerhebung/Statistik im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW:
 - o Unterbringung nach Betreuungsrecht (BtR)
 - o Unterbringung nach PsychKG/NW
- Teilnahme an der Arbeitsgemeinschaft der Rheinischen Psychiatrie- und Suchtkoordinatoren
- Teilnahme an der Arbeitsgemeinschaft der Psychiatrie- u. Suchtkoordinatoren in der „MEO-Region“
- Versorgung/Nachsorge psychisch kranker Menschen aus der Forensik
- Öffentlichkeitsarbeit
 - o Berichterstattung im Versorgungsnetzwerk
 - o Pressearbeit
 - o Planung und Durchführung von Veranstaltungen, Vorträgen, Diskussionen
 - o Publikationen
 - o Internetauftritt
- Weiterentwicklung des vorliegenden Psychiatrieplans
- Initiieren und Abstimmung von Fort-/Weiterbildungsangeboten /Fachtagungen
- Netzwerkarbeit
 - o Organisation gemeinsamer Besprechungen mit den Trägern der Wohlfahrtspflege zur Abstimmung der Aufgabenfelder und zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung
 - o Kooperation mit Sozialpsychiatrischer Dienst, Ämter mit Beteiligung an der psychiatrischen Versorgung, Beratungsstellen der Suchthilfe, Jobcenter, Krankenkassen, Sportvereine, Präventiver Rat, Selbsthilfe, Aidshilfe, Anbieter stationärer/ambulanter Wohnungshilfe, niedergelassene Ärzte (Psychiatrie-/Suchtbereich), Krankenhäuser (Psychiatrieabteilungen/Entgiftungen), niedergelassene Therapeuten, Apotheken, Büro für Chancengleichheit, Ehrenamt, Aidshilfe, Schulen (Schulsozialarbeit), Selbsthilfe, etc.
 - o Durchführung von Wirksamkeitsdialogen
 - o Kooperation mit der Suchtkoordination des LVR/LWL im Rahmen der Suchthilfeplanung
- Entwicklung neuer Projekte/Angebote im Versorgungsgebiet
- Angebots- u. Projektdurchführungen/-Begleitungen/-Beratungen
 - o Leistungsvereinbarung Psychosoziale Beratung gem. SGB II / Basisleistungen PsychKG / Suchtberatung
 - o Schnittstelle Jobcenter
 - o Gerontopsychiatrische Beratung Krankenhäuser (GPZ)
 - o Sozialpsychiatrisches Kompetenzzentrum Migration (SPKoM)
 - o Psychosoziale Beratung von Geflüchtete
 - o Oberhausener Woche der Seelischen Gesundheit
 - o Bündnis gegen Depressionen

- Projektbeantragung „Digitale Therapie in der Depressionsbehandlung – migrationssensible Versorgung in Oberhausen stärken
- Geschäftsführung Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)
- Jugendpsychiatrische Versorgung
- Präventionsangebote
 - Förderung von Selbsthilfe
 - Förderung der Angehörigenarbeit
 - Förderung von Ehrenamt
 - Initiierung von Projekten um Berührungängste und Vorurteile gegenüber psychisch und suchtkranken Menschen entgegenzuwirken
 - Integrationsförderung von Menschen mit psychischen und/oder Suchterkrankungen in die Gemeinschaft (Erhöhung der Selbständigkeit)
 - Sensibilisierung von Institutionen z.B. aus den Bereichen Sport, Kultur sowie sozialer Netzwerke bzgl. einer toleranteren Grundhaltung und Integration psychisch-/suchtkranker Menschen
 - Initiierung von Beratungsangeboten aus den Bereichen Sucht und Psychiatrie
 - Zusammenarbeit / Beratung mit bzw. von Betroffenen, Angehörigen, Nachbarn
- Durchführung und Teilnahme von Fallbesprechungen
- Mitglied im Beirat des SoNII e.V. Soziales Netzwerk Integration und Inklusion für Menschen mit Behinderung e.V.
- Qualitätsmanagement / Qualitätssicherung / Evaluation
- Annahme von bzw. Auseinandersetzung mit Kritik, Beschwerden, Hinweisen am gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem
- Berichtsvorlagen/Berichtserstattung und Stellungnahmen für kommunale, bezirkliche und politische Gremien und Ausschüsse (Landschaftsverbände, Ministerien, Städtetag NRW, Rat, Ausschüsse, Dezernate, Verwaltung etc.)

Schwerpunkt der Psychiatriekoordination 2017

Oberhausener Woche der seelischen Gesundheit

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit

Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit ist eine bundesweite Initiative, die vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird. Es beteiligen sich derzeit rund 50 Regionen und Städte mit über 800 Veranstaltungen bundesweit. Zu den 90 Mitgliedsorganisationen zählen die Selbsthilfeverbände der Betroffenen und Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie viele Verbände aus den Bereichen Psychiatrie, Gesundheitsförderung und Politik. Initiiert wurde das Bündnis 2006 von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) gemeinsam mit Open the doors als Partner des internationalen Antistigma-Programms.

Durchführung der 2. Oberhausener Woche der seelischen Gesundheit

Die 2. Oberhausener Woche der seelischen Gesundheit wurde vom 9. bis zum 14. Oktober 2017 veranstaltet. Alle Oberhausener Bürgerinnen und Bürger waren zu den kostenfreien

Veranstaltungen mittels Flyer und Pressemitteilungen eingeladen worden, um die vielfältigen ambulanten und stationären Angebote der psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen in unsere Stadt kennenzulernen.

Ziel der Woche der seelischen Gesundheit war und ist es, über psychische Krankheiten zu informieren, Hilfs- und Therapieangebote aufzuzeigen und die Diskussion in der Öffentlichkeit anzuregen. Ob Vorträge, Workshops, kurze Schulungseinheiten oder kulturelle Angebote; alle Veranstaltungen trugen einen Teil dazu bei, Berührungspunkte abzubauen und vor allem Betroffene sowie deren Angehörige einzubinden.

Die Woche wurde durch die Stadt Oberhausen -Bereich Gesundheitswesen- koordiniert. Das Citymanagement Sterkrade unterstützte bei der Organisation und Durchführung im Stadtteil Sterkrade.

Im Vergleich zur ersten Auflage konnte die Angebotspalette von 5 auf 18 Angebote deutlich erweitert werden.

In der 2. Auflage der Oberhausener Woche für seelische Gesundheit wurde erstmalig auch eine zentrale Auftaktveranstaltung durchgeführt.

Die gut angenommene Veranstaltung fand im „Café & Bistro Jahreszeiten“ statt und wurde durch die Beigeordnete Sabine Lauxen (Dezernat 5) eröffnet. Chefarzt Prof. Dr.med. J. Kuhn (Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Johanniter Krankenhaus) referierte über die Bedeutung psychischer Erkrankung an sich und im beruflichen Kontext. Ihm folgte Chefarzt Prof. Dr. med. E. Davids (Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im St. Josef-Hospital) mit einem Beitrag über Demenzerkrankungen, deren Einordnung und Behandlung. Abgerundet wurden die Vorträge durch das Angebot „Fit & Entspannt für jedes Alter“, vorgestellt von Frau Kraft und Frau van de Leest (Gute Hoffnung Aktiv / Quartiersentwicklung). Bei dieser Veranstaltung wurden erste Einblicke in speziell angepasste Yoga-, Atem- und Meditationsübungen gegeben.

Zudem gab es Informations- und Themenstände die von Frau Coester (Integrationsfachdienst Oberhausen - Mülheim „IFD“) betreut wurden.

Die Kooperationspartner der 2. Oberhausener Woche der seelischen Gesundheit

- Caritasverband Oberhausen e.V.
- Der Paritätische (Selbsthilfekontaktstelle Oberhausen)
- Diakonisches Werk Oberhausen
- Evangelisches Klinikum Niederrhein (Johanniter Krankenhaus)
- Gute Hoffnung leben
- intego (Ihr Netzwerk für psychische Gesundheit)
- Integrationsfachdienst Oberhausen – Mülheim
- Katholisches Klinikum Oberhausen (St. Josef Hospital)
- M Z O (Meditationszentrum Oberhausen)
- Stadt Oberhausen (Bereich Gesundheitswesen)
- Stadt Oberhausen (Citymanagement/Stadtteilbüro Sterkrade)
- Turnclub Sterkrade 1896 Oberhausen e. V.

- VHS Oberhausen
- Yogahaus-Oberhausen

Ziele der Aktionswoche

Die 2. Oberhausener Woche der seelischen Gesundheit setzt sich im Sinne des „Aktionsbündnis Seelische Gesundheit“ ein für:

- den Abbau von Ängsten und Vorurteilen
- den Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung der betroffenen Menschen
- die Förderung der seelischen Gesundheit in unserer Kommune
- die Prävention und Aufklärung hinsichtlich psychischer Erkrankungen
- die soziale und berufliche Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- eine positive Teilhabe der Betroffenen und ihrer Familien an unserer Gesellschaft
- die Motivation von Betroffenen und Angehörigen zur Inanspruchnahme vorhandener Hilfsangebote

Nachbetrachtung / Ausblicke „Oberhausener Woche der seelischen Gesundheit“

Am 6. Dezember 2017 wurden die beteiligten Netzwerkpartner von der Psychiatrie- und Suchtkoordination der Stadt Oberhausen zu einer Nachbetrachtung und einem Ausblick eingeladen. Aus diesem Netzwerktreffen und den vorab geführten Gesprächen und Rückmeldungen, ergaben sich folgende Anmerkungen:

- Alle Beteiligten stehen gerne auch für eine 3. Auflage der Oberhausener Woche der seelischen Gesundheit zur Verfügung
- Frühzeitiges Planungstreffen (01.03.2018)
- Die Pressearbeit sollte intensiviert werden, damit eine noch breitere Bürgerbeteiligung realisiert werden kann
- Der Flyer könnte übersichtlicher gestaltet werden
- Keine Überschneidung von Angeboten, die am selben Tag stattfinden
- Möglichst dezentrale Abdeckung der Angebotspalette / Einbindung vieler Ortsteile
- Ein „Motto/Schwerpunkt“ der Woche generieren
- Klar definierte Zielgruppe bzgl. der diversen Angebote
- Fester Platz für die seelische Belastung von Menschen mit einer Abhängigkeit und deren Angehörigen
- Interaktive Angebote beibehalten bzw. ausbauen
- Lesungen / kurze Filmbeiträge / Musikalische Beiträge etc. einflechten
- Einbindung des „Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentrum Migration (SPKoM)“, damit psychisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund der Zugang zur gemeindepsychiatrischen Hilfen erleichtert wird
- Ergebnis-Evaluation der durchgeführten Aktionen durch die Psychiatrie- und Suchtkoordination

Resümierend lässt sich festhalten, dass psychische Erkrankungen nach wie vor weit davon entfernt sind, als „echte“ Erkrankungen anerkannt zu werden; obwohl sie praktisch jeden Menschen treffen können und in vielen Familien vorkommen.

Die „Oberhausener Woche der seelischen Gesundheit“ ist, laut Aussagen von teilnehmenden Bürgerinnen und Bürgern sowie Anbietern und Kooperationspartnern, ein wichtiger Beitrag um Aufklärungsarbeit über psychische Erkrankungen zu leisten sowie Vorurteile und Ängste

gegenüber den betroffenen Menschen nachhaltig abzubauen, damit ihnen ein gleichberechtigter Umgang in unserer Stadt ermöglicht wird und sie und ihre Angehörigen die Vielfalt der vorhandenen Hilfsangebote annehmen bzw. nutzen können.

Die 3. Auflage der „Oberhausener Woche der seelischen Gesundheit“ soll vom 08. bis 13. Oktober 2018 stattfinden und sich zukünftig als ein fester Bestandteil des Gesundheitswesens unserer Stadt etablieren.

Schwerpunkte der Suchthilfekoordination 2017

1. Weiterführung der Suchberatungsangebote des Caritasverbandes für die Stadt Oberhausen e.V. und zusätzliche Initialisierung eines Beratungsangebotes für Glücksspielabhängige Menschen

Legt man die anerkannte Suchtmittelstatistik der „Deutschen Hauptstelle für Sucht“ für Gesamtdeutschland zugrunde und bricht diese auf die Oberhausener Einwohnerzahl von ca. 212.000 Bürgerinnen und Bürger herunter, haben wir etwa 8.715 betroffene Menschen mit einer manifestierten Alkoholproblematik in unserer Stadt. Etwa 4.500 Menschen davon befinden sich in der Abhängigkeit (im Sinne einer Erkrankung nach ICD10 Diagnose) und 4215 Menschen in einem Missbrauchs-Setting. Dies sind ausschließlich die Zahlen für den Bereich Alkohol, den der Caritasverband als Schwerpunkt in seiner Suchtberatung vorhält. Beratungs- und Betreuungsangebote in den Feldern Glücksspielsucht, Medikamentenabhängigkeit und Medienabhängigkeit sind in Oberhausen z.B. nicht vorhanden. Des Weiteren gibt es auch keine ambulanten Therapiemöglichkeiten für Menschen mit einer legalen/illegalen Suchtmittelabhängigkeit. Auch „Präventive Angebote“, die eine spätere Abhängigkeit verhindern könnten, sind mit derzeit einer Vollzeitstelle in der Drogenberatungsstelle der Stadt Oberhausen deutlich unterrepräsentiert.

Die laufende Leistungsvereinbarung zwischen der Stadt Oberhausen und dem SPZ-Trägerverbund, konnte bzgl. Weiterführung der Suchberatungsangebote des Caritasverbandes Oberhausen e.V.- angepasst und nach konstruktiven und zielführenden Gesprächen im Vorfeld abschließend (am 22.12.17) unterzeichnet werden.

Aus qualitativer, fachlicher, finanzieller sowie rechtlicher Sicht, gab es nach Prüfung der Psychiatrie- und Suchtkoordination, nicht zuletzt auch mit Blick auf das Subsidiaritätsprinzip, keine adäquate Alternative zum Verbleib der Suchberatung beim Caritasverband, die diesen Aufgabenbereich kurzfristig und qualitativ gleichwertig hätte übernehmen können. Anfang Januar 2018 hätten bereits 250 bis 300 -sich in Betreuung befindlicher Klientinnen und Klienten- aufgefangen werden müssen. Der Caritasverband verfügt in diesem Fachgebiet zudem über ein äußerst qualifiziertes Personal und ein umfangreiches internes sowie externes Netzwerk. Zwei der Mitarbeiterinnen haben eine suchtttherapeutische Weiterbildung absolviert und langjährige Erfahrung in der Suchthilfe.

Die von der Psychiatrie und Suchtkoordination als wichtig erachteten Eckpunkte aus der beim Verwaltungsvorstand eingereichten und genehmigten Vorlage in der Angelegenheit „Suchtberatung des Caritasverbandes Oberhausen e.V.“, wurden von allen Beteiligten akzeptiert und begrüßt.

- Beibehaltung der 2,5 Planstellen für die Suchtberatung
- Installation eines Angebotes für „Glückspielabhängige Menschen“ im Jahr 2018 (2. Quartal)
- Brückenfinanzierung mit einer Laufzeit von zwei Jahren mit einer zusätzlichen Bezuschussung von 50.000 Euro per anno
- Mitwirkung der zuständigen Fachbereichsleiter des Caritasverbandes im Rahmen einer Suchthilfeplanung für die Stadt Oberhausen im Zeitraum 2018-2020 (Lenkungsgruppe)

Der neue jährliche Gesamtbetrag für die Suchtberatung des Caritasverbandes Oberhausen e.V. (Brückenfinanzierung 2018-2020), würde sich somit wie folgt -als Erweiterung in die laufende und gültige Leistungsvereinbarung mit dem SPZ-Trägerverbund- zusammensetzen:

49.100 Euro bisherige Förderung
 50.000 Euro Brückenfinanzierung
 20.500 Euro bisherige Landesförderung aus dem Fachbereich 3-1-60

2. Initialisierung einer Suchthilfeplanung für die Stadt Oberhausen

Der Psychiatrie- und Suchtkoordinator hat im Vorfeld der Verhandlungen bereits darauf hingewiesen, dass der Aufbau einer bislang noch nicht vorhandenen Suchthilfeplanung für die Stadt Oberhausen -unter Regie der Psychiatrie- und Suchtkoordination- ein unverzichtbares Instrument bzgl. der Planung und Steuerung des zukünftigen Suchthilfesystems der Stadt darstellt. Dieses wird in den Kommunen immer nötiger, da sich das Suchthilfesystem immer weiter ausdifferenziert hat. Es sind zunehmend spezialisierte Angebote (Glücksspielsucht, Medienabhängigkeit, Essstörungen, Doppeldiagnose Klienten, Sucht im Alter, Geistige Behinderung und Sucht, Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familiensystemen, legal highs etc.) notwendig, wozu sich die Suchthilfe auch mit angrenzenden Arbeitsfeldern verzahnt. So gibt es zum Beispiel Schnittmengen zur Jugendhilfe, Behindertenhilfe, Wohnungslosenhilfe, zu Arbeitsagenturen, Schulen/Ausbildungsbetrieben und in zunehmendem Maße auch zur Altenpflege.

Die Psychiatrie- und Suchtkoordination hat Gespräche mit dem Landschaftsverband Rheinland geführt und eine Zusammenarbeit bzgl. der Suchthilfeplanung besprochen. Seitens des Landschaftsverbandes kann die Suchthilfeplanung der Stadt Oberhausen umfänglich begleitet werden. Der Landschaftsverband bedient sich dabei des NBQM (Qualitätsmanagement-Modell zur Verbesserung der Kooperation und Vernetzung in der kommunalen Suchthilfe). Das Angebot würde der Stadt Oberhausen kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Ein Ziel sollte es sein, die Säulen Prävention, Beratung/Betreuung, Selbsthilfe und Therapie/Behandlung zu koordinieren und ggf. Synergieeffekte nutzbar zu machen.

Folgende Fortbildungen und Fachtagungen wurden 2017 besucht:

- Basiskurzschulung „Psychisches Trauma“
- 9. Nordrhein-Westfälische Kooperationstag "Sucht und Drogen"
- Flucht und Trauma - Auswirkungen und Bewältigungsstrategien
- Flucht und psychische Gesundheit II (Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene)
- Fachtagung Wissen
- Angststörungen, die häufigsten psychischen Erkrankungen
- Frühes Leid und süchtiger Selbstheilungsversuch - Familie an der Grenze

Ausblick/Zielsetzungen ab 2018

- Realisierung einer Suchthilfeplanung für die Stadt Oberhausen
- Planung und Durchführung der 3. Oberhausener Woche der seelischen Gesundheit
- Neugestaltung des Internetauftrittes der Psychiatrie und Suchtkoordination
- Wiedereinführung der „Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft“
- Umsetzung des Angebotes „Glückspielabhängigkeit“ durch den Caritasverband Oberhausen e.V.
- Auseinandersetzung mit den Neuerungen des Bundesteilhabegesetzes, der „Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung“ sowie ggf. Veränderungen im Hilfeplanverfahren

3.2.4 Umsetzung der gesundheitlichen Beratung im Rahmen des § 10 Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG)

Zum 01.07.2017 ist das Prostituiertenschutzgesetz in Kraft getreten. Im Rahmen des § 10 ProstSchG sind Personen, die erstmalig eine Tätigkeit als Prostituierte/r aufnehmen, verpflichtet an einer gesundheitlichen Beratung teilzunehmen. Diese Beratung muss vor der Anmeldung der Tätigkeit gegenüber der Ordnungsbehörde erfolgen. Personen über 21 Jahre müssen die gesundheitliche Beratung jährlich wahrnehmen, Personen unter 21 Jahren alle sechs Monate. Für das Jahr 2017 galt eine Übergangsregelung. Personen, die bereits als Prostituierte/r tätig waren mussten die gesundheitliche Beratung bis zum 31.12.2017 wahrnehmen. Bei Personen über 21 Jahren ist die nächste gesundheitliche Beratung im Rahmen der Übergangsregelung einmalig erst in 24 Monaten fällig. Für Personen unter 21 Jahren gilt diese Regelung nicht, hier bleibt es weiter bei dem sechs Monatsrhythmus. Da es keine verlässlichen Zahlen über Personen gibt, die der Prostitution in Oberhausen nachgehen, konnte gegenüber dem Bereich Personal und Organisation keine Argumentation bzgl. der Notwendigkeit einer Stelle für die Aufgabe geführt werden. Die Aufgabe wurde aus diesem Grund der Mitarbeiterin übertragen, die im Fachbereich 3-4-10 für die Hilfeplankonferenzen zuständig war. Die in Teilzeit tätige Mitarbeiterin stockte zur Wahrnehmung dieser Aufgabe die Arbeitszeit auf Vollzeit auf. Leider wechselte die Mitarbeiterin im Oktober 2017 in einen anderen Bereich. Derzeit wird die Aufgabe der gesundheitlichen Beratung weiterhin von der Mitarbeiterin wahrgenommen, da bzgl. der Stellenbesetzung immer noch keine abschließende verwaltungsinterne Regelung getroffen werden konnte. Dies bedeutet auch für die Mitarbeiterin eine Doppelbelastung.

Der betroffene Personenkreis nahm die gesundheitliche Beratung sehr verhalten wahr. Aus diesem Grund wurde am 09.10.2017 auf der Flaßhofstraße eine Informationsveranstaltung durchgeführt. Für die Durchführung stellte ein Betreiber den Aufenthaltsraum zur Verfügung. Die Sexarbeiterinnen hatten die Gelegenheit die Ansprechpartnerinnen des Bereiches Gesundheitswesen und des Bereiches Ordnung kennenzulernen und Fragen zu stellen. Außerdem wurde die anonyme HIV/STI Beratung, ebenfalls angesiedelt im Bereich Gesundheitswesen, vorgestellt. Die Mitarbeiterinnen von SOLWODI begleiteten die Informationsveranstaltung, da sie aufgrund der regelmäßigen Anwesenheit bei den Sexarbeiterinnen bekannt sind. Zur besseren Verständigung waren auch Dolmetscherinnen vor Ort. Ab Mitte Oktober 2017 konnte ein vermehrtes Interesse an Terminen verzeichnet werden, inwieweit dies auf die Infoveranstaltung zurückzuführen ist, kann nicht abschließend geklärt werden. Jedoch fanden direkt auf der Infoveranstaltung Terminvergaben für die gesundheitliche Beratung statt.

Im Dezember 2017 häuften sich die Terminanfragen, so dass Termine teilweise auf den Januar 2018 verschoben werden mussten. Dies ist der o. g. Personalsituation geschuldet. Ein weiteres Problem stellen die häufigen Terminversäumnisse (Tabelle 3) dar. Personen die für eine Beratung angemeldet sind, oftmals unter Hinzuziehung von DolmetscherInnen, erscheinen nicht. Die Kosten für DolmetscherInnen trägt die Stadt, da gemäß der gesetzlichen Regelung die gesundheitliche Beratung in der gewünschten Sprache der/des Prostituierten stattfinden muss. Die Beratungen sind in Tabelle 2 zusammengefasst:

Tabelle 2: Beratungen im Jahr 2017

Monat	Anzahl durchgeführte Beratungen	Davon mit Dolmetscher/-in
Juli	0	0
August	2	0
September	5	2
Oktober	14	11
November	20	9
Dezember	10	2

Von den insgesamt 51 beratenen Frauen waren 2 unter 21 Jahre. Männer suchten im Jahr 2017 die gesundheitliche Beratung nicht auf. Bei den 24 Dolmetscher Einsätzen wurden in 13 Beratungen rumänische, in 7 Beratungen spanische, in 3 Beratungen bulgarische und in einer Beratung albanische DolmetscherInnen benötigt.

Tabelle 3: Anzahl der Terminversäumnisse

Monat	Anzahl Terminversäumnisse	Davon mit Dolmetscher/-in
Juli	Nicht erfasst	0
August	Nicht erfasst	0
September	Nicht erfasst	0
Oktober	Nicht erfasst	0
November	13	7
Dezember	12	7

4. Fachbereich 3-4-20/ Amtsärztlicher Dienst/ Hygiene/ Umweltmedizin

Dr. Sabrina Witte

4.1 Aufgaben des amtsärztlichen Dienstes

Der Amtsärztliche Dienst führt Begutachtungen von Einzelpersonen, die ihren ersten Wohnsitz in Oberhausen haben, im Auftrag von Behörden, Gerichten und Staatsanwaltschaft nach gesetzlichen Vorschriften durch.

Hierzu zählen zum Beispiel Einstellungsuntersuchungen, Überprüfung der Dienstfähigkeit, Dienstunfallfolgen, ausländerrechtliche Fragestellungen, Stellungnahmen für die Beihilfestellen, Untersuchungen zur Haft- und Verhandlungsfähigkeiten. Ebenso Untersuchungen zur Prüfungsunfähigkeit und ärztliche Leichenschau zählen zum Spektrum des amtsärztlichen Dienstes.

Auch Einzelperson kann eine Untersuchung in Auftrag geben, wenn seitens des Auftragsgebers (in der Regel Finanzamt) ausdrücklich eine amtsärztliche Bescheinigung verlangt wird (zum Beispiel über Kurmaßnahmen oder Operationen, die als Sonderausgaben beim Finanzamt geltend gemacht werden sollen).

Ein nicht unwesentlicher Bestandteil der Arbeit des amtsärztlichen Dienstes ist die sozialmedizinische Begutachtung. Hierbei werden gesundheitliche Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen im Allgemeinen und in besonderen Lebenslagen im Auftrage des örtlichen Sozialhilfeträgers festgestellt.

Beantwortet werden Fragen zur Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit, zum Mehrbedarf, zur Notwendigkeit eines Umzuges o. Ä. Ebenfalls werden Gutachten zur Pflegebedürftigkeit für Personen ohne entsprechende Versicherung erstellt.

Im amtsärztlichen Dienst waren die Auftragszahlen im Jahre 2017 insgesamt vergleichbar mit den beiden Vorjahren. Die Auswirkungen aus dem Zustrom von Flüchtlingen aus den Jahren 2015/2016 zeigten im Jahre 2017 keinen Aufwärtstrend mehr.

Aus dem Bereich der Pflegebegutachtung war ein Anstieg der Auftragslage um ca. 50 % zu verzeichnen. Dies steht im Zusammenhang mit dem 2. Pflegestärkungsgesetz, dass zum

01.01.17 verabschiedet wurde und eine Überprüfung der Einstufung von vielen Betroffenen notwendig machte.

Tabelle 4: Zahlen des amtsärztlichen Dienstes und der Tuberkulose-Fürsorge

Art des Falles	Pflicht- aufgaben	2013	2014	2015	2016	2017
Einstellungen (Beamtenrecht)	X	172	151	183	273	179
Einstellungen (Angestellte, Arbeiter)	Verträge	101	107	135	201	213
Arbeitsfähigkeit Angestellte extern		1	-	1	1	1
Dienstfähigkeiten	X	67	56	61	69	65
Dienstunfall (MdE)	X	12	4	9	12	17
Leistungsfähigkeit (Regionalteam) SGB XII	X	19	24	13	14	11
Leichenschauen (mehrheitlich nach Aktenlage)	X	8 keine Aktenlage	7 keine Aktenlage	7 keine Aktenlage	6 keine Aktenlage	5
Beihilfe (Kur, sonst. Stellungnahmen)	X	143	131	138	136	107
Mehrbedarf/Kostenübernahme	X	99	163	272	175	43
Adoption/Tagespflege	X	100	78	81	138	118
Pflegegutachten	X	40	48	53	60	105
Umzug	X	14	13	26	16	11
Ausländerrecht (Reisefähigkeit, AsylBLG)	X	20	29	11	5	11
Gerichtsgutachten	X	4	3	7	9	3
Sonstiges	X	42	31	40	24	21
Reisemedizinische Beratung				17 seit Mai erfasst	10	41
Gesamt		842	845	1.054	1149	1019
Neufälle in der Tuberkulose	X	14	24	17	16	15

4.2 Tuberkulose-Fürsorge

Die Tuberkulose (Tbc)-Fürsorge erfüllt die Aufgaben nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG). Hierzu zählen die Erfassung und Übermittlung der neu aufgetretenen Tuberkulose-Erkrankungen bei Oberhausener Bürgerinnen und Bürger, die Ermittlung und Untersuchung der Kontaktpersonen sowie die damit verbundene Aufklärungsarbeit.

Die Fallzahlen der neu aufgetretenen Tuberkulose-Erkrankungen sind im Vergleich zum Vorjahr identisch. Dies spiegelt sich auch in der Inzidenz (Zahl der Erkrankungen pro 100.000 Einwohner) des Bundesdurchschnitts für das Jahr 2016 wieder. (Tabelle 4).

4.3 HIV/STI-Beratung & Sexualaufklärung

Die Beratungs- und Untersuchungsstelle für HIV/AIDS und sexuell übertragbaren Infektionen (STI) setzt mit ihrem Beratungs-, Test- und Präventionsangebot die gesetzlichen Aufträge nach §§ 3 und 19 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) sowie die §§ 6, 9, 15 und 23 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) um.

Das Beratungsangebot nahmen 2017 284 Klienten persönlich und 252 telefonisch wahr zudem ließen sich 94 Personen per E-Mail beraten. Über das kostenlose und anonyme Testangebot haben 284 Personen (181 Männer und 103 Frauen) sich auf HIV und/oder Syphilis testen lassen. Es wurden 206 HIV-Schnelltests, 157 HIV-Labortests und 184 Tests auf Syphilis durchgeführt. Für die HIV-Diagnostik werden HIV-Suchtests der 4. Generation verwendet. Für die Syphilis-Diagnostik wird ein Luessuchtest verwendet. Im Jahr 2017 konnte in der Beratungsstelle eine HIV-Infektion und eine behandlungsbedürftige Syphilisinfektion diagnostiziert werden. Beide Personen waren Männer, mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten.

Im Berichtsjahr 2017 wurde das Konzept der Beratungsstelle überarbeitet und neu verfasst. Durch die daraus erfolgte Neustrukturierung des Arbeitsfeldes konnten die Öffnungszeiten der Testsprechstunde erweitert, die Öffentlichkeitsarbeit intensiviert, Methoden für die Präventionsarbeit entwickelt und erste Termine für Präventionsveranstaltungen an Schulen im Jahr 2018 vereinbart werden.

4.4 Hygiene

4.4.1 Hygiene in Altenpflegeheimen

In insgesamt 14 Einrichtungen konnte eine Begehung durchgeführt werden. Das Ergebnis zeigte, dass keine größeren Mängel mit hygienischer Relevanz gefunden werden konnten. In verschiedenen Einrichtungen sind umfassende Baumaßnahmen oder ein kompletter Umzug der Einrichtung geplant um die örtlichen Gegebenheiten für die bewohnenden Senioren weiterhin zu verbessern.

4.4.2 Meldungen im Rahmen des Infektionsschutzes

Die Meldungen im Rahmen des Infektionsschutzes sind wieder ansteigend auf das vorbekannte Niveau. Der Trend des Vorjahres ist als natürliche Schwankung zu sehen. (Tabelle 5).

Tabelle 5: Meldungen im Rahmen des Infektionsschutzes

	2017	2016	2015
Bearbeitete Meldungen im Rahmen des Infektionsschutzes	1136	899	1.025
Fälle von Hepatitis B + C „chronisch“	94	56	80
Begehungen			
-Krankenhäuser	6	6	6
-Arztpraxen			1
-Dialyseeinrichtungen			
-Rettungsdienste	2	1	
-Altenheime	14	7	5
-Kitas		3	
Asylunterkünfte	25		
-Schulen	53	9	
-Fußpfleger, Tätowierer/Piercingstudios, Kosmetikstudios, Fingernagelstudios	61	35	42
Beratungen	Ca. 1400-1600	ca. 1.400	ca. 1.400
Baugesuche Arztpraxen	4	6	5
Baugesuche Krankenhäuser	8	6	6
Belehrungen nach § 43 IfSG, die durch den FB 3-4-20 gemacht wurden	187	12	21

4.4.3 Schulbegehungen

In Einrichtungen wie Schulen, in denen Kinder und Jugendliche täglich miteinander umgehen und mit dem betreuenden Personal in engem Kontakt stehen, sind besonders günstige Bedingungen für die Übertragung von Krankheitserregern gegeben. Ziel ist es daher, die Übertragung von Krankheiten in Gemeinschaftseinrichtungen durch Vorsorgemaßnahmen und die Einhaltung von Hygieneregeln zu vermeiden. Die Grundlage hierfür stellt der § 17 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) und die §§ 33 ff. und 36 IfSG dar. Der § 36 IfSG fordert, dass Schulen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festzulegen haben und dies in Hygieneplänen darlegt. Der Fachbereich 3-4-20 hat die Aufgabe, die hygienischen Verhältnisse in den Oberhausener Schulen zu überwachen. Alle Oberhausener Schulen (n=60) wurden daher im Zeitraum von August 2016 bis Dezember 2017 vom Bereich Gesundheitswesen begangen.

Ein wesentlicher Bestandteil der Begehungen bestand darin, die Sauberkeit und die hygienischen Verhältnisse in Sanitäranlagen, Klassenräumen, Turnhallen und Schwimmbäder zu überprüfen. Neben der Kontrolle der hygienischen Verhältnisse dienten die Begehungen auch dazu, über Hygienemaßnahmen wie die richtige Toilettenbenutzung und eine ordnungsgemäße Händehygiene nach dem Toilettengang aufzuklären.

Als wichtigstes Thema der Begehungen hat sich das Problem der z. T. nicht ausreichenden Sauberkeit in den Schulen herauskristallisiert. Dabei konnten durchaus Unterschiede zwischen einzelnen Schulen beobachtet werden.

Als eine wichtige Erkenntnis der letztjährigen schulhygienischen Begehungen stellte sich die Notwendigkeit heraus, Schülerinnen und Schüler in Bezug auf ihre persönliche und die ihrer Umfeldhygiene besser zu informieren und dadurch möglicherweise einen Verhaltenswechsel zu initiieren. Es wird davon ausgegangen, dass ein solches Projekt auch einen nachhaltigen Einfluss auf die Hygiene und Sauberkeit in Schulen haben kann.

Ziel dieses Projekt ist es auch, Verhaltensregeln zur Vermeidung von Infektionskrankheiten im direkten Umfeld der Schülerinnen und Schüler einzuüben, um sie auf diese Weise für hygienisch richtige Verhaltensweisen zu sensibilisieren. Auf Anfrage erhalten Schülerinnen und Schüler der Oberhausener Schulen deshalb ab 2018 in Form von Hygieneschulungen, die durch das Gesundheitsamt durchgeführt werden, Tipps zur Hygiene im Alltag.

4.4.4 Trink- und Badewasser

Trinkwasser

Zu den Aufgaben des Fachbereichs 3-4-20 zählt die Überwachung des Trinkwassers. Die Grundlage hierfür stellt das Infektionsschutzgesetz in Verbindung mit der Trinkwasserverordnung dar.

Die Trinkwasserverordnung sieht die Überwachung verschiedener Wasserversorgungsanlagen vor (a- bis f-Anlagen). Zu den a-Anlagen gehört die zentrale, öffentliche Wasserversorgung, die in Oberhausen von der Rheinisch-Westfälischen Wasserwerksgesellschaft mbH (RWW) betrieben wird. Die RWW ist dazu verpflichtet, das Trinkwasser engmaschig zu untersuchen. Der Fachbereich 3-4-20 überprüft die Untersuchungsergebnisse und meldet diese gebündelt an das Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG) (Tabellen 6 und 7).

Dezentrale kleine Wasserversorgungsanlagen, sogenannte b-Anlagen, gibt es in Oberhausen nicht.

In Oberhausen ist der weitaus größte Teil der Grundstücke an das öffentliche Trinkwassernetz angeschlossen. In mittlerweile nur noch drei Fällen besteht jedoch kein Anschluss, sodass die Trinkwasserversorgung über eigene Brunnen (c-Anlagen) erfolgt. Diese Wasserversorgungsanlagen werden ebenfalls vom Fachbereich 3-4-20 überwacht.

Tabelle 6: Trinkwasserüberwachung: a- und c-Anlagen

	2015	2016	2017
zentrale Wasserversorgung (a-Anlagen)			
TEIS*-Quartalsmeldungen RWW	4	4	4
EDV-Erfassung und Prüfung Trinkwasseranalysen	322	322	322
Z-TEIS-Jahresmeldung ans LZG	1	1	1
Aktualisierung Trinkwasser-Maßnahmenplan	5	15	1
Besprechungen RWW	3	2	1
RWW-Störungsmeldungen	3	8	7
RWW-Sonderuntersuchungen	8	3	2
Eigenwasserversorgung (c-Anlagen)			
EDV-Erfassung und Prüfung Trinkwasseranalysen	4	3	3
Ortstermine	1	1	1

*TEIS: Trinkwassererfassungs- und Informations-System

Wie in den vergangenen Jahren stellte auch im Jahr 2017 die Überwachung der Trinkwasser-Installationen (e-Anlagen) einen deutlichen Schwerpunkt in der Arbeit dar. Hier ist vor allem die Überprüfung von Großanlagen zur Trinkwassererwärmung auf Legionellen zu nennen.

Darüber hinaus hat es auch im Jahr 2017 zu den Aufgaben gezählt, im Fall von gemeldeten Legionelleninfektionen, nachzuforschen, in wie weit die Trinkwasser-Installation als mögliche Infektionsquelle in Frage kommt. In keiner der drei gemeldeten Fälle konnte jedoch ein eindeutiger Bezug zur Trinkwasser-Installation hergestellt werden.

In Oberhausen finden zahlreiche Veranstaltungen statt, bei denen zeitweise Wasserversorgungsanlagen installiert werden (z. B. Kirmes, Musikfestival). Im Jahr 2017 wurden hier stichprobenartig Proben genommen und analysiert.

Tabelle 7: Trinkwasserüberwachung: e- und f-Anlagen

	2015	2016	2017
Trinkwasser-Installation (e-Anlagen)			
<i>Großanlagen (gewerbliche Tätigkeit)</i>			
Meldung Erstuntersuchung ohne Befund	6	17	5
Meldung Erstuntersuchung mit Befund	12	10	17
Meldung Nachuntersuchung (gesamt/mit Befund)	72 / 14	52 / 11	58 / 17
Sichtung Gefährdungsanalysen	9	11	14
<i>Großanlagen (öffentliche Tätigkeit)</i>			
Meldung Erstuntersuchung ohne Befund	k. A.	54	51
Meldung Erstuntersuchung mit Befund	7	10	16
Meldung Nachuntersuchung (gesamt/mit Befund)	29 / 5	19 / 3	34 / 11
Sichtung Gefährdungsanalysen	2	6	10
<i>Großanlagen (betriebliche Tätigkeit)</i>			
Meldung Erstuntersuchung ohne Befund	k. A.	1	-
Meldung Erstuntersuchung mit Befund	4	1	3
Meldung Nachuntersuchung (gesamt/mit Befund)	0 / 0	8 / 3	6 / 4
Sichtung Gefährdungsanalysen	1	3	2
<i>Sonstiges Trinkwasser-Installation</i>			
Überschreitung Grenzwerte (gewerbliche Tätigkeit)	2	1	2
Überschreitungen Grenzwerte (öffentliche Tätigkeit)	15	3	3
Überschreitungen Grenzwerte (betriebliche Tätigkeit)	2	1	-
Anlassbezogene Ortstermine	14	26	40
Zeitweise Wasserversorgung (f-Anlagen)			
Überwachung	6	4	2
Allgemeines			
telefonische bzw. persönliche Beratung	493	490	480
Anschreiben (gewerblich)/ Vorbereitung Ordnungsverfügung	85 / 1	115 / -	173 / 3
Anschreiben (öffentlich)/ Vorbereitung Ordnungsverfügung	46 / -	69 / -	90 / -
Anschreiben (betrieblich)/ Vorbereitung Ordnungsverfügung	k. A.	13 / -	15 / -

Badewasser

Einen wichtigen Bestandteil des Fachbereichs 3-4-20 stellt die Überwachung des Badewassers dar. Die Kontrollen basieren auf dem Infektionsschutzgesetz, der DIN 19643 sowie den Empfehlungen des Umweltbundesamtes. Die Überwachung umfasst in Oberhausen Lehrschwimmbecken, städtische Hallenbäder, gewerbliche Schwimmbäder, Bäder in Fitness- und Wellnessbetrieben sowie Therapie- und Bewegungsbecken in Krankenhäusern.

Im Jahr 2017 wurden insgesamt 19 Bäder überwacht (Tabelle 8).

Tabelle 8: Überwachung des Badewassers

	2015	2016	2017
Regelüberwachung	22	20	19
anlassbezogene Überwachung	5	4	4
Prüfung Badewasserbefunde	216	226	209
telefonische Nachfrage	35	30	24

Ausblick

Auch im Jahr 2018 wird die Überwachung der Trinkwasser-Installationen in Zusammenhang mit der Thematik Legionellen im Mittelpunkt der Arbeit stehen. Der Schwerpunkt soll dabei auf die öffentlichen Gebäude gelegt werden.

Im Bereich Badewasser sind Sanierungsarbeiten in einzelnen Bädern vorgezeichnet, sodass hier der Schwerpunkt der Überwachung gesehen wird.

5. Fachbereich 3-4-30/ Zahnmedizinischer Dienst

Dr. Ursula Nechita



5.1 Aktivitäten

Die zentrale Aufgabe des Zahnmedizinischen Dienstes besteht in der Förderung der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Hierbei handelt es sich um eine Querschnittsaufgabe, die in Oberhausen gemeinsam mit den im „Arbeitskreis Zahnprophylaxe“ vertretenen gesetzlichen Krankenkassen und den niedergelassenen ZahnärztInnen wahrgenommen wird.

Die enge Kooperation auf der Grundlage des § 21 Sozialgesetzbuch V sowie die paritätische Finanzierung durch Krankenkassen und Kommune ermöglichen eine flächendeckende und umfassende Zahnprophylaxe.

Kernstück präventiver Maßnahmen im Kindes- und Jugendalter ist eine bedarfsgerechte aufsuchende Betreuung der Kinder in Kindertageseinrichtungen und Schulen. Diese als Gruppenprophylaxe bezeichnete Betreuung umfasst folgende Einzelmaßnahmen:

- Zahnärztliche Untersuchung
- Gesundheitsaufklärung und Ernährungslenkung
- Praktische Zahnputzübungen und spezifische Maßnahmen zur Verbesserung der Mundhygiene
- Zahnschmelzhärtung mit Fluoriden
- Informationsbesuche im Zahnprophylaxezentrum zum Vertrauensaufbau
- Intensivprophylaxemaßnahmen für Kinder mit sehr hohem Kariesrisiko

In Bezug auf die Betreuungshäufigkeit wird zwischen einer Basisprophylaxe und der Intensivprophylaxe unterschieden.

Die Basisprophylaxe erstreckt sich auf Kinder bis zum vollendetem 12. Lebensjahr und beinhaltet zwei Prophylaxeübungen pro Jahr für jede Kindergartengruppe / jede Schulklasse.

Im Rahmen der Intensivprophylaxe werden Kindertageseinrichtungen und Schulen mit überdurchschnittlich hoher Erkrankungsrate drei- bis viermal jährlich aufsuchend betreut. Für Förderschulen und weiterführende Schulen besteht ein Betreuungsanspruch bis zum 16. Lebensjahr.

Ein zweites Aufgabengebiet stellt das Zahnmedizinische Gutachtenwesen dar. Zahnärztliche Stellungnahmen dienen kommunalen wie auch externen Kostenträgern als Grundlage für verwaltungsrechtliche Entscheidungen.

5.2 Analyse

5.2.1 Zahnmedizinische Begutachtungen nach dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG NRW)

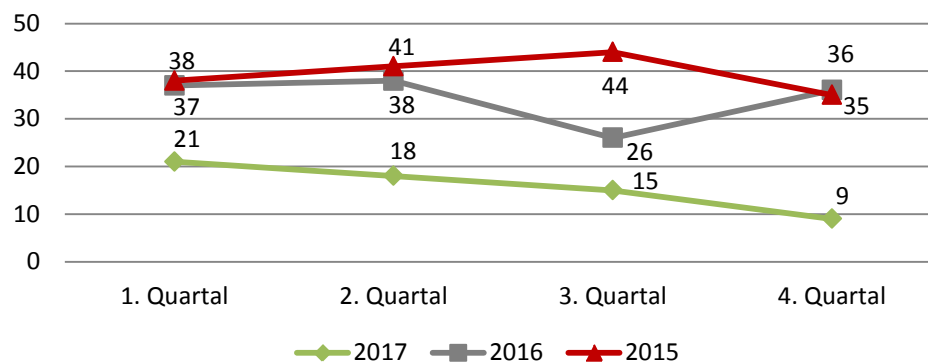


Abbildung 10: Anzahl Begutachtungen nach § 19 ÖGDG

Im Jahr 2017 wurden 63 gutachterliche Stellungnahmen für den Sozialbereich, Beihilfestellen, Regierungspräsidien, Oberfinanzdirektionen und Justizverwaltungen gefertigt.

Damit liegt die Zahl der zahnmedizinischen Begutachtungen deutlich unter dem Stand der Vorjahre, vermutlich eine positive Auswirkung der Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge.

5.2.2 Quantitative Darstellung der Gruppenprophylaxemaßnahmen

Zahnärztliche Untersuchungen erfolgen in Schulen einmal jährlich, in Kindertageseinrichtungen ein- bis zweimal jährlich (Tabelle 9).

Die Gruppenprophylaxe sieht für jedes Schuljahr zwei bis vier Besuche einer Prophylaxefachkraft in Kindertageseinrichtungen und Schulen vor (Tabelle 10).

Tabelle 9: Zahl der durch die zahnärztliche Untersuchung erreichten Kinder und Jugendlichen

Einrichtungen	Schuljahr			Pflichtaufgabe
	2014/2015	2015/2016	2016/2017	
Kindertageseinrichtungen	4.964	4.172	4.233	X
Grundschulen	6.056	5.232	6.292	X
Förderschulen	515	780	402	X
Weiterführende Schulen	2.425	2.805	2.778	X
Gesamt	13.960	13.079	13.705	

Tabelle 10: Zahl der durch theoretische oder praktische Prophylaxeimpulse erreichten Kinder

Besuch	Schuljahr			Pflichtaufgabe
	2014/2015	2015/2016	2016/17	
Kindertageseinrichtungen				
1. Besuch	4.583	4.268	4.457	X
2. Besuch	4.223	3.993	3.954	X
3. Besuch	2.707	1.507	1.237	X
4. Besuch	315	132	126	X
Grundschulen				
1. Besuch	6.541	6.264	6.244	X
2. Besuch	6.387	5.795	6.162	X
3. Besuch	2.950	2.142	2.237	X
4. Besuch	653	624	746	X
Förderschulen				
1. Besuch	534	451	388	X
2. Besuch	483	468	434	X
3. Besuch	242	99	0	X
4. Besuch	0	0	0	X
Weiterführende Schulen				
1. Besuch	2.193	2.312	2.239	X
2. Besuch	2.246	1.917	2.049	X
3. Besuch	0	684	0	X
4. Besuch	0	0	0	X

5.2.3 Betreuungsgrad

Über die Inanspruchnahme einzelner Gruppenprophylaxemaßnahmen gibt der Betreuungsgrad Auskunft. Dieser zeigt an, wie viel Prozent der zu betreuenden Kinder tatsächlich erreicht wurden.

Zur gesetzlich definierten Zielgruppe gehören in Oberhausen ca. 16.000 Kinder und Jugendliche. Dies entspricht unserer Sollzahl für die zahnärztliche Untersuchung und die Prophylaxeübungen (Abbildung 11, grüne Säulen).

Fluoridierungsmaßnahmen zur Zahnschmelzhärtung werden bei vorliegendem Einverständnis der Erziehungsberechtigten an bleibenden Zähnen durchgeführt. Die Sollzahl hierfür umfasst 9.000 Schulkinder.

Ca. 25 % unserer Zielgruppe erhält eine Intensivprophylaxe. Für diese 4.000 Kinder und Jugendlichen sind häufigere Prophylaxeimpulse vorgesehen.

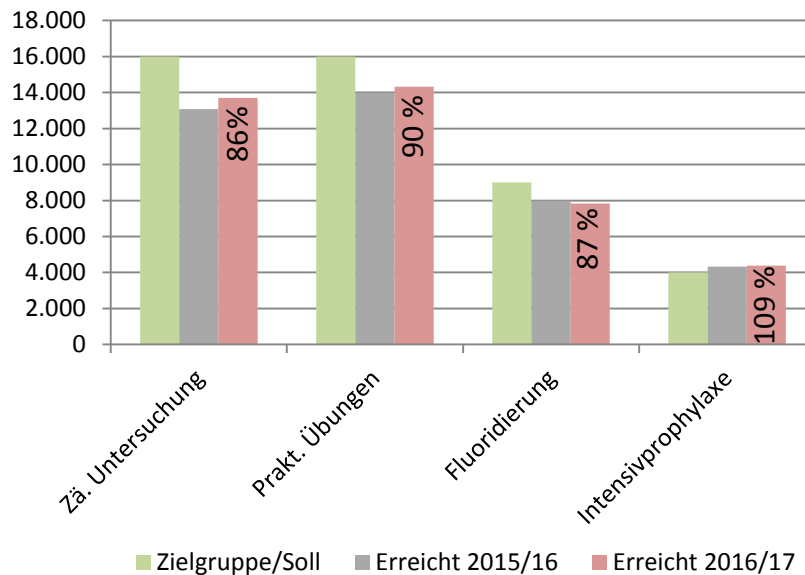


Abbildung 11: Betreuungsgrad für einzelne Prophylaxemaßnahmen im Schuljahr 2016/17

Der Betreuungsgrad von 109 % für die Maßnahme 4 „Intensivprophylaxe“ ergibt sich deshalb, weil Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko nicht einzeln betreut werden, um eine Stigmatisierung zu vermeiden. In Einrichtungen mit überdurchschnittlich hoher Erkrankungsrate erhalten alle Kinder die zusätzlichen Prophylaxeimpulse. Somit werden einige Kinder häufiger betreut, als ihr individuelles Kariesrisiko erfordert.

5.2.4 Ausblick

Eine erfolgreiche Zahnprophylaxe sollte früh beginnen. In früher Kindheit erlerntes Verhalten ist äußerst änderungsresistent und wird beibehalten. Deshalb ist die Einbeziehung der U3-Kinder in die Gruppenprophylaxe ein wichtiges Betätigungsfeld für die kommenden Jahre.

Die Mundhygiene des Kindes wird entscheidend durch seine Bezugspersonen geprägt. Haben Eltern eine positive Einstellung zur Zahngesundheit, wird sich diese auf das Kind übertragen. Um gerade jungen Eltern das nötige Basiswissen zu vermitteln, werden seit 2016 Zahnputzstunden für kleine Eltern-Kind-Gruppen angeboten. Diese sollen im Jahr 2018 fortgeführt und ausgebaut werden.

6. Fachbereich 3-4-30/ Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Anke Backer



6.1 Aktivitäten

6.1.1 Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes

Die gutachterliche Tätigkeit des KJGD unterliegt insbesondere im Bereich der Eingliederungshilfe und schulischen Integration und Inklusion deutlichen jahreszeitlichen Schwerpunkten (1. und 4. Quartal), welche sich durch organisatorische Deadlines der internen und externen Auftraggeber erklären. Daneben finden außerhalb der Sommerferien nahezu ganzjährig die Schuleingangsuntersuchungen statt.

Durch die bereits im Vorbericht erwähnte personelle Verstärkung in Form einer ärztlichen Teilzeitstelle und einem erfreulich geringen Krankenstand insbesondere im 1. und 2. Quartal 2017 konnten die Schuleingangsuntersuchungen erstmals seit über 11 Jahren 4 Wochen vor Beginn der Sommerferien abgeschlossen werden. Dieses ist von daher bedeutsam, als es sich um eine Vorgabe des Kooperationspartners Schule handelt, der diese Informationen zwingend in seine Klassenplanungen einfließen lassen muss. Gleichzeitig konnte damit eine seit langem formulierte Zeit-Ziel-Planung erfüllt werden.

Die Gesamtauftragszahlen sind im Vergleich zum Vorjahr um knapp 5 % zurückgegangen. Dieses liegt vor allem an deutlich sinkenden Zahlen zugewanderter schulpflichtiger Kinder und den damit verbundenen Gutachtenaufträgen. In diesem Bereich zeigte sich ein Rückgang von 662 auf 386 Aufträge, entsprechend 5 % der Gesamtauftragszahl.

Ein Schwerpunkt der diesjährigen Berichterstattung wird auf die Entwicklungen im Bereich IfSG gelegt.

Eine Übersicht über die Trends der Gesamtaufgaben erfolgt wie gewohnt nachfolgend in visualisierter Form (Abbildung 12, Tabelle 11).

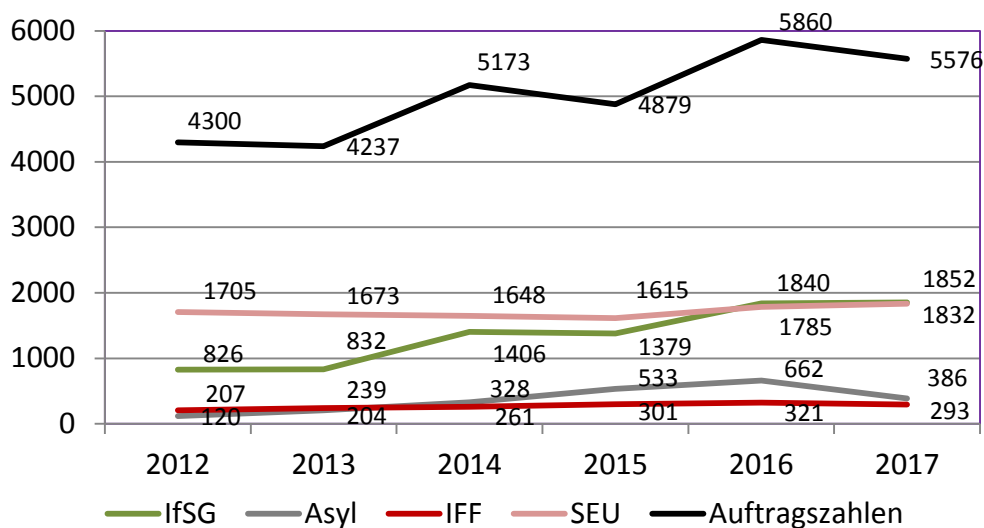


Abbildung 12: Gesamtstatistik bis 2017. IfSG: Infektionsschutzgesetz, Asyl: Untersuchungen von Asylsuchenden, IFF: Interdisziplinäre Frühförderung, SEU: Schuleingangsuntersuchungen

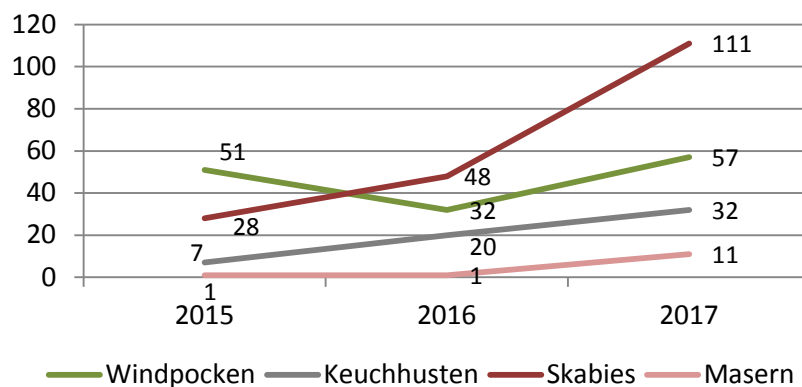
Tabelle 11: Gesamtstatistik in tabellarischer Form:

Jahr	IfSG	Asyl	IFF	SEU	Auftragszahlen
2012	826	120	207	1.705	4.300
2013	832	204	239	1.673	4.237
2014	1.406	328	261	1.648	5.173
2015	1.379	533	301	1.615	4.879
2016	1.840	662	321	1.785	5.860
2017	1.852	386	293	1.832	5.576

6.1.2 IfSG Statistik und besondere Trends

Die Meldungen zu Infektionskrankheiten seitens Kindergärten, Schulen und Kindertagespflege sowie von ÄrztInnen und Laboren sind tendenziell weiter ansteigend. Interessant ist hierbei der zeitliche Verlauf bezogen auf einzelne Erkrankungen.

So wurde im Vorjahresbericht noch eine ansteigende Erkrankungshäufigkeit an Scharlach beobachtet und es sollte versucht werden, dieses weiter abzuklären. Nach Recherche zeigte sich, dass es sich hierbei nicht um einen kommunalen, sondern um einen landesweiten Trend handelte, der aber nicht ursächlich aufgeklärt werden konnte. Seit dem vergangenen Jahr ist die Zahl nun wieder rückläufig. Dafür sind nun andere Trends zu beobachten (Abbildung 13).



	2015	2016	2017
Windpocken	51	32	57
Keuchhusten	7	20	32
Skabies	28	48	111
Masern	1	1	11

Abbildung 13: IfSG Statistik - besondere Trends

Im Vergleich zu den Vorjahren beobachteten wir im Berichtsjahr einen sehr hohen Anstieg an Skabies-Erkrankungen (Krätze) – häufig auch wiederholte Erkrankungen einer Person - auf 111 Meldungen, d.h. um ca. 57 %.

Betroffen sind hierbei alle Altersstufen vom Kindergarten bis hin zum Gymnasium ungeachtet des kulturellen und sozialen Hintergrunds.

Erstaunlich ist dieses insbesondere vor dem Hintergrund, dass es sich bei diesem Krankheitsbild nicht um eine so genannte „fliegende“ Infektion handelt, sondern zur Übertragung ein intensiver Hautkontakt erforderlich ist.

Um diese Erkrankung bzw. insbesondere auch Rezidive oder Therapieresistenzen ganz sicher diagnostizieren zu können, bedarf es zum einen einer langjährigen Erfahrung, zum anderen aber auch spezieller dermatologischer Untersuchungen.

Um einen Überblick zu bekommen, wie gesichert die Diagnosen sind, die grundsätzlich über die Gemeinschaftseinrichtungen gemeldet werden, wurden in der 2. Jahreshälfte alle Meldungen in Bezug auf den die Diagnose stellende Ärztin bzw. den Arzt nachrecherchiert. Hierbei zeigte sich, dass lediglich ein Viertel der Diagnosen durch Hautärzte gestellt wurden. In 46 % der Fälle konnte die diagnostizierende Ärztin bzw. der diagnostizierende Arzt nicht ermittelt werden.

Im Austausch mit den AkteurInnen anderer Kommunen in den Regierungsbezirken Köln und Düsseldorf stellte sich heraus, dass es sich hierbei nicht um ein kommunales, sondern ein landesweites Problem handelt, welches es weiter zu beobachten gilt.

Anders verhält es sich bei dem Anstieg der impfpräventablen Erkrankungen wie z.B. Masern, Windpocken und Keuchhusten

Grundsätzlich können wir, wie die Schuleingangsdaten belegen, in Oberhausen von einer guten Durchimpfungsrate der Kinder zum Schuleintritt ausgehen.

Der Anstieg der Masernmeldungen ist auf einen kleinen lokalen Ausbruch innerhalb einer Gruppierung ohne Krankenversicherung und somit auch ohne ausreichende Durchimpfung zurückzuführen. Dank entsprechender Maßnahmen wie eine eingehende Beratung zum Infektionsweg und Inkubationsimpfungen breitete sich diese Erkrankung nicht weiter aus.

Die Keuchhustenmeldungen erfolgten nahezu überwiegend durch weiterführende Schulen, in Einzelfällen auch durch Kindergärten, wobei die betroffenen Kinder hierbei so jung waren, dass noch kein ausreichender Impfschutz aufgebaut werden konnte. Bei den älteren Kindern und Jugendlichen ist häufig festzustellen, dass nach der Grundimmunisierung die empfohlenen Nachimpfungen vernachlässigt wurden. Deshalb gilt umso mehr, dass bei jedem Arztbesuch der Impfstatus geprüft werden sollte.

Bezüglich des Anstieges der Windpockenmeldungen lässt sich kein ursächlicher Zusammenhang identifizieren. So sind sowohl sehr junge Kinder, aber auch Kinder aus Grundschulen und weiterführenden Schulen gleichermaßen betroffen. Möglicherweise wurde bei den älteren Kindern die 2. Windpockenimpfung vernachlässigt.

Letztendlich zeigen diese Entwicklungen aber die Notwendigkeit der Überprüfung des Impfschutzes auch bei Kindern nach der Einschulung, da in diese Zeit mehrere erforderliche Nachimpfungen zum Erhalt des Impfschutzes fallen.

6.1.3 Untersuchungen von Asylsuchenden

Die bereits geschilderte Situation, dass mittlerweile vermehrt Kinder im Rahmen des Familiennachzuges untersucht werden müssen, welche keine Erstaufnahmeuntersuchung und nicht selten auch erhebliche gesundheitliche Probleme aufweisen, hat sich im Berichtsjahr fortgesetzt. Positiv zu vermerken ist allerdings, dass für sehr komplexe Fälle mittlerweile eine Kostenübernahme für eine professionelle Sprachmittlung gesichert ist und darüber die Familien mit ihren Sorgen und Ängsten bezüglich der Versorgung kranker oder behinderter Kinder wesentlich besser aufgefangen werden können.

6.1.4 Aufträge im Rahmen der Eingliederungshilfe/ Gesamtauftragszahl-Fehltermine

In diesen beiden Bereichen haben sich im Vergleich zum Vorjahr keine Veränderungen oder erwähnenswerte neue Trends ergeben.

6.1.5 Diagnostiken und Hospitationen der sprachtherapeutischen Beratungsstelle und Beratungsstelle für Bewegung und Wahrnehmung

Das Angebot der sprach- und bewegungstherapeutischen Beratungsstellen im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst wurde auch im Jahr 2017 von Familien, Kindertageseinrichtungen, Tagespflegestellen, Schulen, ambulant praktizierenden KinderärztInnen und weiteren pädagogischen Einrichtungen, z.B. im Rahmen der Jugendhilfe intensiv und hochfrequent genutzt (Abbildung 14).

In den letzten sieben Jahren haben sich hier fest drei Tätigkeitssäulen für die Mitarbeiterinnen etabliert: Tagesgeschäft ist nach wie vor die logopädische und motopädische Diagnostik von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten, sowohl in den Räumlichkeiten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes in Sterkrade als auch mobil vor Ort in den Einrichtungen.

Bei ärztlichen Untersuchungen zum Schuleingang, zur Entscheidung über Gewährung von Eingliederungshilfe oder nach AsylbLG nehmen die Mitarbeiterinnen teil, wenn die jeweiligen Entwicklungsbereiche fachlich begutachtet werden müssen.

Jede Diagnostik und Hospitation des Kindes geht dabei einher mit einer ausführlichen Elternberatung und - bei Bedarf – Beratung der pädagogischen oder anderer betreuender Fachkräfte.

Insbesondere schwer zu erreichende Eltern und Familien finden über die neutralen und unabhängigen Fachkräfte des KJGD oftmals wieder verbesserten Anschluss an notwendige Förder- und Betreuungsmaßnahmen in Einrichtungen.

Als zweiter Arbeitsbereich sind die Fortbildungs- und Informationsmaßnahmen für Eltern und pädagogische Fachkräfte zu nennen. Im Rahmen von Elternnachmittagen und /-abenden oder bei Teamsitzungen von pädagogischen Einrichtungen werden die Beratungsstellen der Kolleginnen vorgestellt, ein Überblick über den Fachbereich des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes gegeben und Zugangswege aufgezeigt. Ziel ist es auch hier, mögliche Schwellenängste gegenüber „behördlichen“ Stellen abzubauen und im Sinne des kommunalen Präventionsverständnisses zu einer frühzeitigen Abklärung von Auffälligkeiten in der kindlichen Entwicklung zu ermuntern. Auch thematische Nachmittage zu Themen der kindlichen Entwicklung, insbesondere zum Zusammenhang von Sprache und Bewegung in der kindlichen Entwicklung werden auf Anfrage für kleinere oder größere Gruppen von Eltern und Teams von Fachkräften durchgeführt.

Weiterhin nehmen die Mitarbeiterinnen mit Fortbildungen an der Erzieherausbildung am Käthe-Kollwitz-Berufskolleg teil als auch in den Qualifizierungs- und Fortbildungsmaßnahmen der Tagespflegepersonen des FB 3-1-30.

Ein dritter Tätigkeitsbereich umfasst die Teilnahmen an diversen Arbeitskreisen und kommunalen Gremien. Hier unterstützen die Mitarbeiterinnen mit ihrer jeweiligen Fachlichkeit bei Bedarf und nehmen ggf. an fachübergreifenden Veranstaltungen in Form von Moderationen oder Workshops teil.

Hierbei sei erwähnt, dass sich der Einsatz im Rahmen der Fortbildung, der Arbeitskreise und auch der Elternnachmittage bzw. –abende in der nachfolgenden Statistik nicht wiederfindet, sondern sich diese lediglich auf die durchgeführten Diagnostiken bezieht.

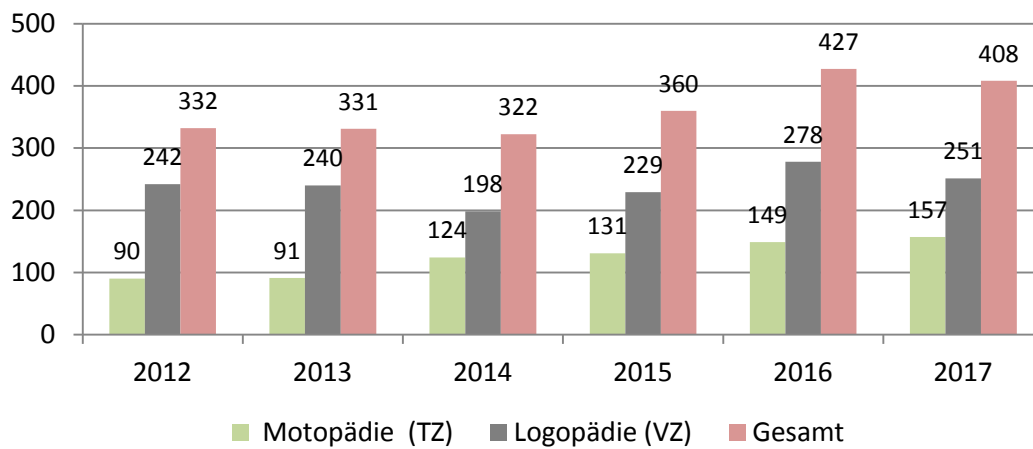


Abbildung 14: Jahresstatistik der logopädischen und motopädischen Beratungsstelle

7. Fachbereich 3-4-40/ Sozialpsychiatrie/ Gesundheitshilfen

Dr. Heinz-Peter Baumann

7. 1 Einleitung

Der Fachbereich Sozialpsychiatrie/Gesundheitshilfen besteht aus den beiden medizinischen Fachdiensten Sozialpsychiatrischer Dienst und Behindertenberatung. In den beiden **Funktionsabteilungen** stellten sich im Jahr 2017 folgende Leistungsmerkmale Entwicklungen und Arbeitsschwerpunkte dar:

7.2 Sozialpsychiatrischer Dienst:

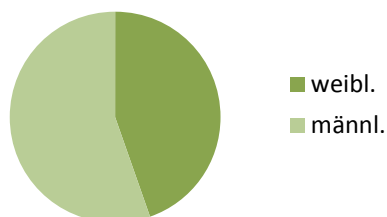
7. 2. 1 Aufgaben und Tätigkeiten:

Der Sozialpsychiatrische Dienst nahm auch 2017 die Pflichtaufgaben der unteren Gesundheitsbehörde gemäß **PsychKG und ÖGDG** zum Schutz und Hilfe psychisch Kranker und suchtkrank Menschen wahr, um durch Vor- und Nachsorgende Hilfen sowie Kriseninterventionen die durch Suchtkrankheiten und psychische Behinderungen verursachten gesundheitlichen und sozialen Schäden so gering wie möglich zu halten. Insbesondere die Gruppe derjenigen Erkrankten und Behinderten, die krankheitsbedingt keinen direkten Zugang zu anderen medizinischen oder psychosozialen Versorgungseinrichtungen finden, wurden hier medizinisch und sozial beraten, betreut oder zu geeigneten Hilfseinrichtungen weitervermittelt.

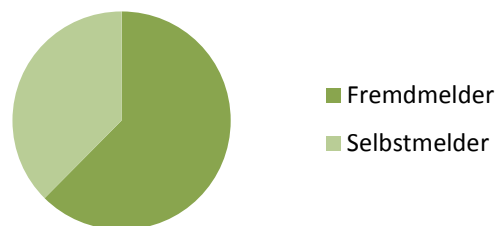
7. 2. 2 Analyse und Ausblick:

Im Jahr 2017 konnten durch den Fachdienst auf diese Weise insgesamt **820** Patienten erreicht werden. Die Kontaktabahnung erfolgte im Unterschied zu anderen sozialen und psychiatrischen Angeboten in der Mehrzahl der Fälle nicht auf eigene Initiative der betroffenen Person, sondern häufiger durch Menschen des persönlichen Umfeldes (Nachbarn, Angehörige) oder durch Institutionen und Ordnungsbehörden (z.B. Sozialstation, Sozial- oder Ordnungsamt, Polizei, Gerichte, Krankenhäuser).

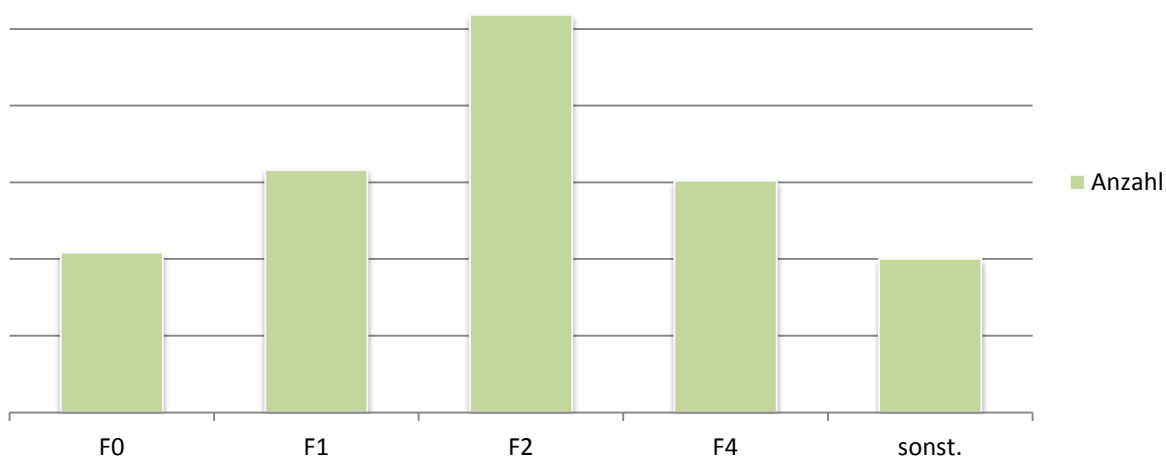
Geschlechtsverteilung der SpDi- Patienten/innen



Patienten/innen nach Art



Patienten nach ICD-Diagnosegruppen (ICD-10)



F0	Hirnorganische Störungen, Demenzen	104
F1	Suchterkrankungen	182
F2	Psychosen	259
F4	Neurosen, Belastungs- und somatoforme Störungen	151
Sonst.	Diagnosegruppen F3 (Affektive Störungen), F6 (Persönlichkeitsstörungen), F7 (Geistige Behind.) und neurologische Störungen (Diagnosegruppe G)	100

Nach den gesetzlichen Vorgaben bot der Fachdienst auch in dieser Berichtsperiode vielfältige Dienst- und Hilfeleistungen an:

- Früherkennung, Kontaktaufnahme und Situationsklärung, bei Bedarf auch im Rahmen von Hausbesuchen bei psychischen oder Sucht- Krankheiten.
- Beratung über mögliche Hilfen, Vermittlung weiterführender therapeutischer und rehabilitativer Angebote.

- Einleitung von Maßnahmen der Krisenintervention, nötigenfalls auch Krankenhauseinweisungen, soweit sonstige ärztliche Hilfe nicht in Anspruch genommen werden konnte.
- Unterstützende Lebensberatung unter Berücksichtigung des sozialen Umfeldes durch Vermittlung praktischer Hilfen und Gesprächsmöglichkeiten wurden eröffnet und, soweit erforderlich, eine weitere Behandlung nach Beendigung der stationären Behandlung zur Vermeidung erneuter Krankheitsrückfälle initiiert.
- Vermittlung betreuter Wohnformen und Lebenshilfen.
- Alkohol- und medikamentenabhängigen Menschen wurden Beratungs- und Therapiemöglichkeiten vermittelt und die Wiedereingliederung in die Gemeinschaft durch Koordination der medizinischen und sozialen Hilfen im Einzelfall unterstützt.



Meist erst bei schockierenden Ereignissen wie der jüngsten Amokfahrt eines vermutlich psychisch Kranken in Münster richtet sich die breite öffentliche und mediale Aufmerksamkeit auf Fragen der sozialpsychiatrischen Versorgung.

Unbefriedigend blieben unter den personellen Gegebenheiten die Umsetzung der gesetzlich vorgegebenen psychosoziale Nachsorge, die nur in speziellen Einzelfällen auf Nachfrage angeboten werden konnte und nicht das gesamte Klientel der aus dem Krankenhaus entlassenen, weiterhin hilfebedürftigen psychiatrischen Patienten erfassen konnte.

Der Fachdienst wirkte nach gesetzlichen Vorgaben des PsychKG im Rahmen seiner Möglichkeiten auch an Krisenintervention und Unterbringungen mit, wobei entgegen der öffentlichen Wahrnehmung sein Arbeitsziel nicht die Initiierung von „Zwangseinweisungen“, sondern deren Vermeidung durch die Eröffnung sonstiger Hilfsmöglichkeiten sein soll, wie es auch in der Gesetzes- Novelle zum PsychKG deutlich wird. Durch die weitere Einschränkung von freiheitsbeschneidenden Maßnahmen bei Unterbringung und Krankenhausbehandlung haben sich für den Sozialpsychiatrischen Dienst Mehrbelastungen und Zusatzaufgaben ergeben, die durch Arbeitsverdichtung und Änderung von Arbeitsabläufen alleine nicht mehr zu kompensieren sind.

Der Dienst war auch im Jahr 2017 fachkundiger Ansprechpartner für andere Institutionen und Helfer aus dem kommunalen sozialpsychiatrischen Netz und arbeitete im Rahmen

vorhandener Personalressourcen, in verschiedenen kommunalen und regionalen Fachgremien mit:

- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Oberhausen
- Monatliche regionale Hilfeplankonferenz des Landschaftsverbands
- Regionalkonferenzen psychiatrische Versorgung LVR
- Arbeitstreffen der Sozialpsychiatrischen Dienste
- Rheinischer Arbeitskreis der Psychiater und Psychiaterinnen im Öffentlichen Gesundheitswesen (R.A.P.S.)

In anderen Kommunen erfolgreich etablierte sozialpsychiatrische Strukturelemente wie etwa regelmäßige Reha- und Überleitungskonferenzen mit den pflichtversorgenden psychiatrischen Krankenhäusern haben sich in der gegebenen personellen Situation weiterhin nicht realisieren lassen.

Im Sozialpsychiatrischen Dienst wurde im Jahre 2017 wiederum eine Jahrespraktikumstelle für eine Sozialarbeiterin im Anerkennungsjahr eingerichtet. Eine Fachkraft wird bis September 2018 im speziellen Arbeitsgebiet der Sozialpsychiatrie weitergebildet.

7.3 Behindertenberatung

7.3.1 Aufgaben und Tätigkeiten:

Im Kalenderjahr 2017 blieb die gesetzlich vorgeschriebene Behindertenberatung (Pflichtaufgabe gem. § 59 SGB XII sowie gem. §§ 14, 15, 16 des ÖGDG sowie des SGB IX) weiterhin an den Fachbereich 3-4-40 angegliedert.

Der Fachdienst stand auch im Jahre 2017 als zentrale und neutrale Beratungsstelle für Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen mit dem Angebot einer unterstützenden Lebens-Beratung zu Verfügung und war auch Kontaktstelle für alle Bereiche der Verwaltung im Rahmen der Kommunikation mit behinderten Bürgern. Manchen behinderten Menschen und ihren Angehörigen konnten die Wege durch verschiedene Institutionen aufgrund unterschiedlicher Zuständigkeiten durch umfassende Information, Beratung über medizinisch/therapeutische, rechtliche, finanzielle und technische Hilfen und Unterstützung bei Anträgen und Widersprüchen erspart werden.

7.3.2 Analyse und Ausblick:

Die Behindertenberatung mit ihrer inzwischen zentralisierten Organisation am Sterkrader Standort des Bereichs Gesundheitswesen stand als umfassender Ansprechpartner für behinderte Menschen und ihre Familien zu Verfügung und erreichte im Jahr 2017 insgesamt **375** erwachsene und minderjährige Patienten und ihre Angehörigen. Zielgruppe der Beratung waren Menschen mit körperlichen, geistigen und Sinnesbehinderungen, sowie von Behinderung bedrohte Menschen (insbesondere Kinder, deren Gesamtförderbedarf und Förderort noch nicht abschließend beurteilt werden kann) sowie chronisch Kranke, an der Teilhabe am öffentlichen Leben gehinderte Menschen einschließlich deren Kontaktpersonen. Im Rahmen personeller Veränderungen lagen die Fallzahlen des Fachdienstes für das Jahr 2017 knapp unter denen des Vorjahres und auch den für das Kalenderjahr vorformulierte Zielkennzahlen von 400 betreuten und beratenen Patienten.

Beratung und Unterstützung (Anfragen, Aufträge, Hilfe bei Anträgen, Hausbesuche, Stellungnahmen) von Bürgerinnen und Bürgern bezog sich auf verschiedene sozialrechtliche Fragen und Themenfeldern:

- Teilhabe am Arbeitsleben: Informationen über Voraussetzungen für die Aufnahme in eine WfbM oder andere Tätigkeitsfelder (Berufsförderungswerk, Anbieter von berufsvorbereitenden Maßnahmen, Integrationsfachdienst)
- Sozialrechtliche Belange speziell bei behinderten Menschen und ihren Angehörigen
 - Frühförderung, Therapien bei Kindern
 - Beratung der Eltern über Fördermöglichkeiten
 - Kindertagesbetreuung
 - Beratung der Eltern über Möglichkeiten der Tagesbetreuung und Information über Antragstellung
 - Unterstützung bei der Beantragung einer Integrationshilfe in KTEs
 - Austausch mit Eltern + Kindertageseinrichtung („Runder Tisch“)
 - Hospitation in KTE
 - Schule
 - Kontakt zu Förderschulen
 - Beratung zum Gemeinsamen Unterricht
 - Information und Unterstützung bei der Beantragung von Integrationshelfern
 - Im Austausch mit Lehrern
 - Im Austausch mit Eltern
 - Im Austausch mit der Eingliederungshilfe (Kostenträger)
 - Begleitung in problematischen Familiensituationen
 - Zusammenarbeit mit dem Jugendamt
 - Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern von behinderten Kindern

- Erwachsene Menschen mit Behinderung, die noch im Elternhaus leben
 - Beratung der Familien
 - Zusammenarbeit mit der KoKoBe
 - Unterstützung von Betroffenen bei Antragstellung oder Anregung einer Betreuung
 - Zusammenarbeit mit Amtsgericht und Betreuungsstelle
 - Schwerbehindertenangelegenheiten
 - Antragstellung Schwerbehindertenausweis
 - Informationen über Nachteilsausgleiche, Erklärung der Bescheide
 - Beratung und Unterstützung bei Widersprüchen
 - Pflegeversicherung
 - Pflegeleistungen
 - Information über Antragstellung
 - Entlastungsmöglichkeiten (Niedrigschwellige Betreuungsangebote, Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege)
 - Erläuterung der Vorgehensweise bei Widersprüchen und
 - Hausbesuche mit dem jugendärztlichen Dienst
 - Wohnen
 - Rollstuhlgerichte/behindertengerechte Wohnungen
 - Unterstützung bei der Wohnungssuche
 - Stellungnahmen in Härtefällen (z.B. an Arbeitsagentur)
 - Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen/ behindertengerechte Umbaumaßnahmen
 - Beratung + Information
 - Austausch, Zusammenarbeit, gemeinsame Hausbesuche
 - mit der Wohnberatung, Frau Jenter
 - Bereich Wohnungswesen FB 5-4-50

Fallbezogene Kontakte wurden zu verschiedenen Diensten, Beratungsstellen und Fachbereichen aufgenommen:

- Arbeitsagentur
- Büro für Chancengleichheit (Zusammenarbeit mit Frau Kogler + Projektgruppe Inklusion)
- Fachbereiche
 - 3-1 (Kinder, Jugend, Bildung)
 - 3-2 (Soziales)
 - Grundsicherung (3-2-50)
 - Ältere, pflegebedürftige und behinderte Menschen (3-2-20)
 - Asylbewerber (3-2-50)

- 3-3 (Schule)
- 3-2-6 (Kommunales Integrationszentrum KI)

Eine sozialmedizinische Begleitung und Beratung wurde beim Aufnahmeverfahren für die Kindertagesstätten und den Schulbereich in Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, dem Kinderpädagogischen Dienst bereitgestellt.

Die Behindertenberatung stand in ihrer Arbeit in Kooperation mit Jugend- und Sozialverwaltung, Ärzten- und Therapeuten, heilpädagogischen und integrativen Kindertageseinrichtungen, Förderschulen, Rehabilitationseinrichtungen, ambulanten und stationären Einrichtungen und vermittelte Patienten an geeignete externe Leistungsanbieter, z.B. Kliniken, therapeutischen Ambulanzen, Selbsthilfegruppen, Trägern von Freizeitangeboten und ähnlichen Einrichtungen..

Die unverändert starke Inanspruchnahme der Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung ist auch für das laufende Jahr aufgrund der wachsenden Anzahl der Kinder mit Entwicklungsverzögerung oder Behinderung im Vorschulalter sowie durch die wachsende Zahl an Schülern mit einer geistigen und körperlichen Behinderung zu erwarten. Bei einem weiteren Zustrom von Migranten ist auch mit einer erhöhten Nachfrage von Betreuungs- und Beratungsleistungen bei der Behindertenberatung zu rechnen.

Die Beratungsstelle beteiligte sich auch 2017 an verschiedenen kommunalen Fach-Arbeitsgruppen:

- Projektgruppe Inklusion
- Beirat für Menschen mit Behinderungen
- Plenum Netzwerk Demenz

Behinderungsspezifische Themen- oder Fragestellungen in den Fachgremien bezogen sich auf die verschiedenen Problembereiche der Teilhabe behinderter Menschen am gesellschaftlichen Leben:

- Finanzielle Ansprüche aufgrund einer Behinderung
 - Schwerbehindertenrecht
 - Grundsicherung
 - Eingliederungshilfe
 - Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
 - Freizeitbegleitung
 - Integrationshelfer
 - Persönliches Budget
 - Förderung, Therapien
 - Hilfsmittel (Leistungen der Krankenkassen)
- Gesetzliche Betreuung

- Leichte Sprache und verständliche Sprache wegen Sprachbarrieren besonders bei
 - Ausländischen Mitbürgern
 - Menschen im Asylverfahren
 - Bürgern mit Lernschwierigkeiten

Auch im vergangenen Jahr wurde deutlich, dass viele Bürger Probleme mit behördlichen Anträgen oder Bescheiden haben. Oft kommen sie „zum Übersetzen“ des Juristen- und Amtsdeutchs zur „Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung“. In der „Projektgruppe Inklusion“ ist daher die „Leichte Sprache“ ein Schwerpunktthema. Ein Konzept zur Umsetzung der leichten Sprache wird von Frau Kogler, Koordinierung Inklusion im Büro für Chancengleichheit, erarbeitet und in der „Projektgruppe Inklusion“ erörtert, in der auch die Beratungsstelle für behinderte Menschen mitarbeitet.

In der „Projektgruppe Inklusion“ werden auch weitere Themen für die „Kommunale Inklusionsplanung“ erarbeitet. Es werden Anstöße und Forderungen zur Verbesserung der Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderung mit von Behinderung betroffenen Menschen, Vertretern der politischen Parteien und Vertretern aus allen Bereichen der Verwaltung erarbeitet. Die Erfahrungen aus der „Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung“ fließen in verschiedene Arbeitsschwerpunkte ein:

- Mitarbeit am Konzept für die Verwaltung: Umgang mit behinderten Menschen
- Erarbeitung für das Büro für Chancengleichheit von diversen „Kommunikations-Unterstützungen und –Methoden“ und zusammen mit Frau Kogler Austausch mit FB 4-1-10 über die zukünftige Kostenregelung bei Inanspruchnahme von Kommunikationshilfen durch Bürger

8. Anlagen / Highlights und Pressemeldungen

8.1 Wiederbelebung als neues Schulfach



GESUNDHEIT

Stadt Oberhausen schlägt Wiederbelebung als Schulfach vor

Frank Helling

02.03.2017 - 08:06 Uhr

<https://www.waz.de/staedte/oberhausen/oberhausen-schlaegt-wiederbelebung-als-schulfach-vor-id209796531.html>

8.2 Erster Hospiztag beschäftigt sich mit dem Tabuthema Tod



GESELLSCHAFT

Erster Hospiztag beschäftigt sich mit dem Tabuthema Tod

Christian Schaffeld

17.10.2017 - 10:00 Uhr

<https://www.waz.de/staedte/oberhausen/erster-hospiztag-beschaeftigt-sich-mit-dem-tabuthema-tod-id212253817.html>

8.3 Weltkindertag 2017: „Kindern eine Stimme geben“

Kerstin Scheer, Prophylaxeberaterin, Stadt Oberhausen

Anlässlich des Tages der Zahngesundheit 2017, schloss sich das Team der Zahnprophylaxe Oberhausen am 16.09.2017 dem vielfältigen Angebot zum Weltkindertag an. Das Motto lautet „Kindern eine Stimme geben“, eine bundesweite Initiative um auf die Rechte der Kinder aufmerksam zu machen.



Austragungsort war das Gelände des Stadtsportbundes in Oberhausen. Dort haben 55 Kooperationspartner mit verschiedenen Aktionen die Kinder zum Spielen, Raten, Bewegen, Lernen und Toben animiert. Hier war Kreativität, Geschicklichkeit, Kraft, Wissen und manchmal auch nur Glück gefragt! Auch das Unterhaltungsprogramm, ließ keine Wünsche offen.



Der Stand der Prophylaxe Beraterinnen des Arbeitskreises Zahnprophylaxe Oberhausen, lockte die Kinder mit tollen Preisen, welche man durch das Erkennen von gesunden Speisen und Getränken gewinnen konnte. Gesundes Essen macht starke Zähne! Süße Nahrungsmittel machen Karies und erfordern eine gründliche Mundhygiene! Daher muss auch das Zähneputzen gelernt sein. Übung macht den Zahnputzmeister☺!



In der stets langen Warteschlange vertrieben sich die Kinder die Zeit mit Zähneputzen am Modell oder am Bobby-Backenzahn. Natürlich lag auch Informationsmaterial für die Eltern bereit, aber heute standen die Kleinen im Mittelpunkt. Die Großen und Kleinen hatten viel Spaß an

der Aktion, so dass viele Besucher erneut zu unserem Stand zurückkehrten und ihr Glück versuchten. Es war ein rundum fröhlicher Tag, an dem die Kinder viele Eindrücke, nette Preise und ein „neues Zahnputzset“ mit nach Hause nahmen.



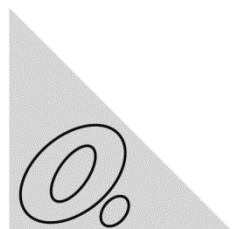


Schwerpunktbericht 2018

Infektionen



Gesunde Städte-Netzwerk
der Bundesrepublik Deutschland



stadt
oberhausen

Impressum

Herausgeber

Stadt Oberhausen
Tannenbergr. 11-13
46045 Oberhausen

Bearbeitung und Redaktion

Bereich 3-4/Bereich Gesundheitswesen

Stabsstelle Gesundheitskoordination/wissenschaftliche Mitarbeiterin
Dr. Andrea Neumeyer-Sickinger

Bereichsleitung
Dr. Hans-Henning Karbach

Stand

Februar 2018

Inhalt

1. Vorwort der Beigeordneten	5
2. Infektionen	7
3. Nosokomiale Infektionen	11
3.1 Erreger und Erregergruppen von nosokomialen Infektionen	11
3.2 Risikofaktoren.....	12
3.3 Ausbrüche von nosokomialen Erkrankungen in Oberhausen	13
4. Multiresistente Erreger	17
4.1 Erregergruppen	17
4.1.1 Grampositive Bakterien.....	17
4.2 Umgang mit besiedelten Patientinnen und Patienten.....	30
4.3 Eindämmung von multiresistenten Erregern	32
4.4 Gewissenhafter Umgang mit Antibiotika	32
4.5 MRE-Netzwerk der Stadt Oberhausen	34
5. Impfpräventable Infektionen	36
5.1 Erreger von impfpräventablen Infektionen.....	36
5.1.1 Masern.....	36
5.1.2 Mumps.....	37
5.1.3 Röteln	37
5.1.4 Varizellen/Windpocken	37
5.1.5 Pertussis/Keuchhusten.....	38
5.2 Impfsituation in Oberhausen.....	38
5.3 Ausbrüche von impfpräventablen Infektionen in Oberhausen.....	40
5.4 Impfempfehlungen der STIKO	41
6. Lebensmittelassoziierte Infektionen	43
6.1 Risikofaktoren für lebensmittelassoziierten Infektionen	43
6.2 Erreger von lebensmittelassoziierten Infektionen	43

6.2.1 Salmonellen	44
6.2.2 Campylobacter	45
6.3 Ausbrüche von lebensmittelassoziierten Infektionen in Oberhausen	46
6.4 Prävention von lebensmittelassoziierten Infektionen	47
7. Meldepflicht und Meldesystem	48
7.1 Meldepflicht nach Infektionsschutzgesetz	48
7.2 Meldesystem in Oberhausen	49
7.3 Auswertung der Daten für Oberhausen	50
8. Handlungsempfehlungen und Ausblick.....	52
9. Literatur	55

1. Vorwort der Beigeordneten



Liebe Bürgerinnen und Bürger,

der vorliegende Schwerpunktbericht widmet sich dem vielfältigen Thema Infektionen. Infektionen und die Angst vor Infektionen begleiten den Menschen seit jeher. Durch die Entdeckung von modernen Medikamenten wie Antibiotika sowie die Entwicklung von Impfstoffen konnte zunächst vielen Infektionen der Schrecken genommen werden. Durch den Fortschritt der modernen Medizin und dem umfangreichen Antibiotikaeinsatz der heutigen Zeit haben sich allerdings neue Herausforderungen aufgetan. So sind multiresistente Erreger (MRE) und Krankenhausinfektionen zu einem großen medizinischen Problem geworden. Dabei hat sich gezeigt, dass die Bekämpfung von MRE nur in Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsamt und den unterschiedlichen GesundheitsakteurInnen der Stadt Oberhausen funktionieren kann. Die Umsetzung von guten Hygienestandards zur Vermeidung der Verbreitung dieser Erreger muss oberstes Ziel in dieser interdisziplinären Arbeit sein. Mit der Gründung des MRE-Netzwerks im Jahr 2011 wurde ein erster Schritt in diese Richtung unternommen und es konnten im Laufe der letzten Jahre viele Erfolge erzielt werden.

Impfen ist immer noch einer der effektivsten Präventionsinstrumente zur Vermeidung von Infektionen. Die Stadt Oberhausen kann auf gute Erfolge bei der Impfprävention verweisen. Trotzdem bestehen weiterhin Impflücken, die es zu schließen gilt.

Die Veröffentlichung dieses Berichtes möchte ich zum Anlass nehmen, allen Akteurinnen und Akteuren zu danken, dass sie sich gemeinsam mit dem Gesundheitsamt der Stadt

Oberhausen dafür engagieren, den Infektionsschutz in unserer Stadt weiterhin zu verbessern und Ausbrüche zu verhindern.

Der vorliegende Bericht zeigt, dass Oberhausen auf einem guten Weg ist, aber durchaus noch einige weitere Anstrengungen nötig sind, um Multiresistenzen und den teils verantwortungslosen Antibiotikaeinsatz einzudämmen sowie Impflücken zu schließen, wohlwissend, dass es sich dabei um globale Probleme handelt, die nicht allein durch eine Kommune gestemmt werden können.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'S. Lauxen', with a long horizontal stroke extending to the right.

Sabine Lauxen

Beigeordnete für Umwelt, Gesundheit, ökologische Stadtentwicklung und -planung

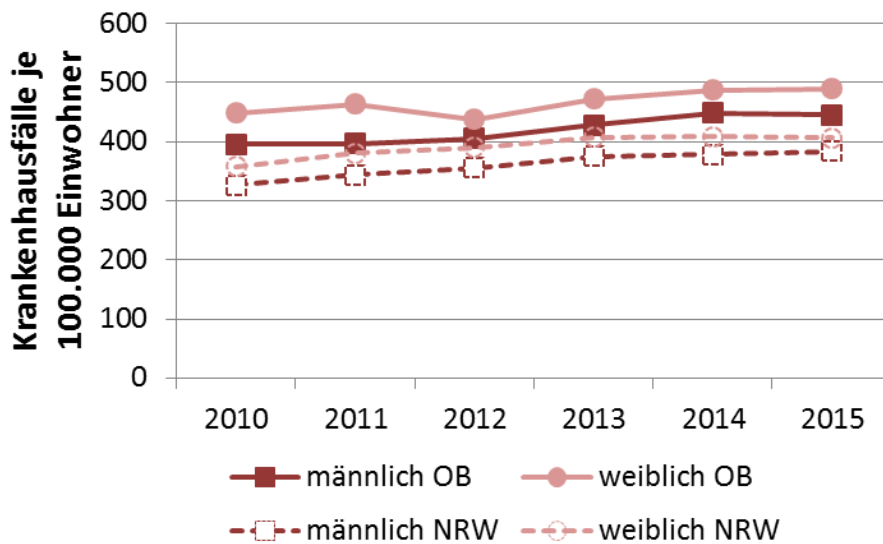
2. Infektionen

Infektionen werden von Mikroorganismen wie Bakterien und Viren verursacht. Dabei können die Erreger durch Körperausscheidungen oder durch den direkten Kontakt von Mensch zu Mensch oder auch von Mensch zu Tier übertragen werden. Kinder, ältere Menschen sowie Menschen mit einem geschwächten Immunsystem sind besonders gefährdet an einer Infektion zu erkranken. Durch die verbesserten Lebensbedingungen, moderne Medikamente und Antibiotika sind Infektionen noch gut zu behandeln.

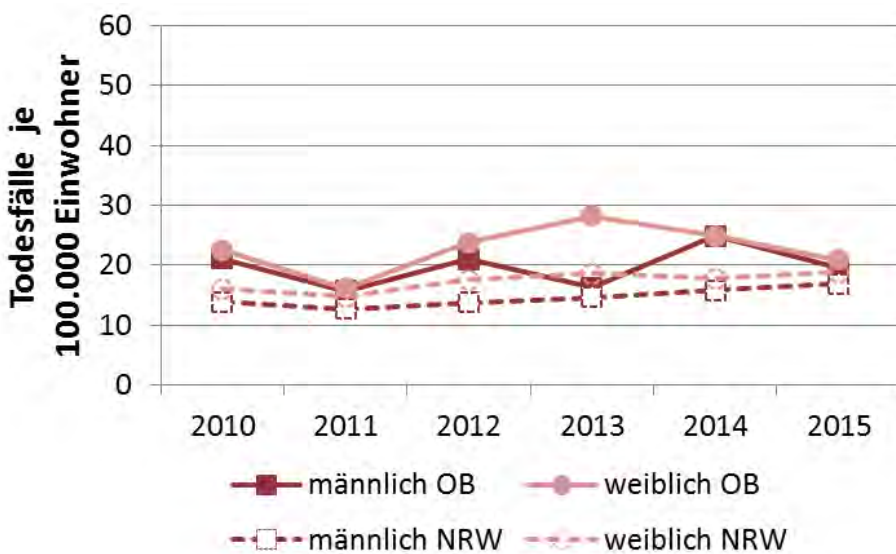
Im Jahr 2015 wurden 1.973 Bürgerinnen und Bürger aufgrund einer infektiösen oder parasitären Erkrankung in Oberhausener Krankenhäuser behandelt (Abbildung 1 A). 85 Bürgerinnen und Bürger starben an einer Infektion in Oberhausen (Abbildung 1 B). Infektiöse Erkrankungen können in jedem Alter auftreten. Im Jahr 2015 wurden überwiegend Kleinkinder im Alter zwischen einem und vier Jahren sowie ältere Menschen ab 75 Jahre in Oberhausener Krankenhäusern behandelt (Abbildung 2 A). Todesfälle aufgrund von infektiösen oder parasitären Erkrankungen treten ebenfalls im höheren Alter auf (Abbildung 2 B). Sterbefälle bei jüngeren Bürgerinnen und Bürger aufgrund von Infektionen traten in den letzten Jahren nur in Einzelfällen auf.

Stationäre Krankenhausbehandlungen werden überwiegend aufgrund von infektiösen Darmkrankheiten (55,3 %) notwendig, gefolgt von stationären Aufnahmen durch sonstige bakterielle Krankheiten (überwiegend Sepsen, Wundrosen und bakterielle Infektionen mit nicht näher bezeichneter Lokalisation), Virusinfektionen mit Haut- und Schleimhautläsionen sowie sonstigen Viruserkrankungen (Abbildung 3 A). Todesfälle aufgrund von Infektionen werden zu über 95 % durch infektiöse Darmerkrankungen sowie sonstiger bakterieller Erkrankungen verursacht, wobei es sich überwiegend um Todesfälle durch Sepsen handelt (Abbildung 3 B).

Bei der Interpretation der Krankenhausdaten ist zu beachten, dass diese Erkrankungen einen Krankenhausaufenthalt nicht zwingend erforderlich machen, weshalb hier nur indirekt auf die Prävalenz geschlossen werden kann.

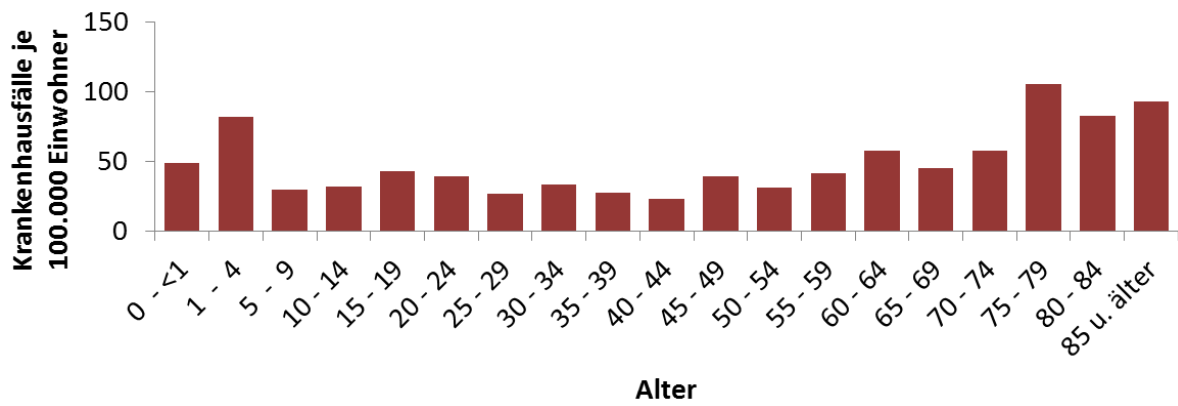


A

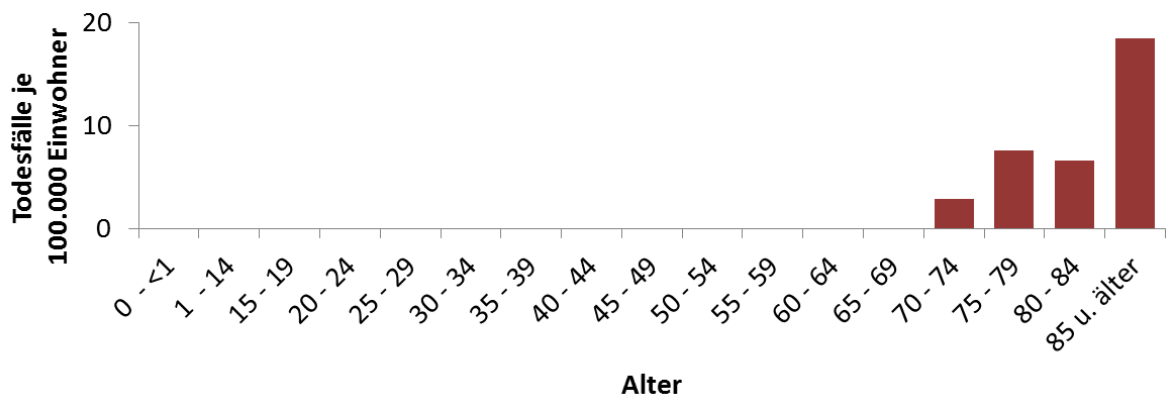


B

Abbildung 1: Krankenhausbehandlungen (A) und Todesfälle (B) wegen infektiösen und parasitären Krankheiten (ICD10 A00-B99) in Oberhausen und NRW für die Jahre 2010 bis 2015 je 100.000 Einwohner nach Geschlecht (Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2017, HOSPIdat und MORTAdat).



A



B

Abbildung 2: Altersverteilung bei Krankenhausbehandlungen (A) und Todesfällen (B) bei infektiösen und parasitären Krankheiten (ICD A00-B99) in Oberhausen für das Jahr 2015 je 100.000 Einwohner (Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2017, HOSPIDat und MORTAdat).

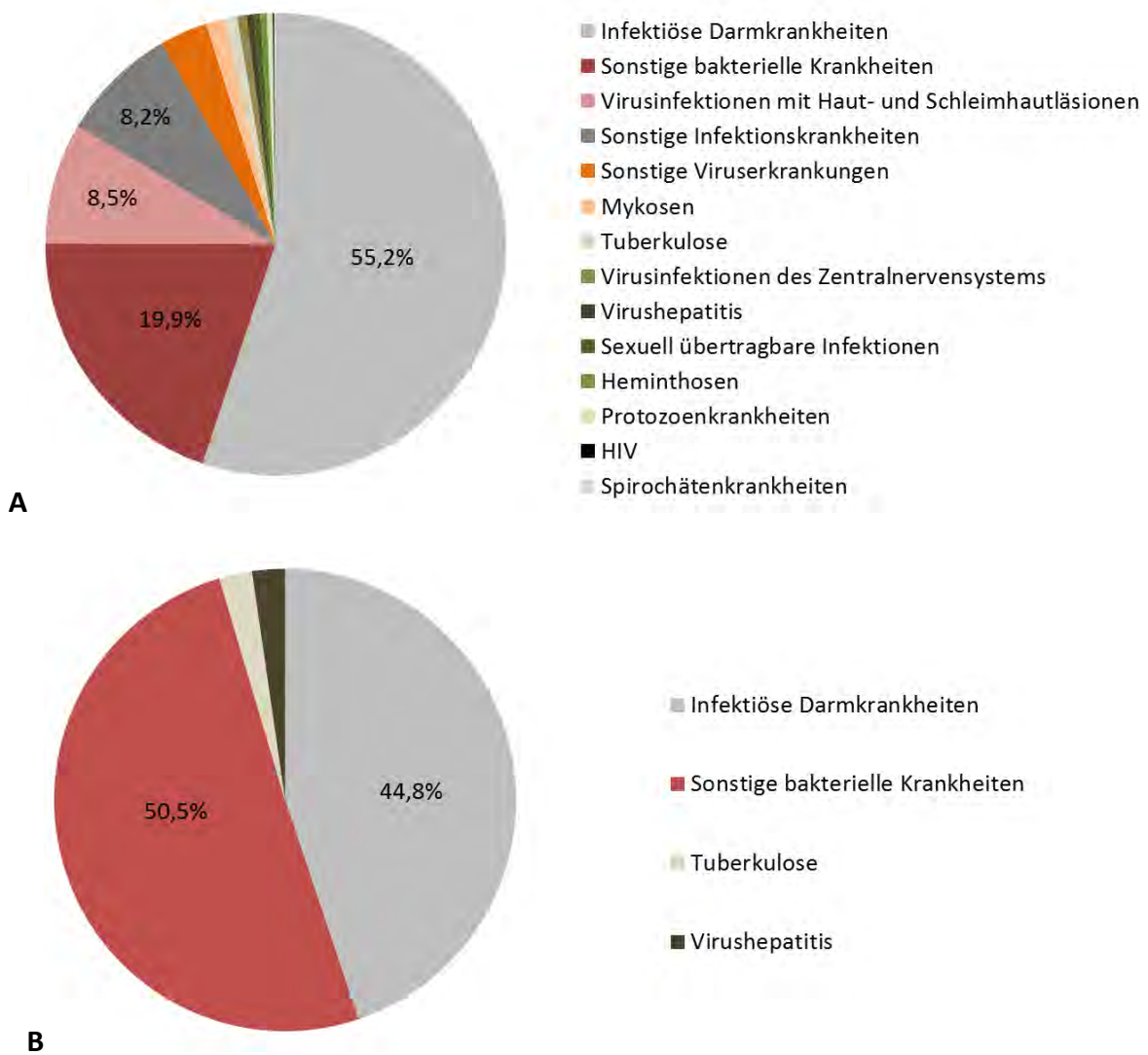


Abbildung 3: Die häufigsten infektiösen und parasitären Krankheiten in Oberhausen im Jahr 2015, die zu Krankenhausfällen (A) oder Todesfällen (B) führten (Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2017, HOSPIdat und MORTAdat).

3. Nosokomiale Infektionen

Durch den Fortschritt der modernen Medizin unterziehen sich Patienten immer häufiger invasiven diagnostischen und therapeutischen Behandlungsverfahren. Dies hat zum Vorteil, dass wir zwar immer älter werden, aber führt gleichzeitig auch dazu, dass wir multimorbide werden und unsere Immunabwehr wegen des zunehmenden Alters schlechter wird. Dies hat zur Folge, dass sich nosokomiale Infektionen immer weiter ausbreiten und zu einem immer größer werdenden Problem in der medizinischen Versorgung werden. Hinzu kommt die fortschreitende Entwicklung von Antibiotika-resistenten Bakterienstämmen. Bei nosokomialen Infektionen handelt es sich um sogenannte Krankenhausinfektionen, die im Zusammenhang mit einem Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung erworben werden. Laut der Definition des Robert Koch-Instituts (RKI) wird eine Infektion als nosokomial bezeichnet, wenn sie bei Aufnahme in ein Krankenhaus weder vorhanden noch in der Inkubationsphase war ¹. Dabei ist allerdings zu beachten, dass der Nachweis des ursächlichen Zusammenhangs nur in den seltensten Fällen sicher nachzuweisen ist. Auch muss nicht immer ein kausaler Zusammenhang zwischen der medizinischen Behandlung und einer Infektion bestehen. Außerdem ist das Auftreten einer nosokomialen Infektion kein Indiz für ein ärztliches oder pflegerisches Verschulden ². Nach dem Infektionsschutzgesetz ist eine nosokomiale Infektion eine Infektion mit lokalen oder systemischen Infektionszeichen als Reaktion auf mikrobielle Erreger, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer medizinischen Maßnahme stehen.

3.1 Erreger und Erregergruppen von nosokomialen Infektionen

Nosokomiale Infektionen werden durch unterschiedliche Erreger wie Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten und Prionen verursacht. Multiresistente Erreger wie der Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus*, Vancomycin-resistente Enterokokken oder multiresistente gramnegative Stäbchen werden in Kapitel 3 ausführlich erläutert. Zu den Viren, die nosokomiale Infektionen verursachen zählen Noroviren, Rotaviren und auch Adenoviren.

Adenoviren sind für infektiöse Bindehaut- und Hornhautentzündungen des Auges verantwortlich. Dabei handelt es sich um eine hoch ansteckende Erkrankung, die in allen Altersgruppen auftreten kann. Die Übertragung erfolgt von Mensch zu Mensch über die Tränenflüssigkeit erkrankter Personen.

Noroviren verursachen weltweit über die Hälfte aller Gastroenteritis-Ausbrüche und sind die häufigsten Verursacher von nicht bakteriell bedingten Magen-Darm-Erkrankungen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. In den kalten Jahreszeiten kommt es häufig zu saisonalen Häufungen von Norovirus-bedingten Gastroenteritis-Ausbrüchen. Die Übertragung erfolgt von Mensch zu Mensch über eine Kontakt- oder Schmierinfektion. Dabei werden die Viren über den Stuhl oder Erbrochenes ausgeschieden und auf fäkal-oralem Weg oder beim Einatmen übertragen. Zudem kann die Ansteckung über kontaminierte Gegenstände erfolgen. Ebenso ist eine Ansteckung über kontaminiertes Wasser möglich³.

Eine zweite Gruppe von Viren, die für häufige Gastroenteritis-Ausbrüche verantwortlich sind, sind Rotaviren. Sie sind die häufigste Ursache viraler Darminfektionen bei Kindern. Am häufigsten erkranken Säuglinge und Kleinkinder mit fehlender Immunität. Bis Ende des dritten Lebensjahres haben über 90 % aller Kinder bereits eine Infektion mit Rotaviren durchgemacht, wodurch zunehmend Antikörper gebildet werden³.

Unter den Pilzinfektionen verursacht vor allem *Tinea capitis* nosokomiale Infektionen. Diese Pilzinfektion ruft eine Infektion der Haut hervor und tritt weltweit vor allem bei Kindern und Jugendlichen auf. Der Pilz ist hoch ansteckend und verursacht häufige Ausbrüche in Kindergärten und Schulen. Der Hauptübertragungsweg ist dabei der direkte enge Körperkontakt.

3.2 Risikofaktoren

Risikofaktoren für das Erlangen einer nosokomialen Infektion werden in Patientenfaktoren, Umweltfaktoren, mikrobielle Faktoren und Behandlungsfaktoren aufgeteilt. Krankenhauspatienten sind aufgrund ihrer Grunderkrankungen häufig einem per se erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt. Aufgrund von chronischen Vorerkrankungen oder Tumorerkrankungen kommt es häufig zur Immunsuppression, die eine Infektion begünstigen. Darüber stellen ein hohes Alter, Mangelernährung genetische Faktoren sowie das Ausmaß an Verletzungen und Verbrennungen patientenbedingte Risikofaktoren für das Erlangen einer nosokomialen Infektion dar. Aber auch die Umgebung des Patienten kann ein Risiko darstellen. Die Virulenz, Überlebensfähigkeit und die Resistenzeigenschaft eines Erregers zählen zu den mikrobiologischen Risikofaktoren. Ein großes Risiko sind zudem invasive Maßnahmen wie Operationen sowie eine invasive Diagnostik und Therapie wie Katheter, Beatmung oder Dialyse².

3.3 Ausbrüche von nosokomialen Erkrankungen in Oberhausen

Von einem nosokomialen Ausbruch spricht man, wenn bei mindestens zwei Personen, die einen örtlichen Zusammenhang aufweisen, eine nosokomiale Infektion diagnostiziert wird. Jährlich erkranken in Deutschland circa 500.000 Patientinnen und Patienten an einer nosokomialen Infektion, wovon 1,5 % bis 3 % einen tödlichen Verlauf haben. Die höchsten Infektionsraten findet man auf Intensivstationen, wo die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer häufig schweren Grunderkrankungen und der damit verbunden intensiven und häufig invasiven Behandlungen einem besonders hohem Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Dabei werden die meisten nosokomialen Ausbrüche durch virale Infektionen hervorgerufen (85 %), 15 % der nosokomialen Ausbrüche sind auf Bakterieninfektionen zurückzuführen (Abbildung 4) ⁴.

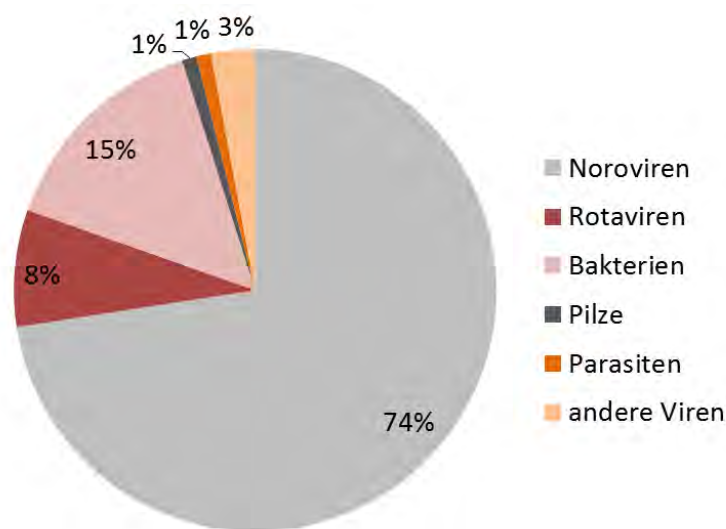
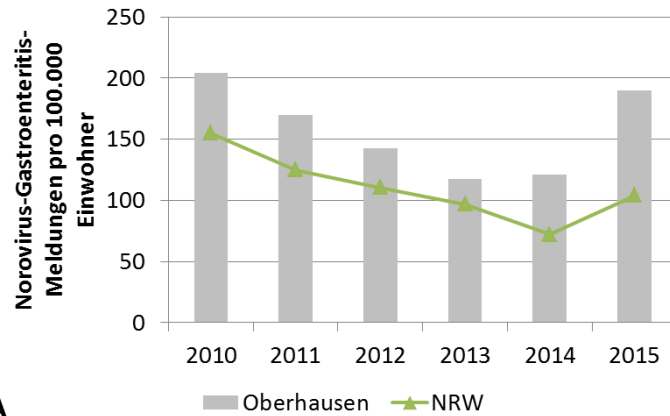
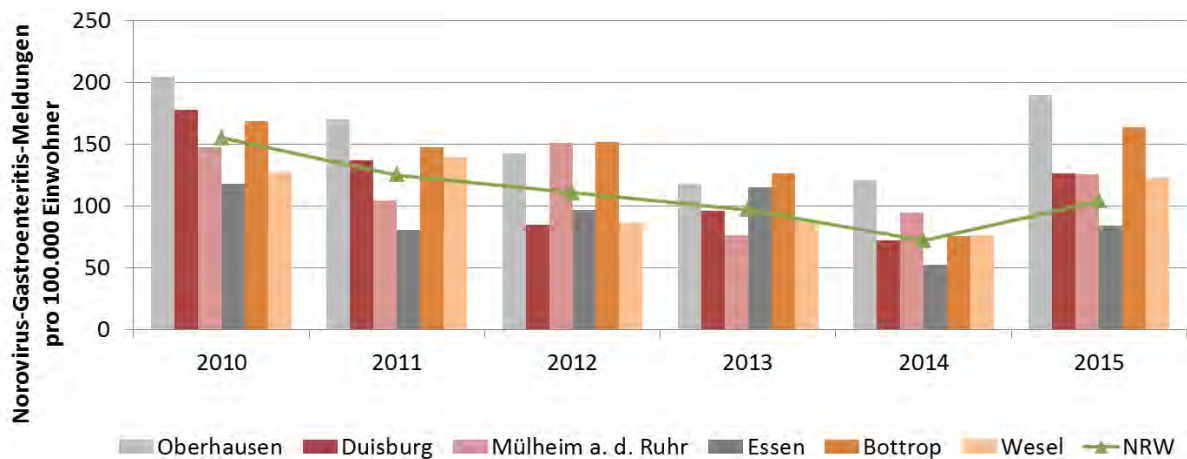


Abbildung 4: Anteil der Erregergruppen an nosokomialen Ausbrüchen (*modifiziert nach Infektionsepidemiologisches Jahrbuch des RKI 2015*).

Über 80 % aller nosokomialen Ausbrüche werden durch Noro- und Rotaviren verursacht. In Oberhausen wurden in den Jahren 2010 bis 2015 durchschnittlich 158 ± 36 Norovirus-Gastroenteritis-Meldungen pro 100.000 Einwohner verzeichnet (Abbildung 5A). Hierbei konnte beobachtet werden, dass die Zahlen seit 2010 rückläufig waren und von 2014 bis 2015 wieder anstiegen. Eine analoge Tendenz konnte man auch für die Meldungen in Nordrhein-Westfalen pro 100.000 Einwohner (grüne Linie) beobachten. Auch für die Nachbarkommunen von Oberhausen findet man eine ähnliche Variabilität, wobei Mühlheim an der Ruhr eine vermehrte Meldungen im Jahr 2012 zu verzeichnen hatte (Abbildung 5B).



A



B

Abbildung 5: Norovirus-Gastroenteritis-Meldungen pro 100.000 Einwohner in Oberhausen und NRW (A) und in den Nachbarkommunen (B) (Quelle: *Infektionsjahresberichte 2010 bis 2015 des LZG.NRW*).

Rotaviren verursachen in Oberhausen in den Jahren 2010 bis 2015 durchschnittlich 48 ± 27 Meldungen pro 100.000 Einwohner und Jahr. Meldungen aufgrund von Rotavirus-verursachter Gastroenteritis blieben in den Jahren 2010 bis 2012 konstant. Im Jahr 2013 konnte eine Zunahme an Meldungen auf 103 Meldungen pro 100.000 Einwohner verzeichnet werden, bevor die Zahl in den Jahren 2014 und 2015 wieder sank und konstant blieb. Eine leichte Zunahme der Meldungen im Jahr 2013 konnte auch für NRW (grüne Linie) gezeigt werden (Abbildung 6A). Für dieses Jahr konnten auch vermehrte Meldungen in den Städten Duisburg, Essen, Bottrop und Kreis Wesel beobachtet werden (Abbildung 6B).

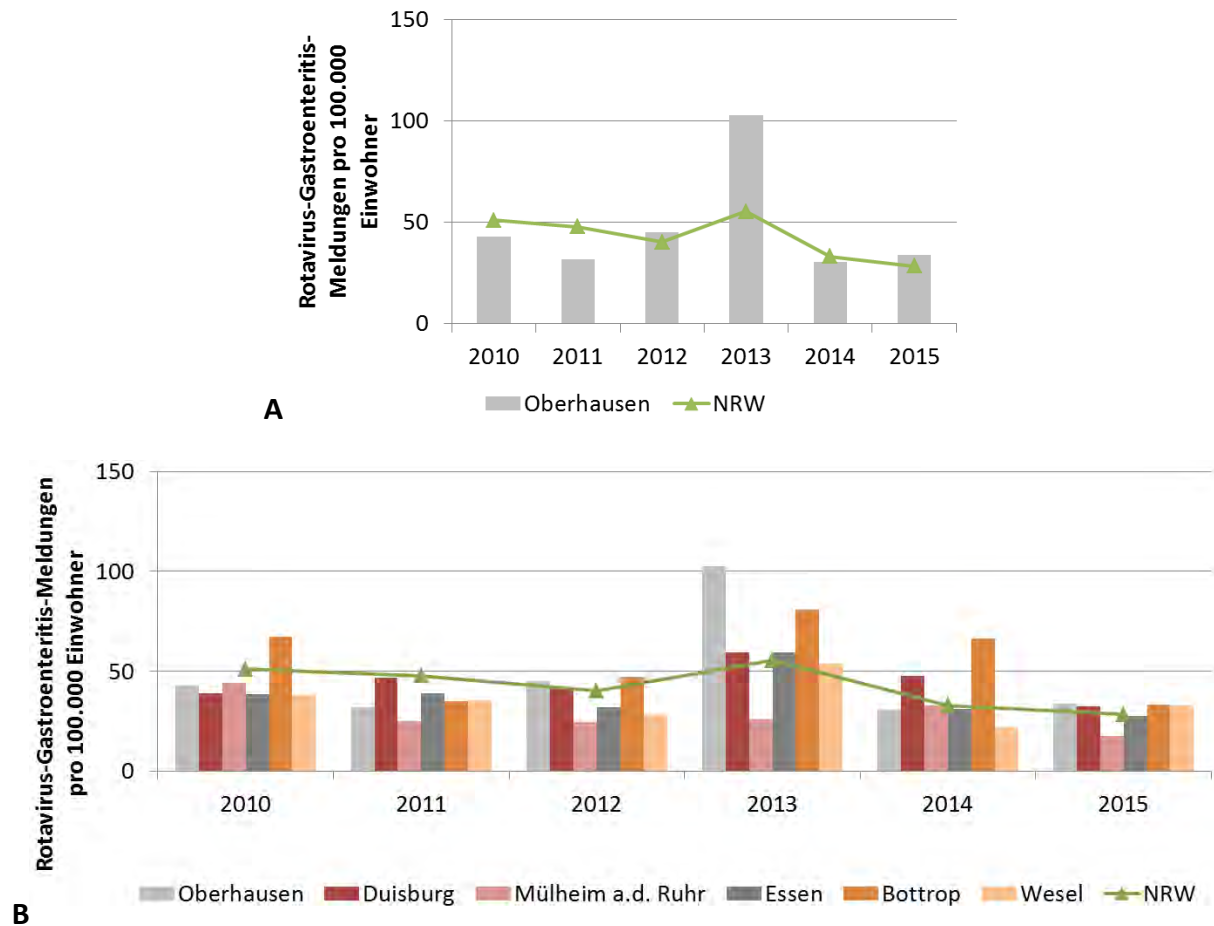
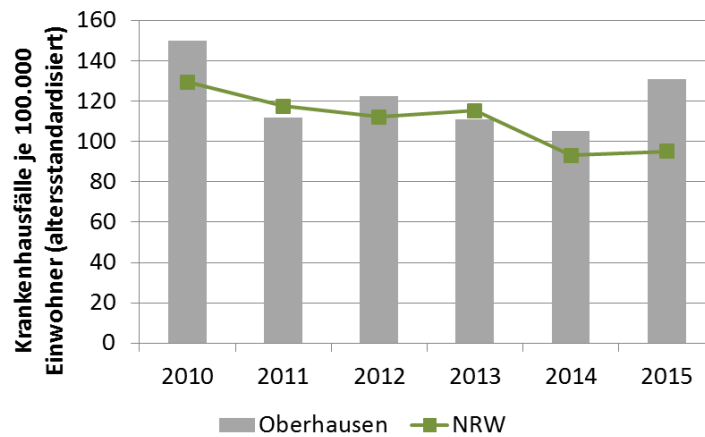
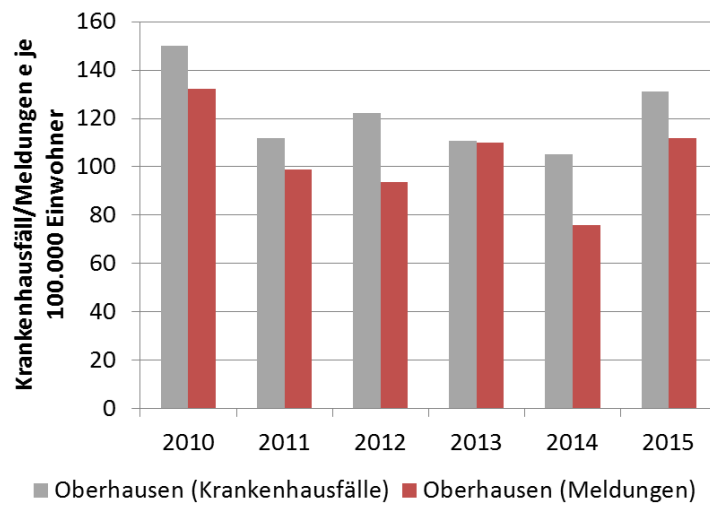


Abbildung 6: Rotavirus-Gastroenteritis-Meldungen pro 100.000 Einwohner in Oberhausen und NRW (A) und in den Nachbarkommunen (B) (Quelle: Infektionsjahresberichte 2010 bis 2015 des LZG.NRW).

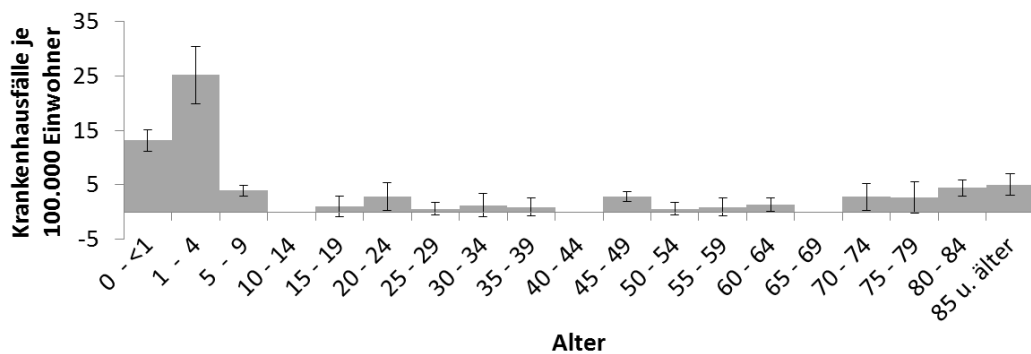
In Oberhausener Krankenhäusern wurden in den Jahren 2010 bis 2015 durchschnittlich 122 ± 17 Patientinnen und Patienten pro 100.000 Einwohner stationär aufgrund einer durch Noroviren oder Rotaviren verursachten Gastroenteritis behandelt. Die Zahl der Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohner für das Land NRW war ähnlich (Abbildung 7 A). Außerdem korrelierten die Krankenhausfälle mit den Infektionsmeldungen pro 100.000 Einwohner deutlich ($R^2=0,69$) (Abbildung 7 B). Bei der Betrachtung der Altersverteilung für Norovirus- und Rotavirus-Gastroenteritis fällt auf, dass vor allem Säuglinge und Kleinkinder stationär behandelt werden müssen, aber auch hochaltrige Menschen (Abbildung 7 C).



A



B



C

Abbildung 7: Krankenhaufälle aufgrund von virusbedingter Gastrenteritis in Oberhausen und NRW je 100.000 Einwohner in den Jahren 2010 bis 2015 (A). Korrelation zwischen Krankenhaufällen und Meldung von Norovirus- und Rotavirus-Gastroenteritis für die Jahre 2010 bis 2015 (B). Altersverteilung bei Norovirus- und Rotavirus-Gastroenteritis (Mittelwert der Jahre 2013 bis 2015) (C) (Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2017, HOSPIDat und MORTAdat).

4. Multiresistente Erreger

4.1 Erregergruppen

Multiresistente Erreger (MRE) sind Krankheitserreger, die Resistenzen gegen bestimmte Medikamente wie Antibiotika entwickelt haben. Die Entwicklung einer Resistenz beruht darauf, dass sich Organismen, die sich am besten an äußere Bedingungen anpassen können, am ehesten überleben und es zu einer Veränderung im Erbgut kommt, so dass ein Bakterium zum Beispiel eine Antibiotikatherapie überlebt, sich vermehrt und diese Antibiotikaresistenz an seine Nachkommen weitergibt. Durch den vermehrten Einsatz sowie die falsche Einnahme von Antibiotika haben sich Bakterien entwickelt, die fast gegen alle gängigen Antibiotika resistent geworden sind. Hier spricht man von multiresistenten Stämmen. Problematisch ist, dass viele Menschen Träger dieser Erreger sind und diese verbreiten können und andere Menschen infizieren können, ohne selbst zu erkranken⁶. Dabei spielen unterschiedliche Erreger eine Rolle.

4.1.1 Grampositive Bakterien

Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA)

Bei *Staphylococcus aureus* handelt es sich um ein kugelförmiges, grampositives und fakultativ-pathogenes Bakterium, welches weit verbreitet ist und verschiedene Oberflächen des Menschen besiedelt. Etwa 20-30 % der Bevölkerung sind dauerhaft kolonisiert. Eine Besiedelung mit *Staphylococcus aureus* verursacht zunächst keine Infektionen oder Symptome, kann aber unter bestimmten Voraussetzungen wie zum Beispiel nach Verletzungen der Hautbarriere eine Vielzahl von Infektionen hervorrufen.

1961 wurde erstmals ein Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus*- Stamm beschrieben, welcher eine Resistenz gegenüber Methicillin zeigte. Da diese Stämme häufig auch Resistenzen gegenüber anderen β -Laktamen und eine Vielzahl anderer Antibiotikaklassen wie Chinolone, Tetracycline, Aminoglykoside, Erythromycin, und Sulfonamide aufweisen, ist heutzutage häufig die Bezeichnung multi-resistenter *Staphylococcus aureus* gebräuchlich. Neben MRSA-Stämmen treten auch Oxacillin-resistente *Staphylococcus aureus* (ORSA) sowie Vancomycin-intermediär empfindliche *Staphylococcus aureus* (VISA) und -resistente

Staphylococcus aureus (VRSA)-Stämme auf. VISA besitzen eine verminderte Empfindlichkeit gegenüber Vancomycin und anderen Glykopeptidantibiotika, VRSA-Stämme sind resistent gegenüber Vancomycin und anderen Glykopeptidantibiotika (Tabelle 1). Methicillin wird heute nicht mehr als Therapeutikum verwendet. Seit seiner Erstbeschreibung hat sich MRSA weltweit zu einem der wichtigsten multiresistenten Erreger entwickelt. Seit Mitte der 1990er Jahre stieg der Anteil von MRSA in allen *Staphylococcus aureus* aus klinischem Material in Deutschland von 1,1 % auf 20,3 % im Jahr 2007 an. Inzwischen ist allerdings wieder ein rückläufiger Trend zu verzeichnen.^{7,8}

Tabelle 1: Resistenzübersicht von *Staphylococcus aureus* im stationären Bereich von Krankenhäusern 2016 (Quelle: ARS - Antibiotika-Resistenz-Surveillance, RKI, Datenstand 11.08.2017, Datum der Abfrage 13.12.2017).

Antibiotikum	Resistent		Intermediär		Sensitiv		Total
	n	%	n	%	n	%	n
Oxacillin	13.546	15,0	0	0,0	76.726	85,0	90.272
Penicillin	56.169	78,2	2	0,0	15.622	21,8	71.793
Ciprofloxacin	13.682	28,2	370	0,8	34.413	71,0	48.465
Levofloxacin	19.097	25,1	243	0,3	56.719	74,6	76.059
Moxifloxacin	15.657	24,8	742	1,2	46.645	74,0	63.044
Gentamicin	2.039	2,5	71	0,1	80.338	97,4	82.448
Clindamycin	16.320	19,8	269	0,3	65.890	79,9	82.479
Erythromycin	16.816	20,8	102	0,1	63.779	79,0	80.697
Doxycyclin	1.646	4,3	72	0,2	36.476	95,5	38.194
Tetracyclin	2.146	4,2	254	0,5	48.745	95,3	51.145
Teicoplanin	46	0,1	1	0,0	52.543	99,9	52.590
Co-Trimoxazol	1.062	1,3	34	0,0	81.188	98,7	82.284
Fosfomycin	1.092	1,4	1	0,0	74.840	96,6	75.933
Fusidinsäure	1.490	2,4	90	0,1	61.298	97,5	62.878
Rifampicin	296	0,4	99	0,1	70.968	99,4	71.363

n=Anzahl Isolate

Es werden nur Antibiotika mit ≥ 50 getesteten Isolaten angezeigt.

Die Verteilung von MRSA in Europa ist trotz ähnlichem Niveau des Gesundheitssystems sehr unterschiedlich. Hierfür wurden vom EARS-Net im Auftrag des Europäischen Zentrums für Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) Ergebnisse aus Routinetests zur Antibiotikaempfindlichkeit von *Staphylococcus aureus* in klinischen Laboratorien ausgewertet. In den skandinavischen Ländern ist der Anteil von MRSA unter den *Staphylococcus aureus*-Stämmen sehr gering und liegt in Schweden unter 1 %. In den Niederlanden liegt die Rate bei 3 % und in Deutschland bei 25 %. Die höchsten MRSA-Raten findet man in Portugal und Rumänien, wo die Raten bei über 50% liegen (Abbildung 8).

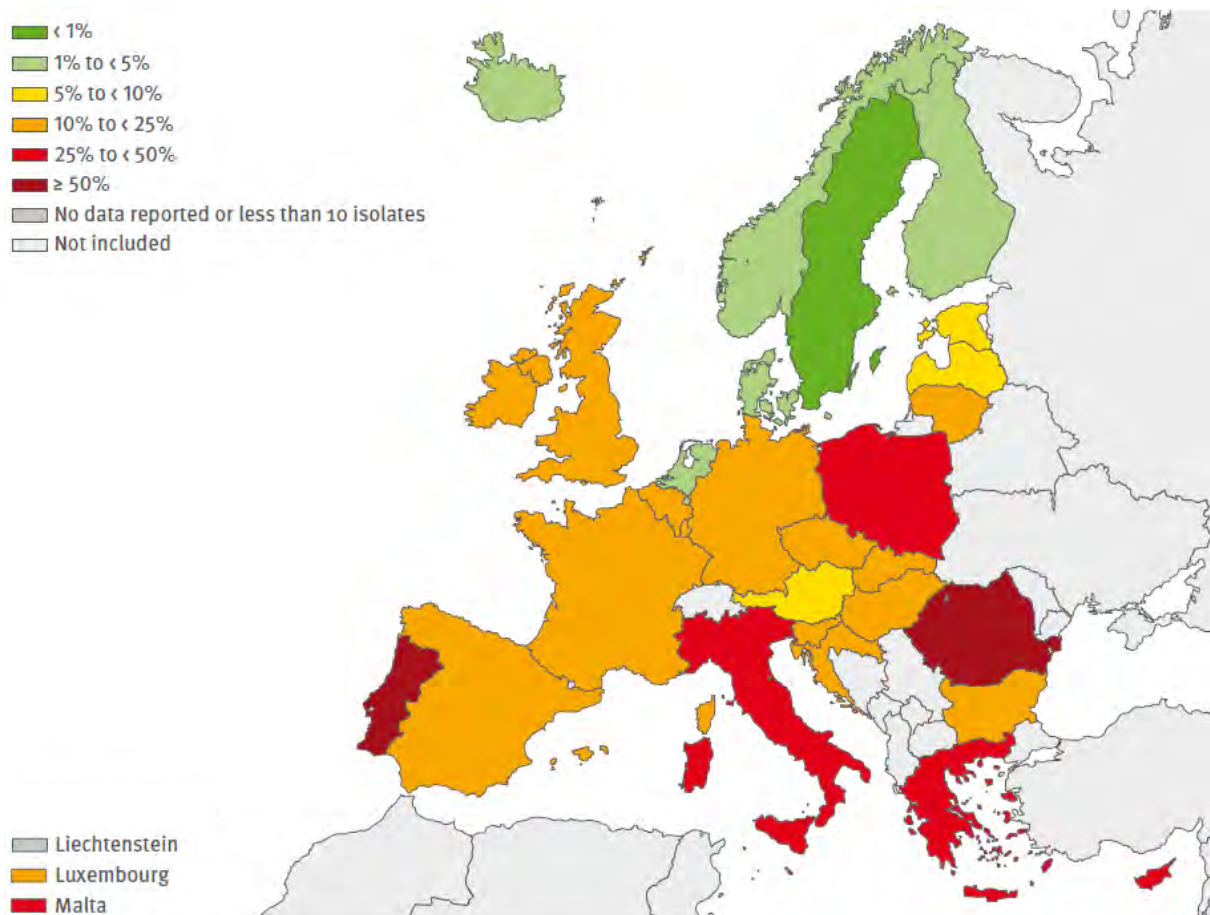
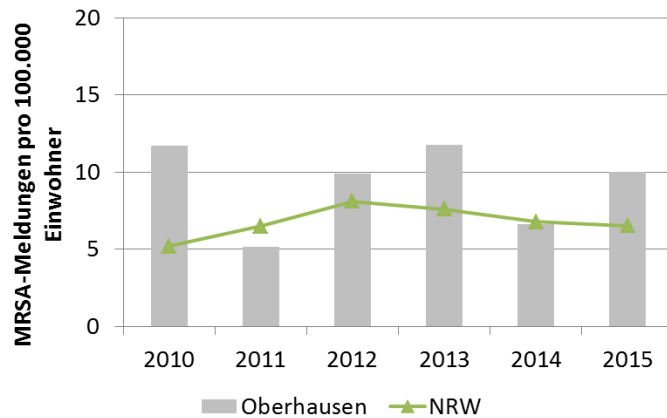
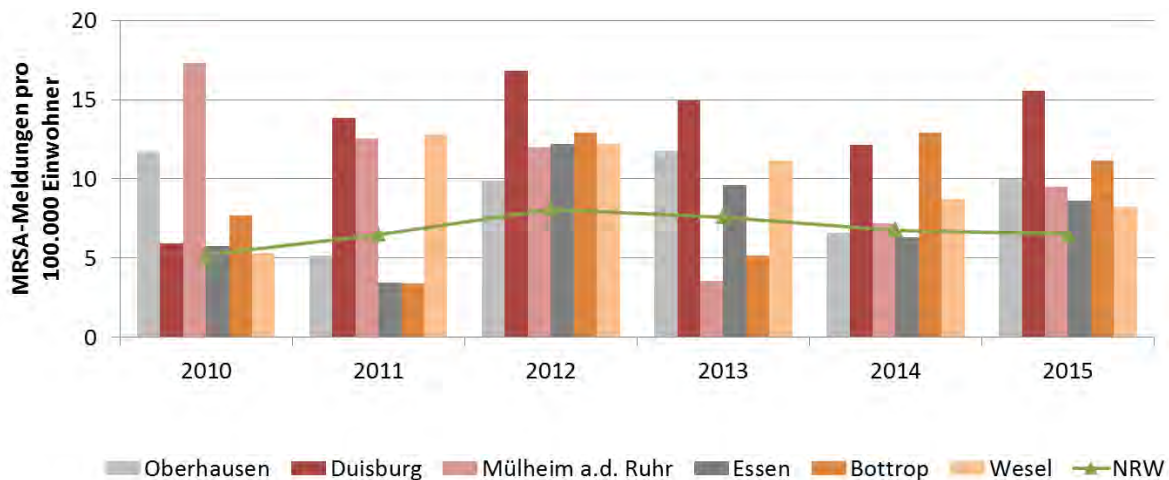


Abbildung 8: Geographische Verteilung von MRSA im Jahr 2012 in Europa durch Nachweis von MRSA in menschlichen Isolaten (Quelle: *Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network, EARS-Net*)⁹.

MRSA verursachte in Oberhausen in den Jahren 2010 bis 2015 durchschnittlich 9 ± 3 Meldungen pro 100.000 Einwohner und Jahr. Im Jahr 2011 konnte eine Abnahme an Meldungen unter dem NRW-Durchschnitt verzeichnet werden. (Abbildung 9A). Beim Vergleich mit den Nachbarkommunen von Oberhausen konnten gezeigt werden, dass auch in diesen Städten die Meldungen zu MRSA einer ständigen Fluktuation unterliegen (Abbildung 9B).



A



B

Abbildung 9: MRSA-Meldungen pro 100.000 Einwohner in Oberhausen und NRW (A) und in den Nachbarkommunen (B) (Quelle: Infektionsjahresberichte 2010 bis 2015 des LZG.NRW).

Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE)

Enterococcus faecalis und *Enterococcus faecium* kommen natürlicherweise im Gastrointestinaltrakt von Menschen und Tieren vor, wo sie Hauptbestandteil der natürlichen Darmflora sind. Es handelt sich um grampositive Kokken, die einzeln, paarweise oder kurzkettig auftreten. Sie können unter anderem Harnwegsinfektionen, Wundinfektionen und sogar Sepsis verursachen. Dabei sind vor allem abwehrgeschwächte Personen gefährdet. Enterokokken verfügen über eine Reihe natürlicher und erworbener Resistenzen gegen verschiedene Antibiotika, so wird vor allem bei *Enterococcus faecalis* eine zunehmende Resistenz für Vancomycin verzeichnet, man spricht deshalb von Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE). Aber auch gegen Clindamycin, Penicillin G, Cephalosporine, Erythromycin, Chloramphenicol, Streptomycin und Tetrazykline konnte eine Resistenzbildung beobachtet werden (Tabelle 2). VRE sind in stationären Einrichtungen weit verbreitet. Vor allem in Risikobereichen wie Intensivstationen können für VRE steigende Infektionsraten angezeigt werden. 1995 konnten in 5 % aller Isolate von nosokomialen Infektionen Vancomycin-resistente *Enterococcus faecium*-Stämme nachgewiesen werden, wobei die

Tendenz steigend ist. In Deutschland nehmen sie Platz zwei der bei nosokomialen Infektionen isolierten Mikroorganismen ein¹⁰.

Tabelle 2: Resistenzübersicht von *Enterococcus faecium* (A) und *Enterococcus faecalis* (B) im stationären Bereich von Krankenhäusern 2016 (Quelle: ARS - Antibiotika-Resistenz-Surveillance, RKI, Datenstand 11.08.2017, Datum der Abfrage 13.12.2017).

A *Enterococcus faecium*

Antibiotikum	Resistent		Intermediär		Sensitiv		Total
	n	%	n	%	n	%	n
Ampicillin	1.324	93,7	3	0,2	86	6,1	1.413
Levofloxacin	1.155	93,8	11	0,9	65	5,3	1.231
Moxifloxacin	631	95,3	10	1,5	21	3,2	662
Gentamicin 500 (high level)	287	18,3	0	0,0	1.278	81,7	1.565
Streptomycin 1000 (high level)	527	68,3	0	0,0	245	31,7	772
Teicoplanin	126	8,1	0	0,0	1.426	91,9	1.552
Vancomycin	234	12,0	2	0,1	1.721	87,9	1.957

B *Enterococcus faecalis*

Antibiotikum	Resistent		Intermediär		Sensitiv		Total
	n	%	n	%	n	%	n
Ampicillin	113	0,3	27	0,1	37.199	99,6	37.339
Levofloxacin	11.736	38,2	323	1,1	18.685	60,8	30.744
Moxifloxacin	7.116	45,0	183	1,2	8.510	53,8	15.809
Gentamicin 500 (high level)	8.543	27,8	0	0,0	22.242	72,2	30.785
Streptomycin 1000 (high level)	6.083	28,3	0	0,0	15.404	71,7	21.487
Teicoplanin	31	0,1	1	0,0	34.435	99,9	34.467
Vancomycin	56	0,1	0	0,0	43.874	99,9	43.930

n=Anzahl Isolate

Es werden nur Antibiotika mit ≥ 50 getesteten Isolaten angezeigt.

Auch die Verteilung der Häufigkeit von VRE variiert wieder sehr innerhalb Europas. Die skandinavischen Länder sowie die Niederlande, Frankreich, Kroatien und Bulgarien finden nur in 1 % aller Isolate *Enterococcus faecium*-Stämme, die resistent gegen Vancomycin sind. In Deutschland sind es 10-25 %. Am häufigsten werden VRE in Irland, nämlich in 25 bis zu 50 % der Isolate gefunden. Für *Enterococcus faecalis* sieht das Bild etwas anders aus. Wenige Aminoglykosid-resistente Enterokokken werden vor allem in Schweden, Island, Frankreich, Belgien und Luxemburg gefunden. Viele Isolate finden sich dagegen in Italien, der Slowakei, Ungarn und Litauen, wo > 50 % aller *Enterococcus faecalis*-Isolate Aminoglykosid-resistente *Enterococcus faecalis*-Stämme aufweisen (Abbildung 10). Zu den Aminoglykosid-Antibiotika zählen Streptomycin und Gentamicin.

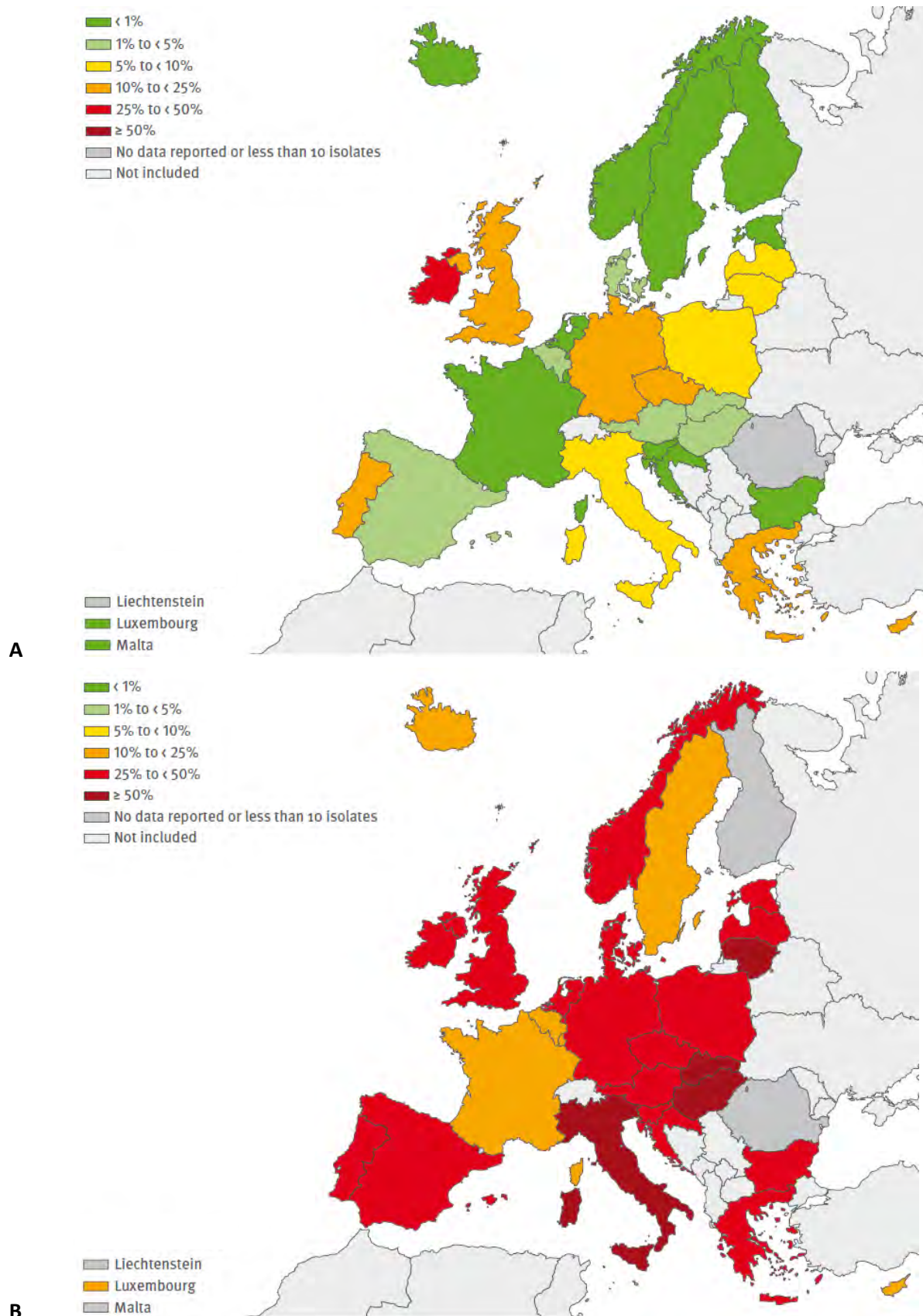
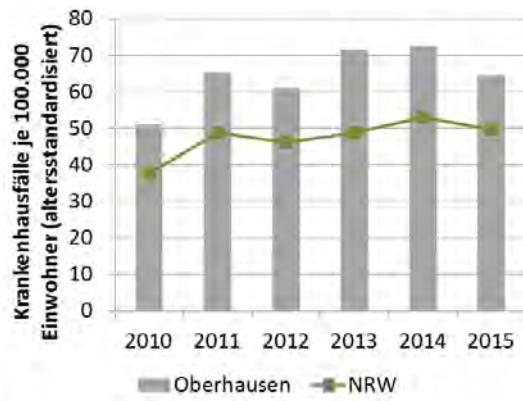


Abbildung 10: Geographische Verteilung von Vancomycin-resistenten *Enterococcus faecium* (A) und Aminoglykosid-resistenten *Enterococcus faecalis* (B) im Jahr 2012 in Europa durch Nachweis von VRE in menschlichen Isolaten (Quelle: Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network, EARS-Net)⁹.

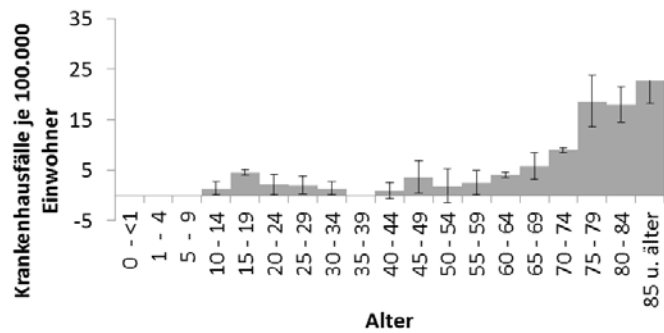
Clostridium difficile

Clostridium difficile ist ein sporenbildendes grampositives Stäbchen, das ein natürlicher Bestandteil der gesunden Darmflora des Menschen und von Tieren ist. Bei Infektionen mit dem Bakterium *Clostridium difficile* handelt es sich um die häufigste Durchfallerkrankung, die im Krankenhaus erworben wird. Hochrechnungen für Deutschland gehen davon aus, dass es zu 100.000 Fällen jährlich kommt¹¹. Die Tendenz ist weiter steigend und *Clostridium difficile* Infektionen (CDI) stellen ein weit größeres Problem dar als Infektionen mit MRSA, da sie mittlerweile doppelt so häufig auftreten wie MRSA-Infektionen¹². Neben starken Durchfällen treten auch schmerzhafte Darmentzündungen auf, die auch tödlich enden können. CDI sind eine enorme Belastung für Patienten, aber auch für das Pflegepersonal und ist eine häufige Folge von Antibiosen. Durch die Einnahme von Antibiotika entsteht im Darm ein Ungleichgewicht zwischen nützlichen und schädlichen Bakterien, da Antibiotika auch Bakterien einer gesunden Darmflora zerstören. Aufgrund seiner Resistenzeigenschaft, kann sich *Clostridium difficile* ausbreiten und zu ernststen Beschwerden führen. Statistisch stirbt jeder sechste Patient innerhalb von 30 Tagen an einer CDI¹³. *Clostridium difficile* zählt somit als wichtigster Erreger der Antibiotika-assoziierten Durchfallerkrankung (AAD). Darüber hinaus kann die Infektion auch auf andere Patienten, unabhängig von einer Antibiotikatherapie, sowohl als asymptomatische Besiedlung als auch als manifeste Erkrankung übertragen werden.

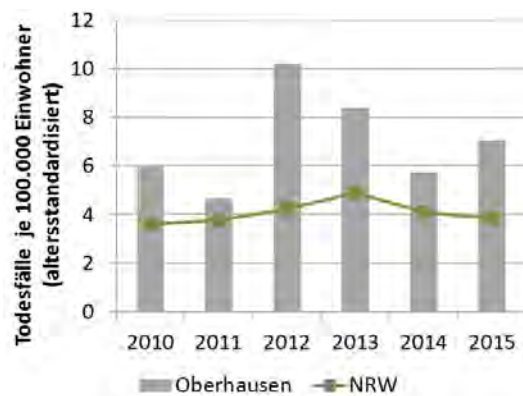
In Oberhausen werden pro Jahr durchschnittlich 64 ± 8 Bürgerinnen und Bürger pro 100.000 Einwohner aufgrund einer bakteriellen Darminfektion in Oberhausener Krankenhäusern behandelt. Dabei ist zu beachten, dass diese Zahlen neben Infektionen mit *Clostridium difficile* auch Infektionen mit *Escherichia coli*, *Campylobacter* und *Yersinia enterocolitica* beinhalten. Die Werte für Oberhausen liegen dabei in jedem Jahr über dem NRW-Durchschnitt (Abbildung 11 A). Bei Betrachtung der Altersverteilung wird deutlich, dass vor allem ältere Personen und hochaltrige Personen betroffen sind (Abbildung 11 B). Bakterielle Darminfektionen können bei hochaltrigen Patienten auch einen tödlichen Verlauf nehmen. In den Jahren 2010 bis 2015 starben durchschnittlich 7 ± 2 Personen an einer bakteriellen Darminfektion. Alle Personen waren 75 Jahre und älter (Abbildung 11 C und D).



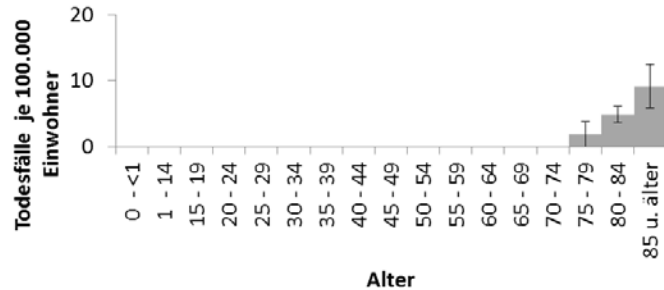
A



B



C



D

Abbildung 11: Krankenhausfälle (A) und Todesfälle (C) aufgrund von bakteriellen Darminfektionen (durch *Escherichia coli*, *Campylobacter*, *Yersinia enterocolitica* und *Clostridium difficile*) in Oberhausen und NRW je 100.000 Einwohner in den Jahren 2010 bis 2015 sowie die Altersverteilung bei Krankenhausfällen (B) und Todesfällen (D) (Mittelwert der Jahre 2013 bis 2015) (Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2017, HOSPI dat und MORTAdat).

4.1.2 Gramnegative Bakterien

Multiresistente gramnegative Stäbchen (MRGN)

Neben grampositiven Bakterien wie MRSA oder VRE, werden immer häufiger Infektionen mit resistenten und multiresistenten gramnegativen Bakterien, sogenannte MRGN, beschrieben. Zu dieser Erregergruppe zählen Bakterien wie *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* oder Enterobakterien wie *Klebsiella pneumoniae* und *Escherichia coli*. MRGN werden aufgrund ihrer Resistenzeigenschaften klassifiziert. Der Abkürzung MRGN wird eine Zahl von eins bis vier vorangestellt, die die Anzahl der Antibiotikaklassen (Penicilline, Carbapeneme, Gyrasehemmer oder Cephalosporine) bezeichnet (Tabelle 3), gegen die das jeweilige Bakterium resistent ist. Dabei sind Resistenzen gegen eine oder zwei Antibiotikaklassen sehr häufig, aber unkritisch, weshalb sie selten verwendet werden. Im klinischen Alltag sind MRGN mit 3 oder 4 Antibiotikaresistenzen von Interesse, diese werden dann als 3MRGN oder 4MRGN bezeichnet.

Wie bereits für MRSA beschrieben, bereiten diese Bakterien dem gesunden Menschen keine Probleme. Meistens besiedeln sie Menschen lediglich ohne eine Infektion hervorzurufen. Bei schwerstkranken Personen wie zum Beispiel auf Intensivstationen, können diese Bakterien allerdings schwerwiegende Harnwegsinfektionen, Bauchfellentzündungen, Pneumonien, Sepsen oder Wundinfektionen hervorrufen.

Tabelle 3: Resistenzübersicht von *Acinetobacter baumannii* (A), *Pseudomonas aeruginosa* (B), *Klebsiella pneumoniae* (C) und *Escherichia coli* (D) im stationären Bereich von Krankenhäusern im Jahr 2016. (Quelle: ARS - Antibiotika-Resistenz-Surveillance, RKI, Datenstand 11.08.2017, Datum der Abfrage 14.12.2017 bzw. *15.12.2017).

A *Acinetobacter baumannii*

Antibiotikum	Antibiotikagruppe	Resistent		Intermediär		Sensitiv		Total
		n	%	n	%	n	%	n
Ampicillin/Sulbactam	Penicilline/β-Lactamase-Inhibitoren	1.143	41,9	109	4,0	1.478	54,1	2.730
Piperacillin	Penicilline	1.038	52,6	223	11,3	712	36,1	1.973
Piperacillin/Tazobactam	Penicilline/β-Lactamase-Inhibitoren	816	30,6	307	11,5	1.542	57,9	2.665
Cefepim	Cephalosporine	296	34,5	32	3,7	529	61,7	857
Ceftazidim	Cephalosporine	1.720	50,0	368	10,7	1.350	39,3	3.438
Imipenem	Carbapeneme	153	3,2	35	0,7	4.551	96,0	4.739
Meropenem	Carbapeneme	191	3,8	30	0,6	4.746	95,6	4.967
Ciprofloxacin	Gyrasehemmer	438	8,8	106	2,1	4.407	89,0	4.951
Levofloxacin	Gyrasehemmer	243	7,4	120	3,7	2.922	88,9	3.285
Amikacin	Aminoglykoside	42	4,1	7	0,7	968	95,2	1.017
Gentamicin	Aminoglykoside	200	4,1	9	0,2	4.711	95,8	4.920
Tobramycin	Aminoglykoside	89	4,1	9	0,4	2.072	95,5	2.170
Colistin	Polymyxine	11	1,5	0	0,0	710	98,5	721
Co-Trimoxazol	Sulfonamide	287	5,8	24	0,5	4.624	93,7	4.935
Tigecyclin	Glycylcycline	142	14,8	43	4,5	776	80,7	961

B *Pseudomonas aeruginosa*

Antibiotikum	Antibiotikagruppe	Resistent		Intermediär		Sensitiv		Total
		n	%	n	%	n	%	n
Piperacillin	Penicilline	4.796	15,4	536	1,7	25.799	82,9	31.131
Piperacillin/Tazobactam	Penicilline/β-Lactamase-Inhibitoren	4.856	13,1	414	1,1	31.731	85,8	37.001
Cefepim	Cephalosporine	1.944	6,8	288	1,0	26.362	92,2	28.594
Ceftazidim	Cephalosporine	3.293	8,8	242	0,6	33.910	90,6	37.445
Imipenem	Carbapeneme	5.279	14,7	1.019	2,8	29.587	82,4	35.885
Meropenem	Carbapeneme	2.489	6,6	2.856	7,6	32.348	85,8	37.693
Aztreonam	Monobactame	2.593	12,4	15.294	73,0	3.065	14,6	20.952
Ciprofloxacin	Gyrasehemmer	5.062	13,5	1.846	4,9	30.598	81,6	37.506
Levofloxacin	Gyrasehemmer	2.950	16,9	985	5,7	13.493	77,4	17.428
Amikacin	Aminoglykoside	833	2,9	921	3,2	26.675	93,8	28.429
Gentamicin	Aminoglykoside	2.647	7,1	395	1,1	34.311	91,9	37.353
Tobramycin	Aminoglykoside	1.279	4,1	71	0,2	30.202	95,7	31.552
Colistin	Polymyxine	289	1,3	15	0,1	21.804	98,6	22.108

C *Klebsiella pneumoniae*

Antibiotikum	Antibiotikagruppe	Resistent		Intermediär		Sensitiv		Total
		n	%	n	%	n	%	n
Amoxicillin/Clavulansäure	Penicilline/β-Lactamase-Inhibitoren	3.947	22,7	1.546	8,9	11.927	68,5	17.420
Ampicillin/Sulbactam	Penicilline/β-Lactamase-Inhibitoren	9.489	25,0	4.560	12,0	23.953	63,0	38.002
Piperacillin	Penicilline	16.691	64,9	2.453	9,5	6.585	25,6	25.729
Piperacillin/Tazobactam	Penicilline/β-Lactamase-Inhibitoren	5.082	13,0	3.131	8,0	30.740	78,9	38.953
Cefepim	Cephalosporine	752	13,0	49	0,8	4.965	86,1	5.766
Cefotaxim	Cephalosporine	4.726	13,7	90	0,3	29.785	86,1	34.601
Ceftazidim	Cephalosporine	4.864	12,1	891	2,2	34.300	85,6	40.055
Cefuroxim	Cephalosporine	7.060	18,9	8.003	21,5	22.239	59,6	37.302
Ertapenem	Carbapeneme	184	1,2	19	0,1	14.884	98,7	15.087
Imipenem	Carbapeneme	116	0,3	54	0,1	38.201	99,6	38.371
Meropenem	Carbapeneme	150	0,4	52	0,1	40.371	99,5	40.573
Ciprofloxacin	Gyrasehemmer	4.723	11,6	1.058	2,6	34.928	85,8	40.709
Amikacin	Aminoglykoside	57	1,0	210	3,6	5.615	95,5	5.882
Gentamicin	Aminoglykoside	2.836	7,0	69	0,2	37.700	92,8	40.605
Tobramycin	Aminoglykoside	1.132	11,4	105	1,1	8.690	87,5	9.927
Doxycyclin	Tetracycline	1.093	21,8	172	3,4	3.741	74,7	5.006
Tetracyclin	Tetracycline	1.702	17,8	319	3,3	7.543	78,9	9.564
Co-Trimoxazol	Sulfonamide	5.681	14	53	0,1	34.950	85,9	40.684
Fosfomycin	Epoxide	5.002	18,9	42	0,2	21.364	80,9	26.408
Tigecyclin	Glycylcycline	2.103	6,8	2.149	7,0	26.499	86,2	30.751

D *Escherichia coli* *

Antibiotikum	Antibiotikagruppe	Resistent		Intermediär		Sensitiv		Total
		n	%	n	%	n	%	n
Amoxicillin	Penicilline	21.359	48,2	151	0,3	22.832	51,5	44.342
Amoxicillin/Clavulansäure	Penicilline/β-Lactamase-Inhibitoren	26.330	35,1	5.256	7,0	43.444	57,9	75.030
Ampicillin	Penicilline	67.393	48,7	12.124	8,8	58.855	42,5	138.372
Ampicillin/Sulbactam	Penicilline/β-Lactamase-Inhibitoren	63.879	37,6	18.199	10,7	87.862	51,7	169.940
Piperacillin	Penicilline	53.262	47,7	734	0,7	57.602	51,6	111.598
Piperacillin/Tazobactam	Penicilline/β-Lactamase-Inhibitoren	16.764	9,7	11.286	6,6	144.016	83,7	172.066
Cefepim	Cephalosporine	3.042	13,4	146	0,6	19.549	86,0	22.737
Cefotaxim	Cephalosporine	19.047	12,7	189	0,1	130.953	87,2	150.189
Ceftazidim	Cephalosporine	15.802	8,8	6776	3,8	157.551	87,5	180.129
Cefuroxim	Cephalosporine	28.634	17,2	36.029	21,7	101.379	61,1	166.042
Ertapenem	Carbapeneme	96	0,2	20	0,0	55.166	99,8	55.282
Imipenem	Carbapeneme	20	0,0	23	0,0	171.099	100,0	171.142
Meropenem	Carbapeneme	23	0,0	22	0,0	181.404	100,0	181.449
Ciprofloxacin	Gyrasehemmer	35.763	19,6	1.895	1,0	144.790	79,4	182.448
Amikacin	Aminoglykoside	164	0,7	701	3,0	22.330	96,3	23.195
Gentamicin	Aminoglykoside	11.120	6,1	999	0,5	170.201	93,4	182.320
Tobramycin	Aminoglykoside	3.472	8,8	358	0,9	35.827	90,3	39.657
Doxycyclin	Tetracycline	5.613	30,9	153	0,8	12.411	68,3	18.177
Tetracyclin	Tetracycline	12.504	29,9	202	0,5	29.119	69,6	41.825
Co-Trimoxazol	Sulfonamide	45.677	25,1	101	0,1	136.476	74,9	182.254
Fosfomycin	Epoxide	1.891	1,4	19	0	132.542	98,6	134.452
Nitrofurantoin	Nitrofuran-Derivat	1.732	1,4	671	0,5	124.759	98,1	127.162
Tigecyclin	Glycylcycline	256	0,2	544	0,4	131.788	99,4	132.588

Auch die Verbreitung von MRGN in Europa ist sehr divers. *Acinetobacter spp.* Stämme mit Resistenzen gegen Gyrasehemmer, Aminoglykoside und Carbapeneme finden sich vor allem in Portugal, Italien, Rumänien, Griechenland, Polen, Ungarn und Bulgarien (25 bis zu über 50 % aller untersuchten Isolate). In Deutschland zeigen 5 bis 10 % aller Isolate eine Resistenz gegen die genannten Antibiotikaklassen. Die wenigsten Resistenzen findet man in Norwegen und Großbritannien. Dreifache Resistenzen gegen Gyrasehemmer,

Aminoglykoside sowie Carbapeneme findet man von 25 bis zu über 50 % in Portugal, Italien, Rumänien, Griechenland, Polen, Ungarn und Bulgarien (Abbildung 12).

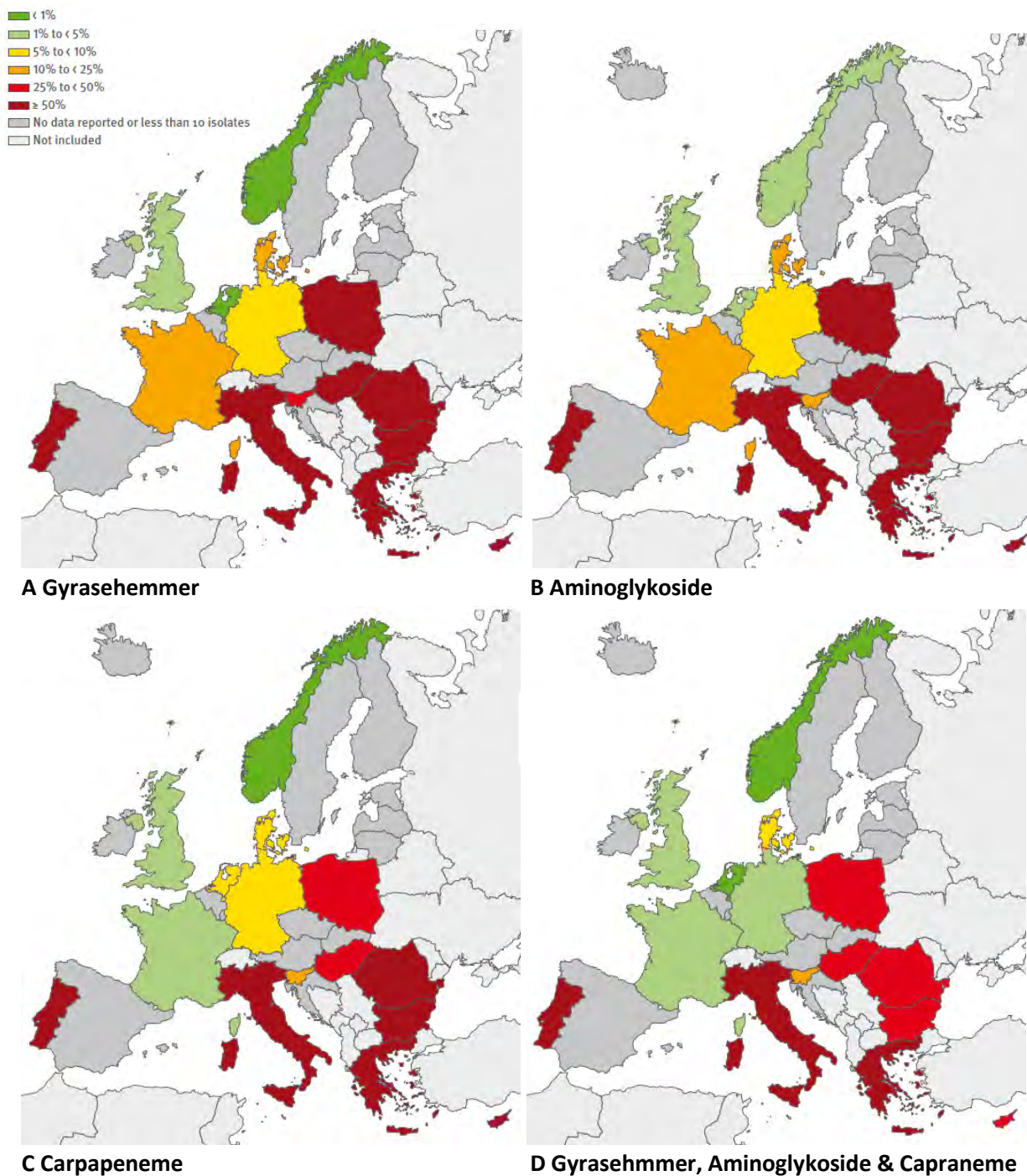


Abbildung 12: Geographische Verteilung von Gyrasehemmer-resistenten (A), Aminoglykosid-resistenten (B), Carbapeneme-resistenten (C) und multiresistenten (Gyrasehemmer, Aminoglykosid und Carbapeneme) *Acinetobacter spp.* Stämmen (D) im Jahr 2012 in Europa durch Nachweis von VRE in menschlichen Isolaten (Quelle: Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network, EARS-Net)⁹.

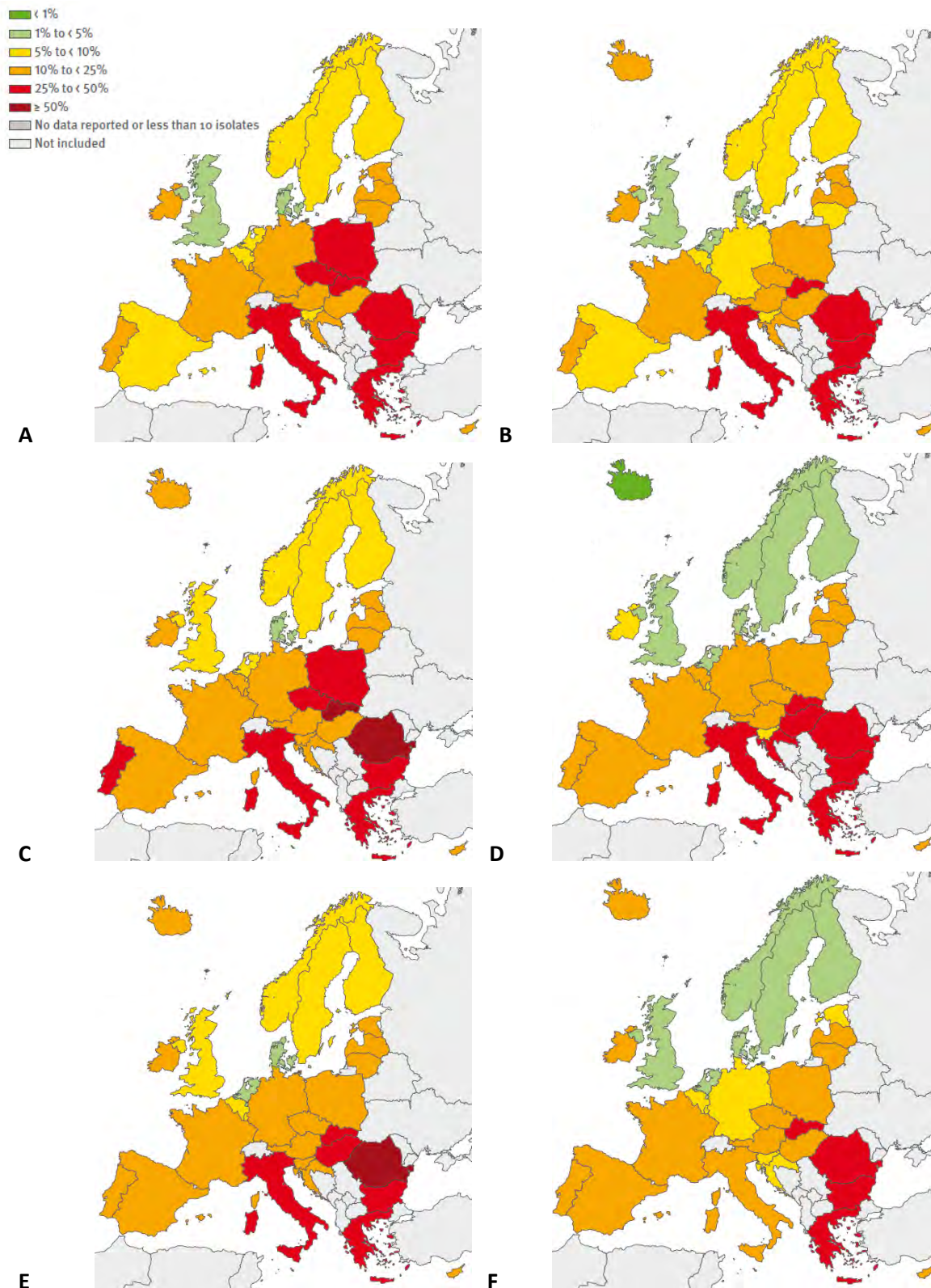
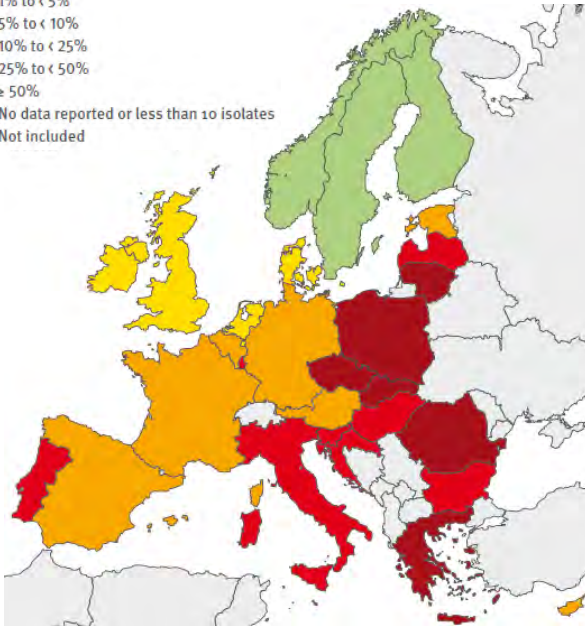
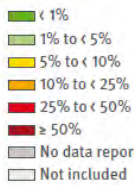
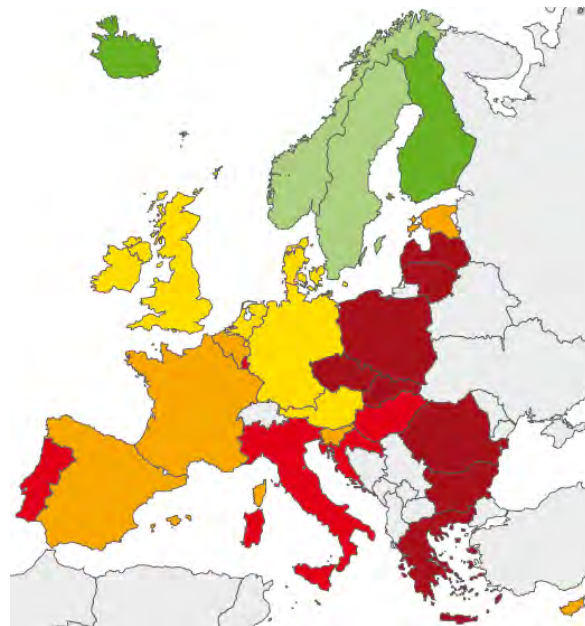


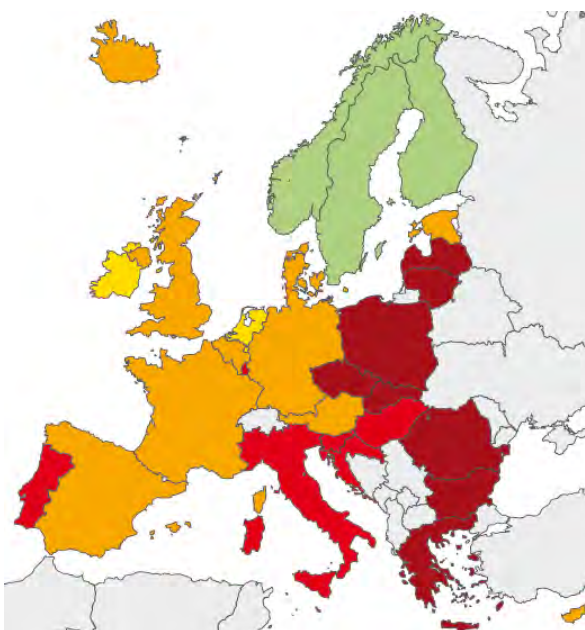
Abbildung 13: Geographische Verteilung von Piperacillin- (A), Ceftazidim- (B), Gyrasehemmer- (C), Aminoglykosid- (D) Carpapeneme- (E) und multi-resistenten (Piperacillin (\pm Tazobactam), Ceftazidim, Gyrasehemmer, Aminoglykosid und Carpaneme) *Pseudomonas aeruginosa* Stämmen (F) im Jahr 2012 in Europa durch Nachweis von VRE in menschlichen Isolaten (Quelle: Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network, EARS-Net)⁹.



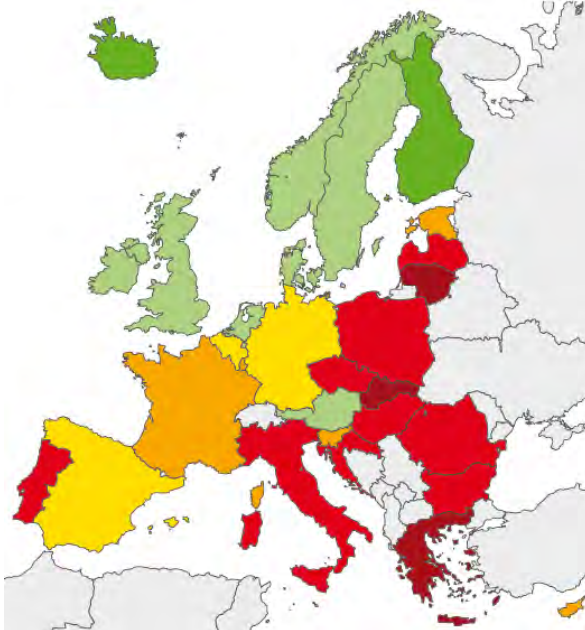
A Gyrasehemmer



B Aminoglykoside



C Cephalosporine



D Gyrasehemmer, Aminoglykoside & Cephalosporine

Abbildung 14: Geographische Verteilung von Gyrasehemmer-resistenten (A), Aminoglykosid-resistenten (B), Cephalosporin-resistenten (C) und multiresistenten (Gyrasehemmer, Aminoglykosid und Cephalosporine) *Klebsiella pneumoniae* Stämmen (D) im Jahr 2012 in Europa durch Nachweis von VRE in menschlichen Isolaten (Quelle: Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network, EARS-Net)⁹.

Eine ähnliche Verteilung findet man auch für *Pseudomonas aeruginosa* und *Klebsiella pneumoniae*. Multiresistente Stämme findet man vor allem wieder in Südosteuropa. Resistenzen gegen ein einziges Antibiotikum oder eine einzige Antibiotikagruppe wurden häufig auch in Portugal und Italien gefunden. Deutschland befindet sich auf einem mittleren Niveau. Die skandinavischen Staaten zeigen wieder wenige Resistenzen, wobei sie für

Pseudomonas aeruginosa-Stämme eine zunehmende Resistenz für Piperacillin, Ceftazidim, Gyrasehemmer sowie Carbapeneme zeigen (Abbildung 13 und 14).

4.2 Umgang mit besiedelten Patientinnen und Patienten

Weltweit verursacht *Staphylococcus aureus* die meisten nosokomialen Infektionen. Diese Bakterien kommen natürlicherweise auf der Schleimhaut des Nasenvorhofs und auch auf der Haut von jedem dritten Menschen vor. In Deutschland sind 20-30 % aller Menschen mit *Staphylococcus aureus* „besiedelt“. Normalerweise verursacht eine Besiedelung mit diesen Bakterien keinerlei Symptome oder Infektionen. Durch die Verletzung der Haut zum Beispiel durch Verletzungen oder bei Operationen kann *Staphylococcus aureus* Wundinfektionen mit Abszessen und Eiterbildung verursachen. Normalerweise verlaufen diese Infektionen harmlos, bei einem geschwächten Immunsystem kann es aber zu Komplikationen wie Lungenentzündungen und Blutvergiftungen kommen. Mittels Antibiotika können solche Infektionen allerdings gut behandelt werden. Multiresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) Stämme haben die gleichen krankmachenden Eigenschaften wie gewöhnliche *Staphylococcus aureus* Bakterien, allerdings sind sie aufgrund ihrer Antibiotikaresistenzen viel schwieriger zu behandeln. Hier stehen nur noch wenige teure und nebenwirkungsreiche Antibiotika zur Verfügung. Genau wie antibiotikaempfindliche *Staphylococcus aureus* kann auch MRSA Menschen besiedeln, ohne dass Krankheitszeichen entstehen. Im Gegensatz zur Besiedelung mit Antibiotika-empfindlichen *Staphylococcus aureus* ist die Rate für MRSA-Besiedelungen sehr viel geringer und liegt bei circa 1-2 %. Ähnliches gilt auch gram-negative Bakterien. Sie gehören zur normalen menschlichen Darmflora und sind zum Teil auch auf der Haut und Schleimhäuten zu finden. Normalerweise verursachen auch diese Bakterien keine Symptome. Auch multiresistente gramnegative Bakterien (MRGN) können vorkommen, ohne dass eine Infektion verursacht wird. Beim Eindringen in den Körper können sowohl MRGN als auch Antibiotika-empfindliche Bakterien schwere Infektionen wie Lungenentzündungen, Harnwegsinfektionen, Wundinfektionen und Blutvergiftungen verursachen. Der Unterschied liegt wieder in der Behandlung mit Antibiotika. Infektionen, die durch 3MRGN hervorgerufen wurden, können noch gut behandelt werden, bei einer Infektion mit 4MRGN sind fast keine Antibiotika mehr wirksam¹⁴⁻¹⁶.

Beim Umgang mit besiedelten Patientinnen und Patienten gibt es große Unterschiede, wo die Patientinnen und Patienten untergebracht sind. So gelten in Krankenhäusern sehr viel strengere Vorgaben als in Senioren- oder Pflegeheimen oder im häuslichen Bereich. In Krankenhäusern befinden sich zum Teil schwerstkranke Menschen, die auf engem Raum zusammen untergebracht sind und ein erhöhtes Risiko haben an einer Infektion zu erkranken. Häufig sind frische Operationswunden oder Katheter Eintrittspforten für Erreger in den Körper. Darüber hinaus sind viele Patientinnen und Patienten auch immunsupprimiert oder erhalten eine Antibiotikatherapie, was multiresistenten Bakterienstämmen einen Selektionsvorteil verschafft. Der wichtigste Übertragungsweg von MRSA ist die direkte Übertragung zwischen Menschen, meist über die Hände. Durch Einrichtungsgegenstände,

medizinische Geräte oder Türgriffe ist aber auch eine indirekte Übertragung möglich. Außerdem kann eine Übertragung über Tröpfchen, zum Beispiel beim Husten oder Niesen, nicht ausgeschlossen werden. Übertragungen von MRGN können auch über Schmier- und Kontaktinfektionen, also über den direkten oder indirekten Kontakt mit Ausscheidungen, infizierten Wunden oder erregerehaltigen Sekreten aber auch über verunreinigte Flächen und Gegenstände erfolgen. Hier spielt die Sauberkeit von Händen eine überaus wichtige Rolle. In Krankenhäusern ist es besonders wichtig, die Weitergabe der Infektion auf andere Patientinnen und Patienten zu verhindern. Deshalb werden MRSA-positive Patientinnen und Patienten in Einzelzimmer untergebracht oder sind mit anderen MRSA-positiven Patientinnen und Patienten in Mehrbettzimmern untergebracht. Aufgrund dessen müssen alle Besucherinnen und Besucher beim Betreten eines solchen Zimmers Schutzkleidung in Form von Schutzkittel und Mund-Nasenschutz tragen. Diese Kleidung verbleibt beim Verlassen des Zimmers im Zimmer. Außerdem sollen Besucherinnen und Besucher in die hygienische Händedesinfektion eingewiesen werden. Für den Umgang mit MRSA-Träger für gesunde Kontaktpersonen wie Angehörige sind keine besonderen Sicherheitsmaßnahmen notwendig, da das Risiko einer MRSA-Infektion sehr gering ist. Händeschütteln und Umarmen des MRSA-Patienten ist ohne Einschränkungen möglich. Patienten mit 4MRGN sind ebenfalls in Einzelzimmer mit separaten Sanitäreinrichtungen unterzubringen und strikt zu isolieren. Patienten mit 3MRGN werden darüber nur in Risikobereichen wie Intensiv-, Onkologie- oder Neugeborenenstationen isoliert ¹⁴⁻¹⁶.



Diese besonderen Maßnahmen gelten wie bereits erwähnt lediglich in Krankenhäusern. Im häuslichen Bereich sind diese strikten Verhaltensweisen nicht notwendig. Hier sind eine gute persönliche Hygiene und das sorgfältige Händewaschen ausreichend. Dazu zählen neben dem regelmäßigen Händewaschen mit Flüssigseife, insbesondere nach dem Toilettengang, personenbezogene Nutzung von Handtüchern, Waschlappen, Zahnbürsten oder Rasierapparaten, tägliches Wechseln von Handtüchern, Waschlappen und Unterwäsche sowie das Waschen von Unterwäsche und Bettwäsche bei mindestens 60°C. Verschärfte Vorsichtsmaßnahmen werden erst notwendig, wenn in der häuslichen Gemeinschaft, Menschen mit Hauterkrankungen oder offenen Wunden oder mit geschwächten Immunsystem wie zum Beispiel im Falle einer Krebstherapie, angeborenen Immunschwächekrankheiten oder bei AIDS-Patientinnen und -Patienten leben. Sollte eine Darmbesiedlung mit 4MRGN bei einem Familienmitglied vorliegen, wird empfohlen, Kontaktflächen nach Toilettenbenutzung wie zum Beispiel der Toilettendeckel oder den Wasserhahn sowie die Hände zu desinfizieren. Schwer erkrankte, immunsupprimierte Personen oder Personen mit offenen Wunden sollten den körperlichen Kontakt zu einem 4MRGN-positiven Familienmitglied möglichst einschränken oder ganz vermeiden ¹⁴⁻¹⁶.

Bei der Behandlung von MRSA-positiven Patientinnen und Patientinnen im häuslichen Bereich, ob in der Arztpraxis oder bei Hausbesuchen, steht vor allem die Fortbildung und Schulung des Praxispersonals zum richtigen Umgang mit MRSA-Patienten sowie die Praxislogistik und geeignete Hygienemaßnahmen im Vordergrund. Es wird empfohlen, die

Maßnahmen in einen MRSA-Hygieneplan zusammenzustellen. Außerdem sollte das Praxispersonal einschließlich der Ärztinnen und Ärzte über den MRSA-Status der Patientinnen und Patienten informiert sein. Auch in der Praxis ist die hygienische Händedesinfektion die wichtigste Maßnahme zur Verhinderung einer Übertragung. Vor und nach jedem Kontakt zum Patienten muss eine Händedesinfektion erfolgen, auch wenn Einmalhandschuhe getragen wurden. Handschuhe müssen vor allem dann getragen werden, wenn es zu einem möglichen Kontakt zu Körpersekreten oder Ausscheidungen kommen könnte sowie bei der Versorgung von Wunden, Kathetern oder Sonden. Das gleiche gilt für Schutzkittel. Ein Mund-Nasenschutz muss nur getragen werden, wenn es zur Tröpfchenbildung kommen kann. Darüber hinaus sollten Mitarbeiter mit Wunden nicht bei der Behandlung von MRSA-positiven Patientinnen und Patienten eingesetzt werden. Bei Hausbesuchen sollten MRSA-positive Patientinnen und Patienten möglichst am Ende eines Arbeitstages versorgt werden¹⁵.

4.3 Eindämmung von multiresistenten Erregern

Der Hauptübertragungsweg von multiresistenten Erregern sind die Hände. Die wichtigste Eindämmungsstrategie besteht deshalb darin, die direkte Übertragung zwischen Menschen über den Handkontakt zu verhindern. Die soeben beschriebenen Hygienemaßnahmen, insbesondere die Handhygiene, müssen deshalb zwingend eingehalten werden. Um eine MRSA-Kolonisation zu beseitigen können Mittel zur Dekolonisierung auf Schleimhäute und Haut angewendet werden. Diese Maßnahme wird vor allem vorgenommen, wenn eine besondere Infektionsgefahr wie vor einer Operation besteht. Aber auch zur Vermeidung einer weiteren Übertragung kann eine solche Behandlung sinnvoll sein. Zur zuvor beschriebenen Dekolonisierung über fünf bis sieben Tage wird zusätzlich eine Behandlung der Nase mit einer speziellen Nasensalbe, eine Mundpflege mit antiseptischen Produkten sowie ein tägliches Waschen von Körper und Haaren mit einer antiseptischen Waschlösung durchgeführt¹⁴. Patienten mit einer Infektion bekommen zusätzlich eine Antibiotikatherapie. Hierbei werden sogenannte Reserveantibiotika eingesetzt, die als Tablette oder in Form von Infusionen verabreicht werden¹⁷. Bei Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus, ist es wichtig, dass die Information über den MRSA-Status weitergegeben wird und begonnene Sanierungsmaßnahmen fortgesetzt werden. Der Sanierungserfolg wird über Kontrollabstriche überprüft¹⁵. Bei einer Kolonisierung mit MRGN gibt es dagegen keine Möglichkeit der Sanierung¹⁸.

4.4 Gewissenhafter Umgang mit Antibiotika

Antibiotika sind Medikamente, die zur Behandlung bakterieller Infektionen angewendet werden. Dabei töten sie Bakterien ab oder hemmen sie in ihrer Vermehrung, so dass die körpereigene Abwehr die Infektion bekämpfen kann. Heutzutage werden mehr als 50 verschiedene Wirkstoffe als Antibiotika eingesetzt. Durch eine ungezielte Anwendung von Antibiotika kann es allerdings zu einer Selektion der Erreger kommen. Dies bedeutet, dass

Antibiotika-empfindliche Bakterien abgetötet werden, wohingegen Bakterien mit einer bestimmten Resistenzeigenschaft überleben und sich weiter ausbreiten. Bakterien haben den Vorteil, dass sie sich sehr gut und schnell an Veränderungen in der Umgebung anpassen können und zum Beispiel gegen ein Antibiotikum widerstandsfähig bzw. resistent werden. Eine Folge dieses Prozesses ist, dass das Antibiotikum nicht mehr wirken kann und diese resistenten Erreger auch auf andere Menschen übertragen werden können^{21,22}. Aus diesem Grund ist ein sorgfältiger und umsichtiger Umgang mit Antibiotika unumgänglich. Gerade durch die unkritische Verschreibung von Antibiotika entstehen immer mehr Resistenzen. Aber auch jeder einzelne Patient kann dazu beitragen, dass Antibiotika auch in Zukunft wirksam bleiben. Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände hat deshalb sieben Tipps für den richtigen Umgang mit Antibiotika herausgegeben²¹.



1. Wenden Sie Antibiotika ausschließlich nach ärztlicher Verordnung an.
2. Nehmen Sie Antibiotika immer so lange und in der Dosierung ein, wie vom Arzt vorgesehen. Beenden Sie die Behandlung nicht vorzeitig, auch wenn es Ihnen schon besser geht.
3. Fragen Sie Ihren Apotheker, was Sie bei der Einnahme der Antibiotika beachten müssen, z. B. Wechselwirkungen mit Lebensmitteln.
4. Heben Sie keine Reste von Antibiotika auf, um sie bei der nächsten Infektion einzunehmen.
5. Geben Sie Antibiotika, die der Arzt Ihnen verordnet hat, nicht an andere Patienten weiter.
6. Entsorgen Sie Antibiotika nicht über die Toilette oder das Waschbecken, sondern über den Hausmüll. So werden sie rückstandslos verbrannt. Die Entsorgung von Antibiotika über das Abwasser verbreitet die Substanzen in die Umwelt und fördert so die Entstehung von Resistenzen. Einige Apotheken bieten als freiwilligen Service an, Arzneimittelreste zu entsorgen.
7. Vermeiden Sie Infektionen soweit wie möglich.

Um diese Bemühungen auch europaweit zu unterstützen wurde eine rationale Antiinfektivaverordnung, ein Antibiotic Stewardship, kurz ABS, entwickelt. Genau genommen ist damit ein programmatisches, nachhaltiges Bemühen einer medizinischen Einrichtung um Verbesserung und Sicherstellung einer rationalen Antiinfektivaverordnungspraxis gemeint. Dazu zählen Strategien und Maßnahmen, die die Qualität der Behandlung mit Antibiotika und auch anderen Antiinfektiva wie Antimykotika (gegen Pilzinfektionen), Antiparasitika (gegen parasitäre Infekte) und Antiviralia (gegen virale Infekte) sichern. Hierbei soll durch Auswahl der Medikamente, Dosierung, Applikation und Anwendungsdauer das beste klinische Therapieergebnis unter Berücksichtigung einer minimalen Toxizität für den Patienten erzielt werden. Vorteile eines etablierten ABS sind

außerdem günstigere Einflüsse auf Resistenz-, Kosten- und Verbrauchsentwicklung²³. Eine aktuelle große Studie konnte bereits zeigen, dass durch ABS-Maßnahmen, die zur Reduktion verschiedener Antibiotika führte, durch *Clostridium difficile* verursachte Durchfälle um 68 % in Kliniken und um 45 % im ambulanten Bereich sanken³⁹.

4.5 MRE-Netzwerk der Stadt Oberhausen

Um all diesen Problemen auch in Oberhausen sachgerecht begegnen zu können, wurde 2011 das MRE-Netzwerk Oberhausen gegründet. Ziel dieses Netzwerkes ist es, der Verbreitung der multiresistenten Erreger innerhalb des Oberhausener Gesundheitssystems wirksam entgegenzutreten und die Entwicklung von Krankenhausinfektionen sachgerecht einzudämmen. Zielgruppen des Netzwerkes sind die Krankenhäuser, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankentransportdienste sowie Alten- und Pflegeheime.

Ein wichtiges Thema der Zusammenarbeit, gerade mit den Krankenhäusern, ist die weitere Verbesserung der Krankenhaushygiene. Im Jahr 2016 konnte wie bereits im Jahr 2014 ein MRE-Qualitätssiegel an die Oberhausener Krankenhäuser verliehen werden. Bedingung für den Erhalt dieses Siegels ist, dass sich die Einrichtungen verpflichten, zehn seitens des MRE-Netzwerkes Nordwest definierte Qualitätsziele zu übernehmen. Das Erreichen der Qualitätsziele wird über ein Punktesystem bestätigt und letztlich durch ein Qualitätssiegel sichtbar gemacht. Im Jahr 2016 nahmen außerdem fünf Senioreneinrichtungen aus Oberhausen an einer Neuauflage der europaweiten Studie HALT-3 (Healthcare associated Infections in European Long Term Facilities) teil. In Deutschland wird diese Studie durch das Robert Koch-Institut koordiniert und soll einen Überblick über das Infektionsgeschehen sowie das Infektions- und Antibiotikamanagement in den Langzeitpflegeeinrichtungen geben.

Die unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure des MRE-Netzwerkes diskutieren relevante Themen in regelmäßigen Netzwerksitzungen, die durch den Bereich Gesundheitswesen der Stadt Oberhausen moderiert werden. Im Jahr 2017 wurde der Kreis durch regelmäßige gemeinsame Treffen zwischen Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen erweitert.

Weitere Aufgaben des Netzwerkes sind:

- Beantwortung der Anfragen von Bürgerinnen und Bürgern und der Politik
- Entwicklung von Verfahren zum MRGN-Screening bei Aufnahme von Patientinnen und Patienten in die Oberhausener Krankenhäuser
- Entwicklung von Verfahren zur Übergabe von Patientinnen und Patienten, die durch die Feuerwehr, bzw. den Rettungsdienst der Feuerwehr im Rahmen einer Infektionsfahrt transportiert werden
- MRSA-Sanierungen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte
- Regelmäßige Fortbildungen z.B. zum Thema Basishygiene und MRSA-Sanierung für Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und medizinisches Assistenzpersonal

Weitere Informationen sowie die Kontaktdaten zu Ansprechpartnern des Netzwerks finden Sie unter folgendem Link:



<https://www.oberhausen.de/de/index/rathaus/verwaltung/umwelt-gesundheit-oekologische-stadtentwicklung/gesundheitswesen/mre-netzwerk-oberhausen.php>

5. Impfpräventable Infektionen

5.1 Erreger von impfpräventablen Infektionen

Als impfpräventable Erkrankungen bezeichnet man bestimmte Infektionskrankheiten, die durch einen ausreichenden Impfschutz verhindert werden können. Diese Erkrankungen spielen auch in Deutschland immer noch eine große Rolle und es kommt immer wieder zu regionalen Ausbrüchen basierend auf einem ungenügenden Impfschutz in der betroffenen Bevölkerung. Oft treten lokal begrenzte Ausbrüche insbesondere in Kindertageseinrichtungen oder Schulen auf, welche aber durch entsprechende Maßnahmen wie zum Beispiel Inkubationsimpfungen und Ausschlüsse infektiöser Personen schnell eingedämmt werden können. Durch Mobilität von infizierten Personen werden Krankheiten zum Teil aber auch exportiert und es kommt ggf. zu überregionalen Ausbrüchen. Diese Art von Ausbrüchen wird häufig schwerer erkannt als ein lokaler Ausbruch und ist somit auch schwerer einzudämmen ²⁴.

5.1.1 Masern

Zu den impfpräventablen Infektionen zählen Infektionskrankheiten wie Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten oder Windpocken. Besonders bei Masern handelt es sich um eine hochansteckende Krankheit, die durch Tröpfcheninfektion übertragen wird. Dabei führt das Masernvirus bereits bei kurzer Exposition zu einer Infektion (Kontagionsindex nahe 100 %). Masern sind weltweit verbreitet und gehören zu den zehn häufigsten Infektionskrankheiten. Bei Masern handelt es sich um eine Virusinfektion mit charakteristischem Verlauf und einem typischen Masernexanthem. Eine Masernerkrankung bringt häufig Komplikationen wie Mittelohrentzündungen oder Lungenentzündungen mit sich und führt in etwa 0,1 % der Fälle zu einer gefürchteten Entzündung des Hirngewebes (Masernencephalitis). Diese endet bei 10-20 % der Betroffenen tödlich oder bei 20-30 % mit Schäden am zentralen Nervensystem. Hier sind besonders Kinder unter einem Jahr gefährdet, da diese noch nicht geimpft werden können (vergleiche Kapitel 5.4) ²⁵. Eine in der Bevölkerung relativ unbekannt, aber verheerende, Spätfolge von Masern ist ein erst Jahre nach der Maserninfektion auftretender fortschreitender Hirnabbauprozess der grundsätzlich zum Tode führt (Subakute Sklerosierende PanEncephalitis - SSPE). Dieser tritt mit einer Häufigkeit von 20-60 Fällen pro 100.000 Masernerkrankungen auf.

5.1.2 Mumps

Ebenso wie Masern sind auch Mumpsvirus-Infektionen weltweit verbreitet. Die Übertragung erfolgt durch Tröpfcheninfektion und direkte Speichelkontakte. Auch bei Mumps handelt es sich um eine Infektionskrankheit, die in jedem Lebensalter auftreten kann. Typisch für eine Mumps-Infektion ist eine entzündliche Schwellung der Ohrspeicheldrüse. Auch bei Mumps können viele Komplikationen wie z.B. Hirnhautentzündungen, Ertaubung, Erkrankungen des Zentralnervensystems, Entzündung der Bauchspeicheldrüse sowie eine Entzündung des Hodens bei Männern auftreten, wobei letztgenannte zu einer Störung der Fruchtbarkeit führen kann²⁶.

5.1.3 Röteln

Bei den Röteln handelt es sich um eine weitere klassische Kinderkrankheit, die weltweit vorkommt. Die Übertragung erfolgt auch hier über die Tröpfcheninfektion. 50 % der Infektionen im Kindesalter verlaufen asymptomatisch. Typischerweise tritt neben Kopfschmerzen, erhöhte Temperatur, Lymphknotenschwellungen, einem leichten Katarrh der oberen Luftwege und einer Bindehautentzündung ein kleinfleckiges Exanthem auf. Komplikationen werden eher selten beobachtet. Eine besondere Gefahr stellt eine Rötelinfection allerdings während der Schwangerschaft dar. In den ersten acht Schwangerschaftswochen führt eine Rötelinfection in 90 % aller Fälle zur Schädigung des Embryos. Während des zweiten Trimesters kommt es bei 25 bis 30 % aller Fälle zur Schädigung. Folgen einer Infektion des ungeborenen Kindes können ein Spontanabort, eine Frühgeburt oder Fehlbildungen des Herzens, der Augen und der Ohren sein. Weitere Schädigungen sind ein niedriges Geburtsgewicht, eine erhöhte Blutungsneigung, Leberentzündungen, Herzmuskelentzündungen oder ein verminderter Kopfumfang²⁷.

5.1.4 Varizellen/Windpocken

Das Varicella-Zoster-Virus verursacht zwei unterschiedliche Krankheitsbilder zu einen Varizellen oder Windpocken sowie zum anderen Herpes zoster oder Gürtelrose. Varizellen sind weltweit verbreitet. Die Übertragung erfolgt durch virushaltige Tröpfchen, die beim Atmen oder Husten ausgeschieden werden. Darüber hinaus ist eine Schmierinfektion durch den virushaltigen Bläscheninhalt der auftretenden Hautbläschen möglich. Dabei sind Varizellen äußerst kontagiös und nach einer Exposition erkranken über 90 von 100 empfänglichen Personen. Herpes zoster ist dagegen nur gering kontagiös, da hier nur die virushaltige Bläschenflüssigkeit infektiös ist. Bei einer Windpockenerkrankung zeigt sich neben Unwohlsein, Kopf- und Gliederschmerzen ein juckendes Exanthem begleitet von Fieber. Besonders bei Neugeborenen und Patienten mit Neurodermitis oder geschwächtem Immunsystem können sich schwere, zum Teil auch hämorrhagische Krankheitsverläufe zeigen, die auch tödlich enden können. Ansonsten sind Komplikationen eher selten und reichen von bakteriellen Superinfektionen der Hautläsionen bis hin zu Pneumonien, Zentralnervensystem-Manifestationen, Myokarditis, Nephritis, Arthritis oder Blutungsneigungen. Erkrankt eine schwangere Frau im ersten oder zweiten Trimester der Schwangerschaft, kann es zu dem sogenannten fetalen Varizellensyndrom kommen. Dabei kann es zu Hautveränderungen, neurologischen Erkrankungen und Fehlbildungen wie, Augenschäden oder Skelettanomalien kommen. Selbst die Erkrankung von Neugeborenen stellt immer noch ein großes Risiko dar und ist mit einer Letalität von 30 % verbunden²⁸.

5.1.5 Pertussis/Keuchhusten

Trotz hoher Impfquoten für Keuchhusten oder Pertussis in Deutschland kommt es immer wieder zu zyklischen Anstiegen im Abstand von vier bis sechs Jahren. Außerdem ist die Krankheitslast bei Säuglingen sehr hoch, so erreichte die Inzidenz in den östlichen Bundesländern während der Keuchhustenwelle in den Jahren 2011 und 2012 einen Höhepunkt mit 95 Erkrankten pro 100.000 Einwohner. Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass inzwischen über zwei Drittel aller Erkrankungen bei Jugendlichen und Erwachsenen auftreten. Aufgrund dessen wird auch Jugendlichen und Erwachsenen empfohlen, sich bei der Auffrischimpfung gegen Tetanus und Diphtherie gleichzeitig auch gegen Keuchhusten impfen zu lassen. Keuchhusten ist hoch ansteckend. Die Übertragung erfolgt mittels Tröpfcheninfektion durch Husten, Niesen oder Sprechen. Es handelt sich hierbei um eine Erkrankung, die über mehrere Wochen verläuft und die in drei Stadien eingeteilt wird. Während das erste Stadium eher unspezifisch verläuft, tauchen im 2. Stadium typische Symptome, wie zum Beispiel besonders nächtlich auftretende anhaltende anfallsartige Hustenattacken mit einer abschließenden ziehenden Einatmung (inspiratorischer Stridor) auf. Säuglinge haben das höchste Risiko an schwerwiegenden Komplikationen zu erkranken. Die meisten Krankenhausbehandlungen und fast alle Todesfälle sind auf ungeschützte Säuglinge unter sechs Monaten zurückzuführen. Die häufigste Komplikation ist eine Pneumonie, von der bis zu 10 % aller erkrankten Säuglinge und ältere Menschen betroffen sind²⁹.

All diese Infektionen haben den großen Vorteil, dass sie durch eine Impfung verhindert werden können. Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten Instrumenten der Prävention. Dabei dienen Impfungen nicht nur dem Eigenschutz, sondern auch dem Schutz der Personen, die aus verschiedensten Gründen nicht geimpft werden können, dem sogenannten Herdenschutz. Herdenschutz oder Herdenimmunität nennt man den Effekt, der auftritt, wenn eine Immunität, die durch Impfung erzeugt oder durch Infektion erworben wurde, innerhalb einer Population so weit verbreitet ist, dass durch die Verdrängung der Krankheit auch nicht-immune Menschen geschützt sind. Dies ist besonders relevant für Menschen, die aufgrund ihres Alters oder einer Grunderkrankung (zum Beispiel Menschen mit Erkrankungen des Immunsystems oder nach Organtransplantationen) nicht geimpft werden können. Dies trifft auch auf nicht-immune Schwangere und ihr ungeborenes Kind zu, ebenso auf Neugeborene, die noch nicht geimpft werden können³⁰. Das Erreichen des Herdenschutzes ist immer abhängig von der Übertragungsfähigkeit eines Erregers. Eine Herdenimmunität liegt für Masern dann vor, wenn mindestens 95 % der Bevölkerung zweimal gegen Masern geimpft wurde.

5.2 Impfsituation in Oberhausen

Bei Betrachtung der Impfquoten der hier ausgewählten Infektionserkrankungen von Oberhausener Schulanfängerinnen und Schulanfängern wird deutlich, dass diese über dem NRW-Durchschnitt liegen. Bei den Impfquoten für Masern, Mumps/Röteln und Varizellen

(Windpocken) wird ein zuverlässiger Impfschutz erst durch eine zweite Impfung gewährleistet, weshalb für diese Schutzimpfungen beide Teilimpfungen betrachtet werden müssen. Im Jahr 2015 waren 98,5 % der Schulanfängerinnen und Schulanfänger mindestens einmal gegen Masern geimpft. 94,5 % der Kinder waren zu diesem Zeitpunkt auch ein zweites Mal geimpft worden. Die erzielte Durchimpfungsrate von 95 % um den Herdenschutz für Masern zu erzielen, wurde damit nicht erreicht. Eine Impfquote von über 95 % für die zweite Impfung konnte lediglich in den Jahren 2010 und 2014 erreicht werden. Die geringste Impfquote wurde für die Varizellen-Impfung erreicht. Dies ist darin begründet, dass eine Varizellen-Impfung erst seit 2004 und eine zweimalige Varizellen-Impfung erst seit 2009 empfohlen wird und somit die Akzeptanz in den Jahren 2010 bis 2012 noch geringer war (Abbildung 15). Bei den in Abbildung 15 dargestellten Daten ist außerdem zu erwähnen, dass sie auf den Erhebungen der Schuleingangsuntersuchungen beruhen, bei denen lediglich Kinder im Alter von fünf bis sechs Jahren erfasst werden. In diesem Rahmen erfolgt dann grundsätzlich ein Hinweis auf noch ausstehende Impfungen, ob diese dann zeitnah oder im späteren Kinder- und Jugendalter sowie im Erwachsenenalter auch durchgeführt werden kann zu diesem Zeitpunkt nicht ermittelt werden.

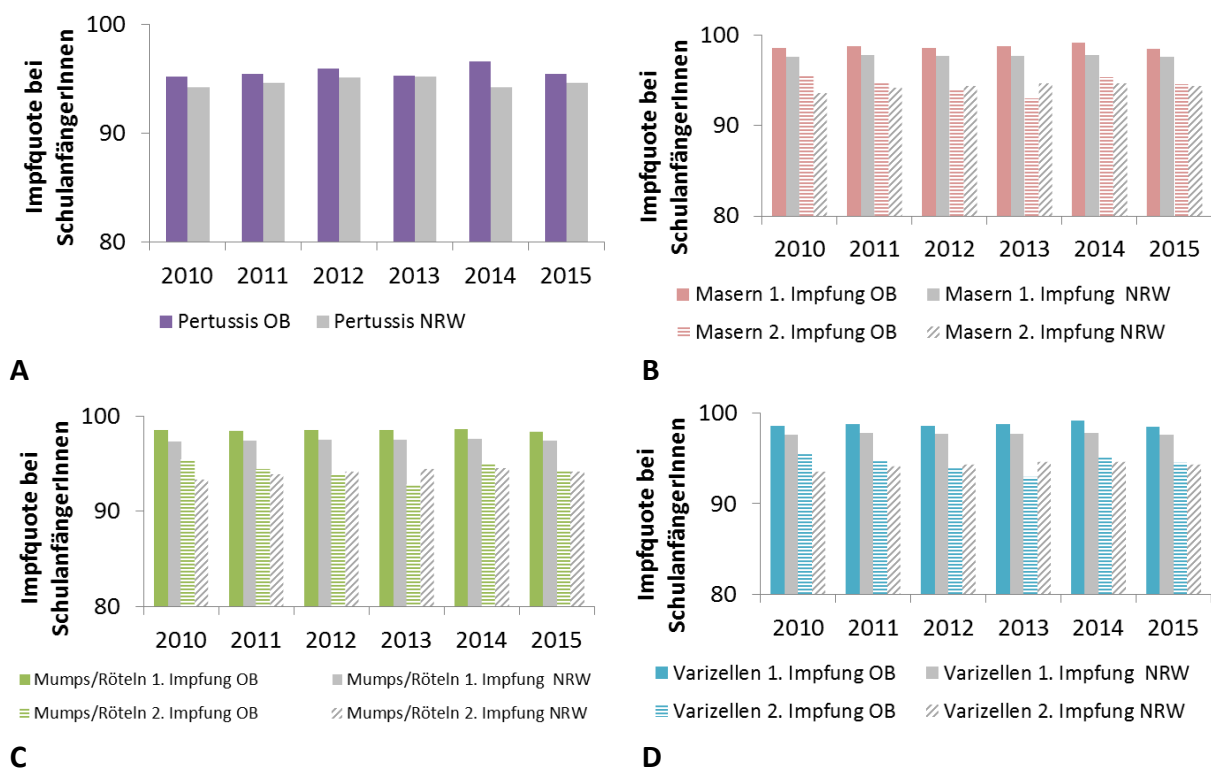


Abbildung 15: Impfquoten bezüglich Pertussis (Keuchhusten) (A), Masern (B), Mumps/Röteln (C) und Varizellen (Windpocken) (D) bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern in Oberhausen und NRW für die Jahre 2010 bis 2015 (Quelle: LZG.NRW Indikator 07.13, eigene Darstellung).

5.3 Ausbrüche von impfpräventablen Infektionen in Oberhausen

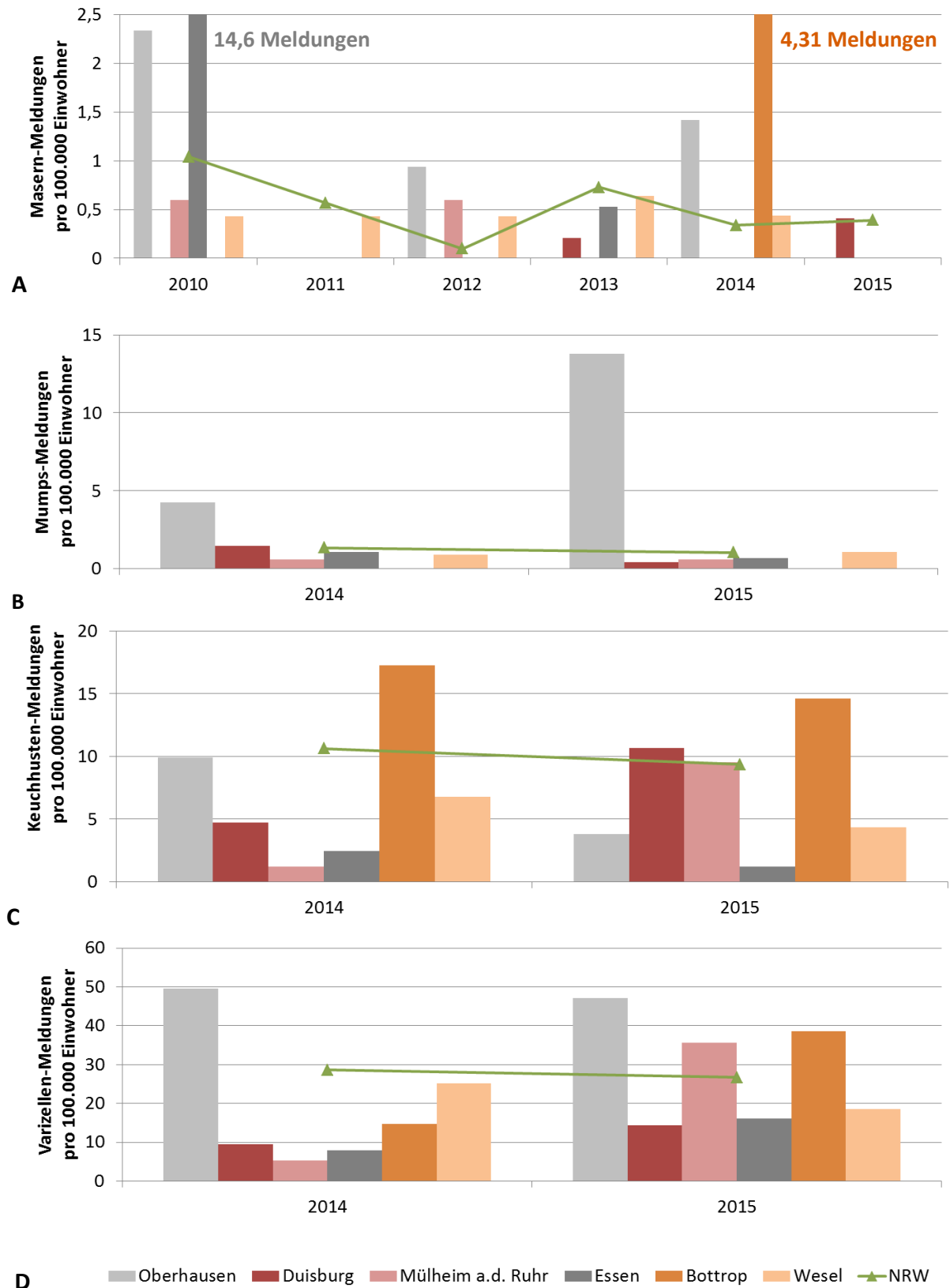


Abbildung 16: Masern- (A), Mumps (B), Keuchhusten (C) und Varizellen (D)-Meldungen pro 100.000 Einwohner in Oberhausen und NRW und in den Nachbarkommunen Duisburg, Mülheim a. d. Ruhr, Essen Bottrop und Kreis Wesel (Quelle: Infektionsjahresberichte 2010 bis 2015 des LZG.NRW).

Da impfpräventable Infektionen nicht vor Stadtgrenzen Halt machen und es sich bei dem Ruhrgebiet um ein Ballungsgebiet handelt, wurden neben den Oberhausener Zahlen auch die Ausbrüche in den Nachbarkommunen betrachtet. Impfpräventable Infektionen verursachten in Oberhausen in den Jahren 2010 bis 2015 nur wenige Meldungen. Für Röteln wurden in den Jahren 2014 und 2015 gar keine Ausbrüche gemeldet, auch für Masern wurden lediglich $0,78 \pm 0,96$ Meldungen pro 100.000 Einwohner und Jahr registriert. Erhöhte Masern-Meldungen konnten 2010 in Essen und 2014 in Bottrop erfasst werden (Abbildung 16 A). Für Mumps-, Keuchhusten- und Varizellen-Ausbrüche liegen lediglich Zahlen aus den Jahren 2014 und 2015 vor. Im Jahr 2014 kam es in Oberhausen zu 4,25 Mumps-Meldungen pro 100.000 Einwohner, im Jahr 2015 zu 13,8 Meldungen pro 100.000 Einwohner. Die Nachbarstädte hatten keine oder nur sehr kleine Ausbruchgeschehen (Abbildung 16 B). Für Keuchhusten gab es im Jahr 2014 9,92 Meldungen pro 100.000 Einwohner, im Jahr 2015 gab es 3,81 Meldungen pro 100.000 Einwohner. Ähnliche Zahlen findet man auch in den Nachbarkommunen. Lediglich Bottrop weist höhere Meldungszahlen auf (Abbildung 16 C). Eine besonders hohe Zahl von Meldungen findet sich in den Jahren 2014 und 2015 für Varizellen-Ausbrüche. Hier weist Oberhausen auch die höchste Zahl an Meldungen verglichen mit den Nachbarkommunen auf. Dabei ist aber anzumerken, dass im Jahr 2014 65 % der Meldungen und im Jahr 2015 51 % der Meldungen auf Kinder aus dem Friedensdorf Oberhausen zurückzuführen sind. Dieses sind Kinder aus Krisengebieten, die zur medizinischen Behandlung im Friedensdorf leben und in der Regel herkunftsbedingt nicht nach europäischem Standard geimpft wurden (Abbildung 16 D).

5.4 Impfpfehlungen der STIKO

Bei der ständigen Impfkommission (STIKO) handelt es sich um ein Expertengremium am Robert Koch-Institut in Berlin. Die STIKO empfiehlt Schutzimpfungen anhand von wissenschaftlichen und klinischen Daten. Momentan werden 12 verschiedene Standardimpfungen empfohlen, für die zwischen einem Alter von sechs Wochen und 23 Monaten eine Grundimmunisierung erfolgen sollte und für die ab einem Alter von circa sechs Jahren weitere Auffrischimpfungen erforderlich sind. Hinzu kommt die Impfung gegen humane Papillomviren (HPV), den Erreger des Gebärmutterhalskrebses, welche bei Mädchen ab neun Jahren durchgeführt werden soll. Bei Menschen über 60 Jahren wird zudem eine Impfung gegen Pneumokokken sowie eine jährliche Impfung gegen Influenza (Grippe) empfohlen. Eine Gripeschutzimpfung wird zudem auch schwangeren Frauen empfohlen (Tabelle 4).

Tabelle 4: Impfkalender mit Standardimpfungen für Säuglinge, Kinder und Jugendliche.
 G: Grundimmunisierung, N: Nachholimpfung, A: Auffrischimpfung³¹.



Impfung	Alter in Wochen	Alter in Monaten					Alter in Jahren			
	6	2	3	4	11-14	15-23	2-4	5-6	9-14	15-17
Tetanus		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2	
Diphtherie		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2	
Pertussis Keuchhusten		G1	G2	G3	G4	N	N	A1	A2	
Hib <i>H. influenzae Typ b</i>		G1	G2	G3	G4	N	N			
Poliomyelitis Kinderlähmung		G1	G2	G3	G4	N	N		A1	
Hepatitis B		G1	G2	G3	G4	N	N			
Pneumokokken		G1		G2	G3	N				
Rotaviren	G1	G2	(G3)							
Meningokokken C					G1 (ab 12 Monaten)		N			
Masern					G1	G2	N			
Mumps, Röteln					G1	G2	N			
Varizellen Windpocken					G1	G2	N			
HPV Humane Papillomviren									G1/ G2	N

6. Lebensmittelassoziierte Infektionen

6.1 Risikofaktoren für lebensmittelassoziierten Infektionen

Bei lebensmittelassoziierten Infektionen handelt es sich überwiegend um Gastroenteritiden, die durch den Verzehr von Nahrungsmitteln, die Krankheitserreger enthalten, ausgelöst werden. Lebensmittel sind weltweit Überträger von Infektionskrankheiten auf den Menschen. Die Meldungen über Lebensmittelinfektionen haben in den letzten Jahren sogar zugenommen. Gründe hierfür sind, dass das Angebot an Lebensmitteln aus aller Welt größer ist als je zuvor, außerdem haben sich die Ernährungsgewohnheiten der Verbraucher verändert. So konnte in den letzten Jahren eine Zunahme des Obst- und Gemüseverzehrs verzeichnet werden. Darüber hinaus ist die Nachfrage an Lebensmitteln ohne Konservierungsmittel immens gestiegen. Naturbelassene, unbehandelte oder rohe Lebensmittel gelten als gesünder, bergen aber das Risiko eine höhere Anzahl pathogener Keime zu beinhalten. Über solche Lebensmittel und durch mangelnde Hygiene kann es schließlich zu mikrobiellen Verunreinigungen anderer Lebensmittel kommen. Eine falsche Handhabung von kritischen Lebensmitteln, wie zum Beispiel ein nicht ausreichendes Erhitzen oder ungenügende Kühlung kann das Entstehen von Lebensmittelinfektionen begünstigen. Auch das Essverhalten der Konsumenten hat sich verändert. So werden immer mehr Mahlzeiten außer Haus eingenommen. Schlussendlich ist auch die erhöhte Reisebewegung dafür verantwortlich, dass immer mehr lebensmittelassoziierte Erkrankungen auftauchen. Der Anteil der Risikogruppen in der Bevölkerung, die für diese Erkrankungen empfänglich sind, hat in den letzten Jahren ebenfalls zugenommen. Berechnungen gehen davon aus, dass 20 % der Bevölkerung ein erhöhtes Risiko haben, sich mit einer lebensmittelassoziierten Erkrankung zu infizieren. Dazu zählen Menschen mit geschwächtem Immunsystem, ältere Menschen, Kinder und Schwangere ³².

6.2 Erreger von lebensmittelassoziierten Infektionen

Einige Erreger werden mit bestimmten Lebensmitteln assoziiert. So werden Salmonellen häufig mit rohen Eiern und rohem Fleisch, insbesondere Hackfleisch in Verbindung gebracht. Campylobacter steht häufig in Verbindung mit Rohmilch und unzureichend gegartem

Geflügelfleisch. Vielfach sind aber auch pflanzliche Lebensmittel für lebensmittelassoziierte Infektionen verantwortlich. So wurden Salmonellen auch schon auf Sprossen und Tomaten nachgewiesen. Dieser Bericht konzentriert sich auf die zwei prominentesten bakteriellen Erreger Salmonellen und *Campylobacter*. Neben diesen beiden Bakteriengattungen existieren aber auch noch zahlreiche andere, die für lebensmittelbedingte Erkrankungen verantwortlich sind:

- Yersinien
- Enterohämorrhagische *E. coli* (EHEC)
- *Clostridium botulinum* (Botulismus)
- *Staphylococcus aureus*
- *Listeria monocytogenes* (Listeriose)
- Shigellen

Neben den bakteriellen Erregern können auch Viren lebensmittelassoziierte Infektionen hervorrufen. Dazu zählen Hepatitis A, Hepatitis E, Rotaviren, humane Caliciviren und Small-round-structured Viren, Norwalk-like Viren sowie Astroviren. Zu den lebensmittelbedingten Erkrankungen gehören zudem die Bovine Spongiforme Enzephalopathie (BSE) sowie Infektionen durch Parasiten und Würmer.

6.2.1 Salmonellen

Die Salmonellose ist eine der häufigsten registrierten lebensmittelassoziierten Erkrankungen weltweit und ist eine klassische Lebensmittelinfektion. Typischerweise treten im Spätsommer die meisten Erkrankungen auf, wobei Kinder unter 10 Jahren am häufigsten betroffen sind. Todesfälle findet man am häufigsten bei älteren Menschen. Die Infektion erfolgt durch die orale Aufnahme der Erreger, insbesondere beim Verzehr von nicht ausreichend erhitzten Eiern und eihaltigen Speisen sowie durch rohes bzw. nicht ausreichend erhitztes Fleisch. Eine Salmonellose zeigt sich durch eine akute Darmentzündung mit Durchfall, Kopf- und Bauchschmerzen, Unwohlsein und manchmal auch Erbrechen, teilweise auch mit Fieber^{32,33}. Seit 2008 konnte eine Abnahme der menschlichen Erkrankungen verzeichnet werden. Dies war begründet durch die Einführung einer bundesweiten Impfung von Zuchtgeflügel, Legehennen, Masthähnchen und Puten gegen Salmonellen³⁵. Diese Entwicklung konnte auch in Oberhausen beobachtet werden. Hier konnte ab dem Jahr 2009 eine Abnahme der Krankenhausfälle aufgrund von Salmonellose beobachtet werden (Abbildung 17).

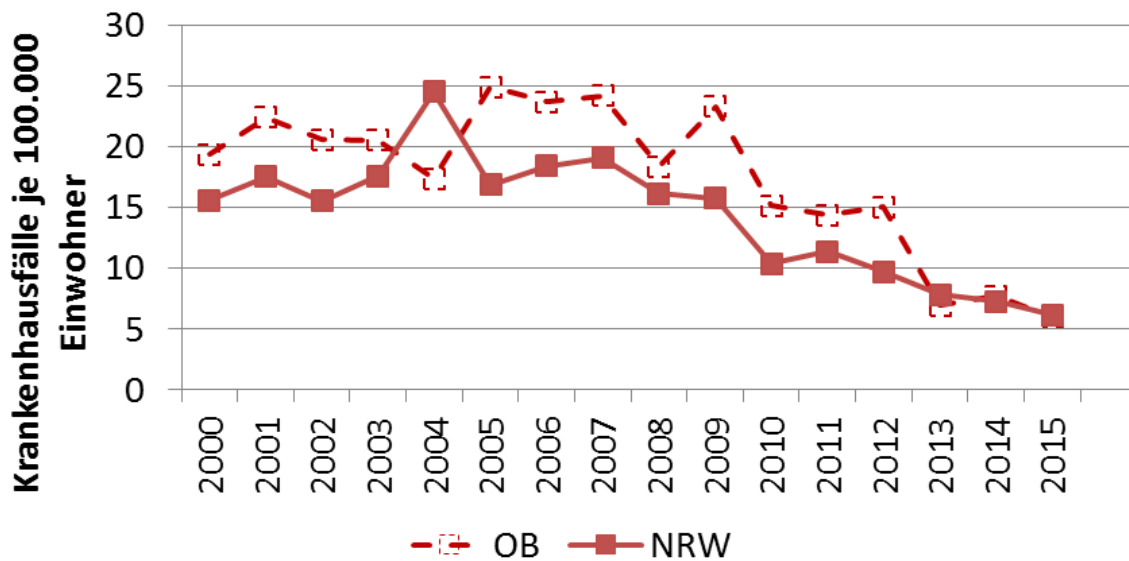


Abbildung 17: Krankenhausbehandlungen wegen Salmonellosen (ICD10 A02) in Oberhausen und NRW für die Jahre 2000 bis 2015 je 100.000 Einwohner (Quelle: LZG.NRW, GBE Stat 2017, HOSPIDat).

Um Salmonellosen zu verhindern müssen zunächst in der Lebensmittelindustrie sowie in Lebensmittel-verarbeitenden Betrieben strikte hygienische Bedingungen bei der



Verarbeitung, Lagerung, dem Transport und dem Verkauf von Lebensmitteln eingehalten werden. Darüber hinaus kann man aber auch individuelle Maßnahmen einhalten, um einer Salmonellose vorzubeugen. So sollten Speisen und Lebensmittel, die viel Eiweiß und Wasser enthalten, entweder heiß (über 70°C) oder unter 10°C aufbewahrt werden. Rohe Fleisch- und Wurstwaren, Geflügel, Eier oder Mayonnaisen, die Rohei enthalten, sollten nach dem Einkauf sofort im Kühlschrank gelagert werden. Eine Abtötung der Salmonellen erfolgt erst bei einer Garzeit von mindestens 10 Minuten bei über 70°C. Speisen sollten deshalb nicht längerfristig warm, das heißt unter 60°C gehalten werden. Das Auftauwasser von gefrorenem Geflügel oder Wild enthält häufig eine große Menge an Salmonellen. Es sollte deshalb sofort entsorgt werden und das Auffanggefäß gründlich gereinigt werden. Bei der Handhabung risikoreicher Lebensmittel sollte zudem stets auf eine gute Hand- und Küchenhygiene geachtet werden³³.

6.2.2 Campylobacter

Campylobacter gehört zu den häufigsten bakteriellen Durchfallerregern in Europa und Amerika. Der Erreger ist aber weltweit verbreitet. In Europa treten Infektionen vor allem in der warmen Jahreszeit auf. Kinder unter sechs Jahren sind besonders häufig betroffen, wobei oft auch eine Häufung bei jungen Erwachsenen zwischen 20 und 29 Jahren zu beobachten ist. Der Infektionsweg von Campylobacter erfolgt vorwiegend über unzureichend erhitztes oder kontaminiertes Geflügelfleisch sowie Geflügelfleischprodukte außer Eiern. Weitere Infektionsquellen sind nicht pasteurisierte Milch, nicht aufbereitetes Wasser, rohes Hackfleisch sowie Haustiere. Dabei verlaufen viele Campylobacter-Infektionen asymptomatisch, ansonsten treten Symptome wie Durchfälle, Bauchschmerzen und –

krämpfe sowie Fieber und Müdigkeit auf. Ähnlich wie bei der Salmonellose können Campylobacter-Infektionen durch eine konsequente Küchenhygiene verhindert werden. Ebenso muss darauf geachtet werden, dass Fleisch gründlich durchgegart wird und Rohmilch abgekocht wird. Säuglinge, Kinder, Schwangere sowie alte und abwehrgeschwächte Menschen sollen auf diese Risikolebensmittel komplett verzichten^{32,34}.



6.3 Ausbrüche von lebensmittelassoziierten Infektionen in Oberhausen

Die Meldungen von Campylobacteriosen blieben in Oberhausen in den Jahren 2010 bis 2015 stets konstant. Ähnliche Zahlen wurden auch aus den Nachbarkommunen berichtet. Die Zahlen für Oberhausen liegen dabei immer, sowie in einigen anderen Kommunen des Ruhrgebiets auch, über dem NRW-Durchschnitt (Abbildung 18 A). Bei Meldungen von Salmonellose ist ein deutlicher Rückgang der Meldungen in allen Städten zu beobachten. Seit 2012 liegen die Meldezahlen aus Oberhausen sogar unter dem NRW-Durchschnitt (Abbildung 18 B). Die Abnahme der Salmonellose-Ausbrüche ist durch die Einführung der Impfung gegen Salmonellen bei Geflügel zu begründen (vergleiche Kapitel 6.2.1).



Abbildung 18: Campylobacteriose (A) und Salmonellose (B)-Meldungen pro 100.000 Einwohner in Oberhausen und NRW und in den Nachbarkommunen Duisburg, Mülheim a. d. Ruhr, Essen Bottrop und Kreis Wesel (Quelle: Infektionsjahresberichte 2010 bis 2015 des LZG.NRW).

6.4 Prävention von lebensmittelassoziierten Infektionen

Gerade beim Herstellen und beim Umgang mit Lebensmittel spielt die richtige Handhabung und konsequente Hygiene eine wichtige Rolle. Da die Verantwortung für sichere Lebensmittel hauptsächlich bei den Herstellern liegt, muss ein Betrieb alle hygiene-relevanten Tätigkeiten streng überwachen. Hierzu stehen Richtlinien zur guten Herstellungspraxis (GHP) als Instrument der Qualitätssicherung von Produktionsabläufe und der Produktionsumgebung zur Verfügung. Dazu zählen auch regelmäßige Mitarbeiterschulungen. Das Infektionsschutzgesetz schreibt dabei vor, dass alle Personen, die eine berufliche bzw. gewerbliche Tätigkeit aufnehmen, bei der sie mit offenen unverpackten Lebensmitteln in Berührung kommen, eine mündliche und schriftliche Belehrung durch die untere Gesundheitsbehörde, also dem Gesundheitsamt, wahrnehmen müssen. Diese Belehrung erfolgt nach § 42 und § 43 des Infektionsschutzgesetzes und gilt für alle Personen, die im Bereich der Gastronomie, in Bäckereien und in allen Lebensmittelverarbeitenden Betrieben, sowie in Kindergärten, Krankenhäusern und Altenheimen arbeiten. Dabei wird schriftlich und mündlich über Tätigkeitsverbote, Vorsichtsmaßnahmen und Mitwirkungspflichten im Lebensmittelbereich belehrt. Letztendlich muss jeder Lebensmittelbetrieb gewährleisten, dass der Verbraucher sichere und gesunde, hygienisch einwandfreie und qualitativ hochwertige Produkte erwirbt³².

Wichtig hierbei ist auch die informative, sachliche und umfassende Aufklärung des Verbrauchers. Sachdienliche Hinweise können das Aufkommen von lebensmittelassoziierten Infektionen nachhaltig reduzieren. Themen wie eine gute Küchenhygiene, mögliche mikrobiologische Kontaminationen von Speisen im Haushalt und eine sachgerechte Kühlung und Lagerung von Speisen sind Themen der Aufklärung. Gerade bei Menschen, die dem Risikopersonenkreis angehören, ist eine solche Aufklärung essentiell³².

7. Meldepflicht und Meldesystem

7.1 Meldepflicht nach Infektionsschutzgesetz

Durch das Infektionsschutzgesetz (IfSG), welches 2001 in Kraft trat, hat der öffentliche Gesundheitsdienst eine Möglichkeit Infektionskrankheiten effektiv zu überwachen. Die Meldepflichten für die verschiedenen Infektionskrankheiten bzw. der Krankheitserreger sind im Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen, IfSG, in § 6 und § 7 geregelt (Tabelle 5) ³⁶.

Tabelle 5: Meldepflichtige Krankheiten (§ 6 IfSG) und meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern (§ 7 IfSG) (Auszug) ³⁶.

Meldepflichtige Krankheiten (§ 6 IfSG)	Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern (§ 7 IfSG)
Botulismus	<i>Bordetella pertussis</i>
Cholera	<i>Campylobacter sp.</i>
Diphtherie	<i>Clostridium botulinum</i>
Humane spongiforme Enzephalopathie	<i>Escherichia coli</i> , enterohämorrhagische Stämme (EHEC)
Akute Virushepatitis	FSME-Virus
Enteropathisches hämolytisch-urämisches Syndrom	<i>Haemophilus influenzae</i>
Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	Hantaviren
Keuchhusten	Influenzaviren
Masern	<i>Legionella sp.</i>
Meningokokken-Meningitis oder –Sepsis	<i>Listeria monocytogenes</i>
Milzbrand	Masernvirus
Mumps	Mumpsvirus
Pest	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
Poliomyelitis	Norovirus
Röteln, einschließlich Rötelnembryopathie	Poliovirus
Tollwut	Rotavirus
Typhus oder Paratyphus	<i>Salmonella sp.</i>
Windpocken	Varizella-Zoster-Virus

Bei Verdacht einer Erkrankung, bei Erkrankung sowie bei Tod müssen die meldepflichtigen Krankheiten nach § 6 IfSG namentlich gemeldet werden. Zudem müssen mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftungen oder andere akuten infektiösen Gastroenteritiden namentlich gemeldet werden, wenn die Personen Lebensmittel herstellen, behandeln, mit Lebensmitteln in Berührung kommen oder in Küchen von Gaststätten oder anderen Einrichtungen arbeiten (§ 42 IfSG). Nosokomiale Infektionen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, müssen nichtnamentlich gemeldet werden. Namentlich muss auch der direkte oder indirekte Nachweis der Krankheitserreger in § 7 IfSG gemeldet werden. Darüber hinaus besteht auch die Pflicht einer nichtnamentlichen Meldung bei *Treponema pallidum*, HIV, *Echinococcus sp.*, *Plasmodium sp.* sowie *Toxoplasma gondii*. Die Meldungen müssen 24 Stunden nach erlangter Kenntnis beim Gesundheitsamt vorliegen. Meist meldet die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt oder das Diagnostiklabor. Das Gesundheitsamt übermittelt gemäß § 11 IfSG Erkrankungs- bzw. Todesfälle oder die Erregernachweise an die zuständige Landesbehörde, welche in Nordrhein-Westfalen das Landeszentrum Gesundheit ist. Von dort aus erfolgt dann die Meldung an das Robert Koch-Institut. Dabei gibt es Fristen für das Melden und Zusammenführen der Daten auf Landes- und Bundesebene. So müssen die Gesundheitsämter bis spätestens zum dritten Arbeitstag der nächsten Woche eine Meldung an die zuständige Landesstelle (in NRW an das Landeszentrum Gesundheit) machen. Diese übermittelt dann innerhalb einer Woche an das RKI (§ 11 IfSG). Folgende Angaben müssen bei einer Meldung übermittelt werden:

- Personenbezogene Daten wie Geschlecht und Geburtsdatum
- Tag der Erkrankung sowie Tag der Diagnose (gegebenenfalls Tag des Todes)
- Untersuchungsbefund, einschließlich Typisierungsergebnisse
- wahrscheinlicher Infektionsweg sowie wahrscheinliches Infektionsrisiko einschließlich Impfstatus
- erkennbare Zugehörigkeit zu einer Erkrankungshäufung, gegebenenfalls Informationen zur Art der Einrichtung bei Tätigkeit, Betreuung oder Unterbringung in Einrichtungen und Unternehmen
- Landkreis oder kreisfreie Stadt, in dem oder in der die Infektion wahrscheinlich erfolgt ist, ansonsten Staat, in dem die Infektion wahrscheinlich erfolgt ist
- Geburtsstaat und Staatsangehörigkeit und gegebenenfalls Jahr der Einreise nach Deutschland (bei Tuberkulose, Hepatitis B und Hepatitis C)^{36, 37}.

7.2 Meldesystem in Oberhausen

Wie bereits in Kapitel 7.1 beschrieben, erhält das Gesundheitsamt der Stadt Oberhausen Meldungen von behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern oder der labordiagnostischen Einrichtung und leitet diese an das Landeszentrum Gesundheit NRW weiter. Nichtnamentliche Meldungen werden direkt von den Einrichtungen an das RKI gemeldet. Zusätzlich zur in 7.1 beschriebenen Meldung wird der Patientin bzw. dem Patienten oder deren Erziehungsberechtigten ein Schreiben zugesendet, in dem über die

diagnostizierte Erkrankung aufgeklärt wird. Dieses Schreiben hat den Zweck, über Hygienemaßnahmen zu informieren sowie zu ermitteln, ob die Patientin bzw. der Patient eine Gemeinschaftsunterkunft wie Kindertagesstätten oder eine Schule besucht oder wie viele weitere Personen im selben Haushalt leben, die somit einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Bei lebensmittelassoziierten Erkrankungen ist es außerdem von Relevanz zu erfragen, ob bestimmte verdächtige Lebensmittel konsumiert wurden, um einen Hinweis auf den Ursprung der Infektion auszumachen. Die Aufnahme der Meldungen geschieht über eine Software, die speziell für die Arbeit in Gesundheitsämtern konzipiert wurde. Über die Software können die Daten auch einfach an das Landeszentrum Gesundheit NRW übermittelt werden. Dies geschieht einmal pro Tag.

7.3 Auswertung der Daten für Oberhausen



Das Robert Koch-Institut bietet eine Software an, um übermittelte Daten schnell, individuell und aktuell abzufragen. Die sogenannte SurvStat@RKI 2.0 Software beinhaltet einen vereinfachten Datenbestand der meldepflichtigen Infektionen und Erreger, die von den Gesundheitsämtern, über die Landesbehörde an das RKI übermittelt wurde bzw. bei nichtnamentlichen Meldungen direkt an das RKI übermittelt wurden. Die Software ist unter dem Link: <https://survstat.rki.de/Content/Query/Create.aspx> für jedermann verfügbar und erlaubt die Erzeugung von Tabellen und Grafiken nach eigenem Bedarf (Abbildung 19).

Meldeweg

- Über Gesundheitsamt und Landesstelle
 Nichtnamentlich direkt an das RKI

Datenstand (Berichtszeitraum)

- §7.1 IfSG - vom 31.01.2018 (bis Ende 2. KW 2018)
- §7.3 IfSG - vom 01.02.2018 (bis Ende November 2017)

Filtereinstellungen

Standardfilter

Wählen Sie hier Merkmale aus den Bereichen: Übermittlungskategorie, Zeit, Ort, Person und Falldefinition aus und weisen Sie diesen Merkmalen Werte zu, um den Gesamtdatenbestand zu filtern.

Merkmal	Wert(e)
<input checked="" type="checkbox"/> Meldepflicht / Krankheit / Erreger	
Meldepflicht:	Gemäß IfSG
Krankheit:	Windpocken
Erreger:	Mehrfachauswahl möglich
<input checked="" type="checkbox"/> Bundesland / Gebietseinheit / Kreis	
Bundesland:	Nordrhein-Westfalen
Gebietseinheit (NUTS Ebene 2):	Gebietseinheit Düsseldorf
Kreis:	SK Oberhausen

Anzuzeigende Merkmale

in Zeilen

Meldejahr

Jahr der Kalenderwoche, in der das Gesundheitsamt erstmalig, durch Meldung oder eigene Ermittlung, offizielle Kenntnis von einem Fall erlangt. Das Meldejahr kann sich in der 1. und der 53. Woche vom Kalenderjahr unterscheiden.

in Spalten

Altersgruppierung: Kinder fein differenziert

ab 0, 1, 2, 3, 4, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 40, 50, 60, 70, 80 Jahre

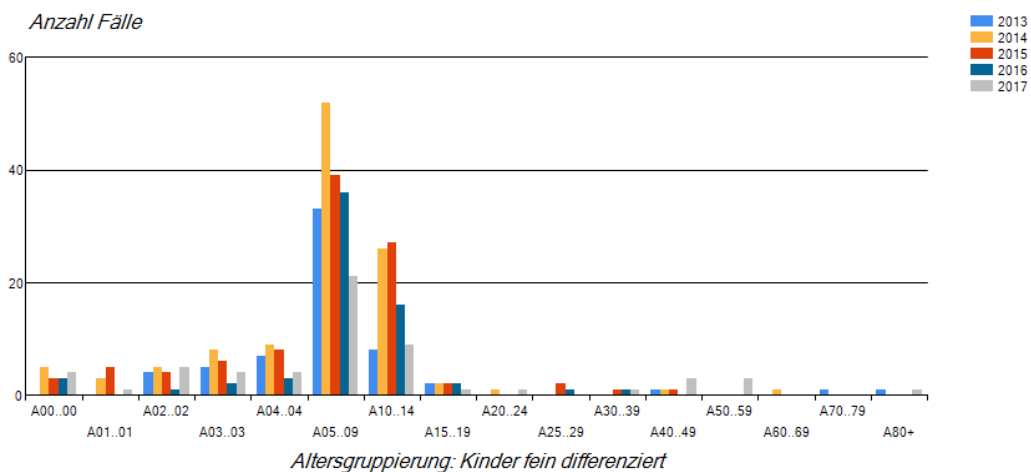
Anzeigeoptionen

- Leere Zeilen und Spalten anzeigen
 Summenzeile und -spalte anzeigen
 Inzidenz anstatt Anzahl anzeigen

Datenstand zur Anzeige

jüngst publizierter

A



B

Abbildung 19: Datenanalyse am Beispiel von Windpocken-Meldungen in Oberhausen mittels der SurvStat@RKI 2.0 Software. Zunächst können alle gewünschten Suchparameter in eine Maske (A) eingetragen werden, anschließend erhält man eine Microsoft Excel-Tabelle mit allen Werten (Daten nicht gezeigt) und eine Abbildung (B), die als Bilddatei abgespeichert werden kann (Quelle: SurvStat@RKI Software, Datum der Abfrage 02.02.2018).

8. Handlungsempfehlungen und Ausblick

Der Fortschritt der Medizin führt dazu, dass wir immer älter werden. Ein hohes Alter ist aber auch ein erheblicher Risikofaktor für Infektionen. Vor allem infektiöse Darmerkrankungen, ob nun im Krankenhaus erworben oder lebensmittelassoziiert, verlaufen bei älteren Menschen dramatischer und führen nicht selten auch zum Tod. Wenn zum Risikofaktor Alter noch eine Grunderkrankung hinzukommt, steigt die Gefahr, insbesondere für eine nosokomiale Infektion, gewaltig. Aufgrund dessen muss es ein essentielles Ziel sein, Krankenhausinfektionen einzudämmen und möglichst ganz zu vermeiden. Dies muss allerdings auf unterschiedlichen Ebenen erfolgen. Zunächst muss ein qualitatives Surveillancesystem zur Dokumentation von Krankenhausinfektionen vorhanden sein. Gut geschultes und ausgebildetes Hygienepersonal ist auch hier unerlässlich. Die Entwicklung und Umsetzung von Standards und Leitlinien ist essentiell. Dazu zählen die Händedesinfektion, die Desinfektion und Sterilisation von medizinischen Instrumenten, Geräten und der Patientenumgebung, die Impfung des medizinischen Personals und des Pflegepersonals sowie die Isolierung von infizierten Patienten². Um die Umsetzung von diesen Maßnahmen zu erleichtern, publiziert das Robert Koch-Institut regelmäßig Empfehlungen zu krankenhaushygienischen Themen⁵. All diese Themen werden seit einigen Jahren durch das MRE-Netzwerk Oberhausen kommuniziert. Die Akteurinnen und Akteure des Netzwerks befinden sich in einem regelmäßigen Austausch, um die Hygienelage in den Oberhausener Krankenhäusern und Alten- und Senioreneinrichtungen zu verbessern. Auch niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nehmen an den Gesprächen teil, um auch im ambulanten Bereich ausreichende Maßnahmen zur Prävention von nosokomialen Infektionen und multiresistenten Erregern garantieren zu können. Gerade die gemeinsame Kommunikation von Krankenhäusern und Alten- und Senioreneinrichtungen hat sich als unumgänglich herausgestellt, da Handlungsempfehlungen, zum Beispiel für *Clostridium difficile*, häufig nur für die Umsetzung in Krankenhäusern verfasst wurden und im häuslichen, aber auch in Alten- und Senioreneinrichtungen nicht umsetzbar sind. Hier ist es wichtig, miteinander zu diskutieren, welche Punkte nur für medizinische Einrichtungen wie Krankenhäuser notwendig sind und welche sowohl im stationären, als auch im häuslichen Bereich zu beachten sind, wie zum Beispiel eine gute Handhygiene.

Beim Vergleich der Zahlen von multiresistenten Isolaten in Deutschland und in den Niederlanden wird deutlich, dass multiresistente Stämme in den Niederlanden sehr viel seltener isoliert werden als in Deutschland. Nur 1 bis <5 % aller Isolate von *Staphylococcus aureus* weisen dort Multiresistenzen auf. Im Vergleich dazu sind es 10 bis <25 % in Deutschland. Zu diesem Erfolg haben mehrere Gründe beigetragen. Zum einen gibt es in den Niederlanden seit den 80er Jahren eine spezielle MRSA-Strategie. So werden Patientinnen und Patienten gezielt auf MRSA gescreent und auch behandelt. Die Behandlung von MRSA-positiven Personen wird dabei nicht nur stationär, sondern auch im ambulanten Bereich gewährleistet. Ein Punkt, der in Deutschland noch verbesserungswürdig ist, da es vielen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten an Informationen mangelt, welche Leistungen in Bezug auf die Behandlung von Infektionen mit multiresistenten Erregern über die Krankenkassen abgerechnet werden können. Außerdem ist die Kommunikation zwischen Krankenhaus und der weiterbehandelnden Ärztin bzw. dem weiterbehandelnden Arzt häufig nicht ausreichend. Ein weiterer Grund für die geringen MRSA-Zahlen in den Niederlanden ist, dass der Umgang mit Antibiotika in den Niederlanden weitaus sensibler ist. Der Verbrauch von Antibiotika ist deshalb sehr viel geringer als in Deutschland und somit ist auch die Resistenzbildung schwächer ausgeprägt³⁸. Aber nicht nur die Qualität des medizinischen Personals bedarf stetiger Verbesserung. Auch die Patient compliance muss verbessert werden. Gerade bei der Einnahme von Antibiotika werden auch seitens der Patientinnen und Patienten viele Fehler gemacht. So haben Antibiotika immer noch den Ruf, dass es sich um Allheilmittel handelt. Hierbei sei allerdings zu erwähnen, dass Antibiotika gegen Viren oder Pilze wirkungslos sind und nur gezielt gegen Bakterieninfektionen eingesetzt werden können. Deshalb helfen Antibiotika auch nicht bei den meisten Erkältungskrankheiten, die sich durch Schnupfen, Husten und Halsschmerzen bemerkbar machen, da diese durch Viren ausgelöst werden. Ein Antibiotikum auf Verdacht einzunehmen ist also sehr fahrlässig. Das



Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen hat daher eine Kampagne gestartet, um über den bewussten Einsatz von Antibiotika aufzuklären. Infos finden Sie unter folgendem Link: www.antibiotika.nrw.de. Vorstellbar wären auch Informationsveranstaltungen für Bürgerinnen und Bürger zu diesem Thema im Rahmen des MRE-Netzwerks Oberhausen.

Im Jahr 2017 fand bereits im Rahmen des MRE-Netzwerks Oberhausen eine Veranstaltung zum Thema Basishygiene und MRSA-Sanierung statt. Zielgruppe waren alle Fachleute aus Krankenhäusern, Arztpraxen, Pflege- und Gesundheitseinrichtungen sowie aus ambulanten Pflegediensten. Akteurinnen und Akteure des MRE-Netzwerks informierten in Vorträgen und Workshops über diese Themen. Eine ähnliche Veranstaltung ist auch wieder für das Jahr 2018 geplant.

Neben allen strukturellen und personellen Veränderungsmöglichkeiten, ist eine gute Basishygiene immer noch die Grundlage für eine langfristige Eindämmung von Infektionen. Dies gilt nicht nur für nosokomiale Infektionen und die Verbreitung multiresistenter Erreger, sondern auch für alle anderen Infektionskrankheiten. Deshalb ist es besonders wichtig,

schon frühzeitig mit Hygieneschulungen zu starten. So wird sich der Fachbereich Hygiene des Gesundheitsamtes Oberhausen an einem Infektionsschutzprojekt mit dem Titel „Hygiene-Tipps Für Kids“ beteiligen, in welchem Kinder schon frühzeitig für ein gutes Hygieneverhalten sensibilisiert werden. Das Konzept wurde am Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der Universität Bonn entwickelt und wird seit vielen Jahren landesweit umgesetzt. Ziel dieser Initiative ist es, grundlegende, wissenschaftlich fundierte Verhaltensregeln zur Vermeidung von Infektionskrankheiten zu vermitteln. Das Projekt eignet sich für Kindertageseinrichtungen als auch Schulen. Mit dem sogenannten Hygienekoffer „Leuchtende Hand“ kann das richtige Händewaschen auch optisch geübt und kontrolliert werden.



Neben der Hygiene wird auch angestrebt die Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure zu verbessern. So kommt es häufig zu einer mangelnden Kommunikation oder Missverständnissen zwischen Krankenhäusern, Krankentransporten oder bei der Weiterversorgung durch die Hausärztin oder den Hausarzt. Aus Krankenhäusern entlassenen Patientinnen und Patienten sollte ein sogenannter Überleitungsbogen für die weiterbehandelnde Ärztin bzw. den weiterbehandelnden Arzt oder das Seniorenheim ausgehändigt werden, so dass diese Personen bzw. Einrichtungen über eine Besiedelung oder Infektion in Kenntnis gesetzt sind. Häufig werden aber wichtige Informationen nicht angegeben, so dass die Weiterbehandlung nicht adäquat erfolgen kann. Hier ist es wichtig, dass das medizinische Personal alle Informationen zu diesen Überleitungsbögen erhält und diese in den einzelnen Häusern oder Stationen bekannt sind. Dies gilt vor allem für Stationen, auf denen MRSA- oder MRE-positive Patienten nicht alltäglich sind, wie zum Beispiel gynäkologische Stationen.

Betreffen nosokomiale Infektionen und multiresistente Erreger überwiegend Menschen aus Risikogruppen, insbesondere ältere Menschen, ist die Prävention von impfpräventablen Infektionskrankheiten für eine weitaus größere Zielgruppe, wenn nicht sogar für jedermann, von Belang. Gerade für Masern und Windpocken konnte in den letzten Jahren gezeigt werden, dass es in Oberhausen immer wieder zu größeren Ausbruchsgeschehen kommt. Grund hierfür ist eine nicht flächendeckende Durchimpfung. Hier ist es wichtig Eltern über das Impfangebot konsequent zu informieren. Impfprojekte können noch weiter für das Thema sensibilisieren und den Eltern die Angst vor Impfungen nehmen. Wichtig ist es aber auch, dass Erwachsene Auffrischungsimpfungen ein Leben lang wahrnehmen, um einen ausreichenden Impfschutz zu gewährleisten. Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Stadt Oberhausen sowie alle niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzte beraten gerne zu empfohlenen Impfungen.

9. Literatur

- ¹ Robert Koch-Institut (2017) Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen). DOI: 10.17886/rkipubl-2016-013.2
- ² Robert Koch-Institut & Statistisches Bundesamt (2002) Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Nosokomiale Infektionen. ISBN 3-89606-129-1 (Heft 8)
- ³ Robert Koch-Institut (2013) Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten
- ⁴ Robert Koch-Institut (2016) Nosokomiale Ausbrüche. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Ausbrueche/nosokomial/nosokomiale_Ausbrueche_node.html
- ⁵ Robert Koch-Institut (2000) Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
- ⁶ Deutsche Seniorenliga e.V. (2016) MRE – Schutz und Vorsorge
- ⁷ Köck R, Mellmann A, Schaumburg F, Friedrich AW, Kipp F, Becker K (2011) Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 45
- ⁸ Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, KRINKO (2014) Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen. Bundesgesundheitsblatt 57:696-732
- ⁹ European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2012) Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)
- ¹⁰ Wendt C, Rüden H, Edmond M (1998) Vancomycin-resistente Enterokokken. Deutsches Ärzteblatt 95 Heft 25
- ¹¹ www.gbe-bund.de
- ¹² Geffers C, Gastmeier P (2011) Nosokomiale Infektionen und multiresistente Erreger in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt Jg. 108 Heft 6

- 13 Wiegend PN, Nathwani D, Wilcox MH, Stephens J, Shelbaya A, Haider S (2012) Clinical and economic burden of *Clostridium difficile* infections in Europe: a systematic review of healthcare-facility-acquired infection. J Hosp Infect. 81(1):1-14
- 14 Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2017) Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* (MRSA): Informationen für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige
- 15 Kompetenzzentrum Patientensicherheit der Kassenärztlichen Vereinigungen (2012) Informationsblatt zum Umgang mit MRSA in der Arztpraxis und bei Hausbesuchen
- 16 MRE Netzwerk Sachsen (2013) Informationsblatt zum Umgang mit MRGN (Multiresistente Gram-negative Bakterien) im häuslichen Bereich
- 17 Kreis Viersen (2017) Informationsblatt zum Umgang mit MRSA für und Patienten und deren Angehörige
- 18 HYSA: Netzwerk Hygiene in Sachsen-Anhalt (2016) Merkblatt zum Umgang mit Patienten mit 3MRGN und 4MRGN in Rehabilitationseinrichtungen
- 19 Bundesministerium für Gesundheit (2015) 10-Punkte-Plan zur Bekämpfung resistenter Erreger
- 20 Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2015) Nur wenn's Sinn macht – Antibiotika bewusst einsetzen. MGEPA 167
- 21 ABDA-Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (2015) 7 Tipps für den richtigen Umgang mit Antibiotika.
- 22 Gastmeier P (2013) Strategie gegen Multi-Resistenzen. Pharmazeutische Zeitung 06/2013
- 23 ABS (2011) Antibiotic Stewardship. www.antibiotic-stewardship.de
- 24 Robert Koch-Institut (2014) Ausbrüche von impfpräventablen Erkrankungen.
- 25 Robert Koch-Institut (2014) Masern. RKI-Ratgeber für Ärzte
- 26 Robert Koch-Institut (2013) Mumps. RKI-Ratgeber für Ärzte, Epidemiologisches Bulletin 13/2013
- 27 Robert Koch-Institut (2017) Röteln. RKI-Ratgeber für Ärzte
- 28 Robert Koch-Institut (2017) Windpocken, Herpes zoster (Gürtelrose). RKI-Ratgeber für Ärzte
- 29 Robert Koch-Institut (2017) Pertussis (Keuchhusten). RKI-Ratgeber für Ärzte
- 30 Burger R (2010) Warum sind Impfungen so wichtig und warum sind sie nicht nur für einen selbst wichtig, sondern auch Dienst an der Gemeinschaft?
- 31 Robert Koch-Institut (2014) Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health. Epidemiologisches Bulletin Nr. 34/2014
- 32 Ammon A, Bräunig J (2002) Lebensmittelbedingte Erkrankungen in Deutschland. Heft 6 - Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut
- 33 Robert Koch-Institut (2016) Salmonellose. RKI-Ratgeber für Ärzte
- 34 Robert Koch-Institut (2015) Campylobacter-Enteritis. RKI-Ratgeber für Ärzte
- 35 Europäische Union (2003) Verordnung zur Bekämpfung von Salmonellen und bestimmten anderen durch Lebensmittel übertragbaren Zoonoseerregern. Verordnung (EG) Nr. 2160/2003 des europäischen Parlaments und des Rates
- 36 Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG)
- 37 Weber D, Kramer MH, Buchholz U, Koch J, Weise E, Bokemühl J, Huppertz HI, Karch H, Zimmerhackl LB, Pulz M, Wildner M, Tschäpe H, Ammon A (2006) Surveillance Lebensmittel-übertragener Infektionserkrankungen durch das

Infektionsschutzgesetz. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 49:1020-1026

³⁸ Harbarth S, Pittet D (2005) Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. Lancet Infect Dis 5:653-63

³⁹ Lawes T, Lopez-Lozano JM, Nebot CA, Maccartney G, Subbarao-Sharma R, Wares KD, Sinclair C, Gould IM (2017) Effect of a national 4C antibiotic stewardship intervention on the clinical and molecular epidemiology of *Clostridium difficile* infections in a region of Scotland: a non-linear time-series analysis. Lancet Infect Dis 17:194-206

