



VON DER WENDE BIS CORONA
DAS ROSTOCKER GESUNDHEITSAMT
IM WANDEL DER ZEITEN



Hanse- und Universitätsstadt
ROSTOCK

AMTSLEITER
Dr. Dr. Vorpahl

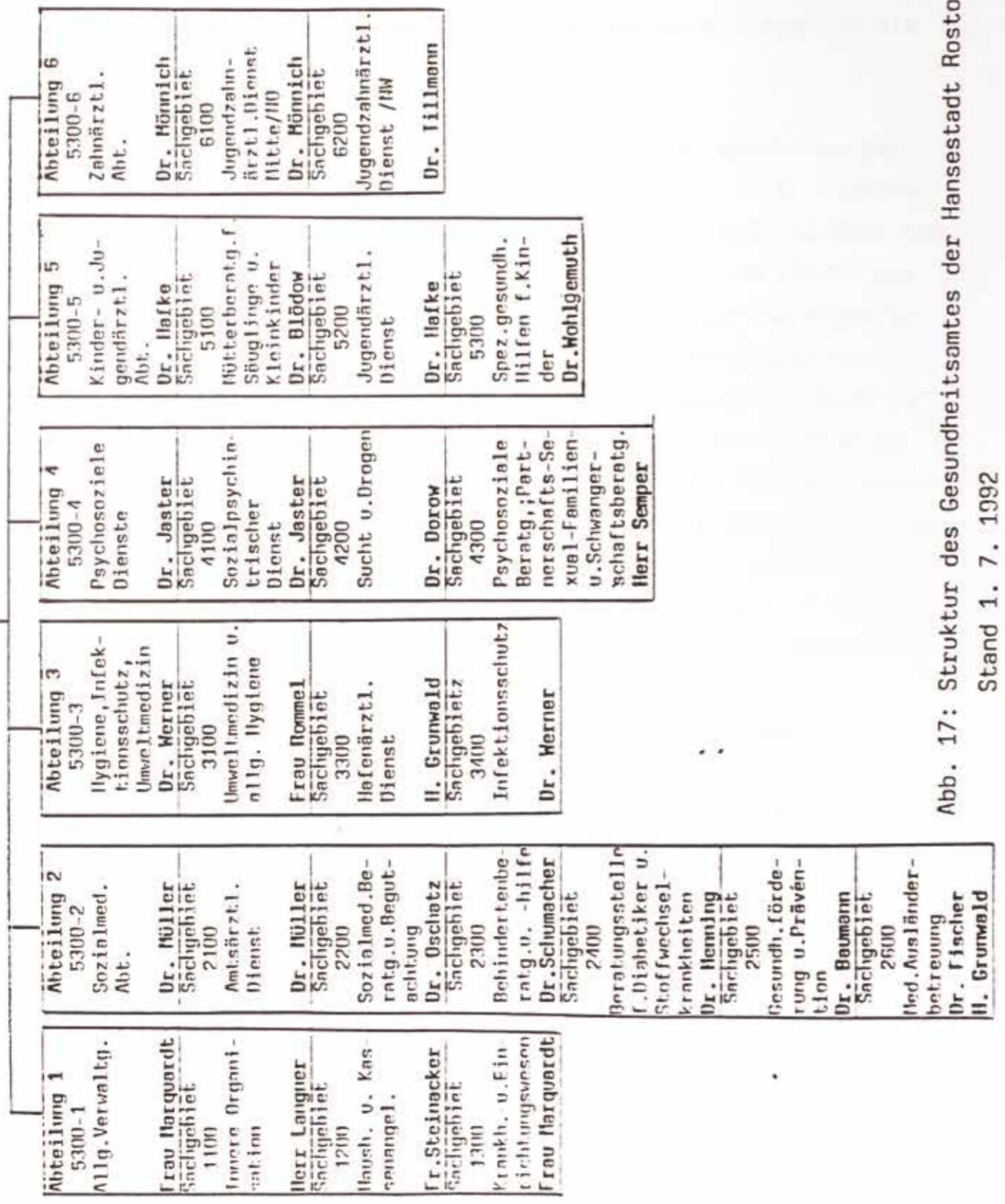


Abb. 17: Struktur des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock, Stand 1. 7. 1992

VOM WERDEN UND WACHSEN DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENSTES
DER HANSE- UND UNIVERSITÄTSSTADT ROSTOCK –
EINE HISTORISCHE BETRACHTUNG ZUM 30-JÄHRIGEN BESTEHEN
„VON DER WENDE BIS CORONA“

Organigramm des Gesundheitsamtes Rostock - 1992
Quelle: Organigramm aus „Situation und Entwicklung des öffentlichen
Gesundheitswesens und der ambulanten Versorgung im Amtsbereich
des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock“,
H. Vorpahl, Rostock 1992

INHALT

ÜBERSICHT DER LEITENDEN BESCHÄFTIGTEN DES GESUNDHEITSAMTES ROSTOCK	
ORGANIGRAMM DES GESUNDHEITSAMTES ROSTOCK - 1992	
INHALT	
VORWORT	8
GRÜßWORTE	10
1. DIE VORGESCHICHTE	26
WEGE UND IRRWEGE DER ÖFFENTLICHEN GESUNDHEIT IN 800 JAHREN ROSTOCKER STADTGESCHICHTE MARKUS SCHWARZ	
2. GRÜNDUNG UND AUFBAU DES GESUNDHEITSAMTES KARIN MARQUARDT	44
2.1 UMSTRUKTURIERUNG DES KOMMUNALEN AMBULANTEN GESUNDHEITSWESENS IN DER STADT ROSTOCK – DER PREIS DER WENDE	46
2.2 DER AUFBAU DES GESUNDHEITSAMTES IN ROSTOCK AB 1990	49
3. AMTSLEITUNG KARIN MARQUARDT, MARKUS SCHWARZ	54
3.1 KONSTITUIERUNG DER AMTSLEITUNG UND BESTALLUNG DER ERSTEN LEITER	54
3.2 DIE EHEMALIGEN ERINNERN SICH	56
3.3 DER JETZIGE MARKUS SCHWARZ	61
3.3.1 VOM SELBSTVERSTÄNDNIS EINER AMTSLEITUNG	61
3.3.2 VOM SINN DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENSTES (ÖGD) – EINE PERSÖNLICHE (AMTSÄRZTLICHE) BETRACHTUNG	62
4. ALLGEMEINE ANGELEGENHEITEN (ABTEILUNG I) KARIN MARQUARDT	70
5. SOZIALMEDIZIN/AMTSÄRZTLICHER DIENST/ARBEITSMEDIZIN (ABTEILUNG II)	78
CAROLINE TRAUÉ, MARKUS SCHWARZ	
5.1 STRUKTUR UND AUFGABEN DER ABTEILUNG SOZIALMEDIZIN/AMTSÄRZTLICHER DIENST CAROLINE TRAUÉ	78
5.2 MEDIZINALAUFSICHT/HEILPRAKTIKERPÜFUNG MELANIE KÖPKE, SABINE SCHMIDT	79
5.3 MEDIZINALSTATISTIK CATRIN SCHUMACHER	82
5.4 BERATUNGSSTELLE FÜR ONKOLOGISCHE PATIENTEN, CHRONISCH KRANKE UND BEHINDERTE MENSCHEN CAROLINE TRAUÉ, VERENA KLEIN	84
5.5 SOZIALMEDIZIN/AMTSÄRZTLICHER DIENST - EINE PERSÖNLICHE BETRACHTUNG DER ABTEILUNGSLEITERIN CAROLINE TRAUÉ	86
5.6 DIE EHEMALIGEN ERINNERN SICH	87
5.7 SACHGEBIET ARBEITSMEDIZIN (1991–2018)	94
6. HYGIENE UND INFektionSSCHUTZ/HAFENÄRZTLICHER DIENST (ABTEILUNG III)	100
KERSTIN NEUBER, MARKUS SCHWARZ	
6.1 DIE EHEMALIGE UND DIE JETZIGE	100
6.2 ALLGEMEINE AUFGABEN UND STRUKTUR DER ABTEILUNG III	102
6.2.1 KRANKENHAUSHYGIENE	103
6.2.2 SACHGEBIET UMWELTHYGIENE KERSTIN NEUBER, ELKE SCHÜNEMANN	104
6.2.3 SACHGEBIET INFektionSSCHUTZ UND EPIDEMIOLOGIE KERSTIN NEUBER, ANTJE HAACK, MARLIS BUCHHOLZ	107
6.2.4 IMPFBERATUNG KERSTIN NEUBER, MARION VOß, BIRGIT POLLAND	111
6.2.5 BERATUNGSSTELLE FÜR HIV UND SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFektionEN KERSTIN NEUBER, MADLEN ZIMMER, MARKUS SCHWARZ	116
6.2.5.1 ÜBERBLICK UND AUFGABENZUORDNUNG	117
6.2.5.2 NEUES AIDS UND ALTE BILDER – RÜCKBLICK AUF FÜNF JAHRE TÄTIGKEIT IN DER HIV- UND STI-BERATUNGSSTELLE MADLEN ZIMMER	119
6.2.6 PILZBERATUNG ALS EHRENAMTLICHE AUFGABE IM AUFTRAGE DES GESUNDHEITSAMTES KERSTIN NEUBER	126
6.2.7 MITWIRKUNG IN PROJEKTEN	127
6.3 HAFENÄRZTLICHER DIENST DER HANSE- UND UNIVERSITÄTSSTADT ROSTOCK MARKUS SCHWARZ, HERBERT GRUNWALD, ANGELA HELSPER	131
6.3.1 AUFBAU, STRUKTUR UND AUFGABEN	132
6.3.2 DIE EHEMALIGEN	145
6.3.4 „MORGENS KAJÜTE, MITTAGS AMTSSTUBE“	151
7. SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST (ABTEILUNG IV) THOMAS LEYK	158
7.1 AUFGABEN UND STRUKTUR	158
7.2 DIE EHEMALIGEN UND DER JETZIGE	159
7.3 ROSTOCKER BÜNDNIS GEGEN DEPRESSION E. V.	164
8. KINDER- UND JUGENDGESUNDHEITSDIENST (ABTEILUNG V) FRAUKE JAKOBS	168
8.1 GRUNDLAGEN, ALLGEMEINE AUFGABEN	168
8.2 VON 1991 BIS 2001 - DIE EHEMALIGEN ERINNERN SICH	169
8.3 VON 2001 BIS 2011	175
8.4 VON 2011 BIS 2021	179
8.5 ÜBERSICHT ZU EINZELNEN LEISTUNGEN – RÜCKBLICK	182
8.6 AUSBLICK	184
9. ZAHNÄRZTLICHER DIENST (ABTEILUNG VI) KIRSTEN SCHRÖDER	188
9.1 DIE EHEMALIGEN ERINNERN SICH	188
9.2 AUFGABEN DES ZAHNÄRZTLICHEN DIENSTES	191
9.3 DIE EINBINDUNG DER ABTEILUNG IN DIE TÄTIGKEIT DER ARBEITSGEMEINSCHAFTEN	194
9.4 ÖFFENTLICHKEITSARBEIT – SONDERAUFGABEN, VERANSTALTUNGEN	195
9.5 KRITISCHE REFLEXION DER AUFGABEN DES KINDER- UND JUGENDZAHNÄRZTLICHEN DIENSTES	197
10. KOORDINATIONSBEREICHE	
KOMMUNALE GESUNDHEITSFÖRDERUNG, SUCHT UND SUCHTPRÄVENTION, PSYCHIATRIE	201
10.1 KOMMUNALE GESUNDHEITSFÖRDERUNG ANGELIKA BAUMANN, KRISTIN SCHÜNEMANN	202
10.1.1 DIE EHEMALIGE ERINNERT SICH	202
10.1.2 DIE JETZIGE	221
10.2 SUCHTKOORDINATION ANTJE WROCISZEWSKI	234
10.2.2 SUCHTBERATUNG	237
10.2.3 SUCHTPRÄVENTION	240
10.2.4 KOORDINATION SUCHTPRÄVENTION DOREEN DONATH (2013–2022)	244
10.2.5 ÖFFENTLICHKEITSARBEIT AKTIONSWOCHEN GEGEN SUCHTGEFAHREN – ROSTOCKER SUCHTAKTIONSWOCHE	247
10.3 PSYCHIATRIEKOORDINATION EIN SCHWIERIGES UNTERFANGEN ANTJE WROCISZEWSKI	250
10.3.1 GRUNDLAGEN FÜR EINE ERFOLGREICHE PSYCHIATRIEKOORDINATION	251
10.3.2 PSYCHOSOZIALE ARBEITSGRUPPEN – HERZSTÜCK DER NETZWERKARBEIT	253
10.3.3 ENTWICKLUNG DER GEMEINDEPSYCHIATRISCHEN VERSORGUNGSSTRUKTUR – BASIS FÜR EINE ERFOLGREICHE ZUSAMMENARBEIT IN DER KOMMUNE	255
10.3.4 DAS ROSTOCKER MODELL	257
10.3.5 ÖFFENTLICHKEITSARBEIT – ENTSTIGMATISIERUNG PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN	260
10.3.6 KONTINUIERLICHE PSYCHIATRIEKOORDINATION AB 2003 ANTJE WROCISZEWSKI	264
11. AUSBILDUNGSEINRICHTUNG GESUNDHEITSAMT	
VOM PRAKTIKUM ZUM BERUFSEINSTIEG ANTJE WROCISZEWSKI	270
12. DIE BEWÄLTIGUNG DER CORONAPANDEMIE	
DIE BISLANG GRÖSSTE HERAUSFORDERUNG DES GESUNDHEITSAMTES ROSTOCK MARKUS SCHWARZ	274
12.1 CORONAPANDEMIE IN DER HANSE- UND UNIVERSITÄTSSTADT ROSTOCK – EIN KURZER ABRISS ANDI FRIESE	274
12.2 ZAHLEN UND FAKTEN ZUR PANDEMIE IN DER HANSE- UND UNIVERSITÄTSSTADT ROSTOCK KATHARINA WOLF, KERSTIN NEUBER	277
12.3 AUSWERTUNG DER PCR-TEST-FRAGEBÖGEN DES ROSTOCKER TESTZENTRUMS IN DER HANSEMESSE KATHARINA WOLF, CAROLINE TRAUÉ, FIENE KROHN	281
12.4 IMPFZENTRUM HANSE- UND UNIVERSITÄTSSTADT ROSTOCK DAGMAR ZILLIG	283
12.5 GEDANKEN ZUR CORONAPANDEMIE AUS SICHT DES GESUNDHEITSAMTES DER HANSE- UND UNIVERSITÄTSSTADT ROSTOCK MARKUS SCHWARZ	287
13. AUSBLICK – EINE ZUKUNFT FÜR DAS GESUNDHEITSAMT? MARKUS SCHWARZ, KERSTIN WACHE	296
DANKE	301
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	303
AUTORENVERZEICHNIS	306
ORGANIGRAMM DES GESUNDHEITSAMTES ROSTOCK - 2022	
IMPRESSUM	

VORWORT

Liebe Leserin, lieber Leser,



worauf dürfen Sie sich einstellen, was erwartet Sie bei der Lektüre dieses Buches? Vielleicht nicht mehr und nicht weniger als eine Gesamtschau der Bemühungen um die öffentliche Gesundheit in der Vergangenheit und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst in der gegenwärtigen Zeit für die Hanse- und Universitätsstadt Rostock. Skizziert werden Entwicklungswege, jedoch auch Irrwege!

Schwerpunkte der Betrachtung werden allerdings die vergangenen gut 30 Jahre nach der „Wende“ sein, die Zeit nach dem politischen Ende der DDR. Was passierte nach dem „Ende der Geschichte“ (Francis Fukuyama)?

Mit der Bestätigung der ersten (provisorischen) Stellenpläne am 26. März 1991 wurde das Gesundheitsamt Rostock für funktionsfähig erklärt und formal „gegründet“. Demnach jährte sich im Jahr 2021 – mitten in der Coronapandemie – sein 30-jähriges Bestehen. Zeit also, innezuhalten, das Entstandene zu reflektieren, das Jetzige kritisch zu hinterfragen und einen vorsichtigen Blick in die Zukunft zu richten.

Besonders die vielfältig dargestellten, sehr persönlichen Werdegänge der ehemaligen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, also jener Kollegen und Kolleginnen, die maßgeblich den gesellschaftlichen Umbruch 1989 und in den Folgejahren miterlebt hatten, gewähren zuweilen intensive Einblicke in sehr individuelle Entscheidungsprozesse für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Skizziert werden mithin auch die Struktur, der Aufbau des Gesundheitsamtes und das außerordentlich diverse Tätigkeitsfeld der Arbeitsbereiche aller Beschäftigten. Dies mündet in ein sehr facettenreiches Bild einer vermeintlich „langweiligen Behörde“!

Die beiden Hauptfelder im Agieren des Gesundheitsamtes: die Realisierung hoheitlicher Aufgaben und die Umsetzung vielfältiger Aspekte der Gesundheitsvor- und -fürsorge können dabei nur aus dem andauernden Wechselspiel zwischen den gesetzlichen Bundes- und Landesvorgaben (hier v. a. dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern vom 19. Juli 1994 und den zu berücksichtigenden

Änderungen der Folgezeit), den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, bis hin zur konkreten „Verfasstheit“ der kommunalen Akteure und dem individuellen Engagement jedes einzelnen Protagonisten des Amtes verstanden werden.

Der Leserin, dem Leser wird demnach eine Anthologie in die Hand gelegt, die dem Ziel verpflichtet ist, sich dem „Phänomen Gesundheitsamt“ anzunähern!

Der Inhalt des Buches soll neugierig machen auf ein überaus abwechslungsreiches, spannendes, zuweilen herausforderndes, manchmal auch Ärgernis mit sich bringendes Terrain des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einer mittelgroßen Kommune in Norddeutschland.

Ich wünsche Ihnen kurzweilige, nachdenklich stimmende Momente, auf alle Fälle jedoch ein wenig Aufklärung über das Wesen des Gesundheitsamtes als „untere Gesundheitsbehörde“ der Hanse- und Universitätsstadt Rostock.



Dr. med. Markus Schwarz

GRÜßWORTE

ERSTER STELLVERTRETER DES
OBERBÜRGERMEISTERS
DR. JUR. CHRIS VON WRYCZ REKOWSKI

ENGAGEMENT MIT DEM HERZEN

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Leserinnen und Leser,



herzliche Glückwünsche zum 30-jährigen Bestehen des Rostocker Gesundheitsamtes!

Als wichtiger Baustein des öffentlichen Gesundheitsdienstes an der unmittelbaren Basis sind die knapp 400 Gesundheitsämter in Deutschland erst durch die Corona-Pandemie ins Schlaglicht gerückt. Zeitweise waren sie die wichtigsten Expertinnen und Experten, Taktgeberinnen und Taktgeber, dann aber auch aus der Ferne bestimmte Instrumente bei der Umsetzung der sich teilweise täglich ändernden Schutzmaßnahmen des Bundes und der Länder. Grundlagen waren – je nach Erkenntnisstand – weniger die eigenen Expertisen, sondern vielmehr immer wieder neue Regelungen, deren Verkündigungen zumeist per Video-Livestreams erfolgten und deren verbindliche Rechtsgrundlagen erst viele Tage später feststanden.

Zweifelsohne war und ist gerade diese Zeit prägend für das Bild auch des Rostocker Gesundheitsamtes. Doch die Aufgaben sind weitaus vielfältiger als es der Blick allein auf die Pandemie vermuten lässt. In unzähligen Gutachten und gutachterlichen Stellungnahmen, die durch den Amtsärztlichen und Sozialpsychiatrischen Dienst über Jahrzehnte hinweg erarbeitet wurden, war und ist die Expertise der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsamtes gefragt.

Die Rostockerinnen und Rostocker erleben ihr Gesundheitsamt bei zahnärztlichen Präventivangeboten in den Kindertagesstätten und Schulen, ebenso wie bei Schuleingangsuntersuchungen und begleitenden Angeboten zum Nachteilsausgleich bei Beeinträchtigungen. STD/HIV-Beratungen und Impfsprechstunden sind für die Menschen wichtige Offerten in oft besonders fordernden Situationen.

Hinzu kommen die Nachwuchsbegleitung bei unzähligen Praktika und oft in Kooperationen mit der Universität Rostock und weiteren Bildungseinrichtungen, aber auch Seminar- und allgemeine Präventionsangebote für die richtige Hygiene, für medizinische Betreuung, Pflege und Notfallversorgung. Untersuchungs- und Hilfsangebote für Geflüchtete sind wichtige Voraussetzungen für gelungene Integrationen.

Trotz vieler Parallelen sind es oft aber auch regionale Besonderheiten, die das Profil jedes einzelnen Gesundheitsamtes bestimmen. So sind die Aufgaben des Hafensärztlichen Dienstes in Rostock, die der Arbeit auch des Gesundheitsamtes eine starke maritime Prägung geben. Seeleute und Passagiere aus aller Welt, deren Weg durch die Handels- oder Kreuzschifffahrt auch nach Rostock führt, werden so von unserem Gesundheitsamt begleitet und möglicherweise betreut.

Bei der Bewältigung all dieser Aufgaben sind aktuellste Informationen über akute Lagebilder, Gefahrenprognosen und Behandlungsmethoden ebenso Voraussetzung wie eine permanente und detailgenaue Kenntnis der jeweils gültigen unterschiedlichsten Gesetze und Verordnungen. Das Gesundheitsamt ist deshalb nicht nur auf eine gute Zusammenarbeit innerhalb der Stadtverwaltung angewiesen, sondern auch mit zahlreichen weiteren Behörden des Landes und des Bundes, mit den Kliniken, Ärztinnen und Ärzten sowie mit Dienstleistenden aus dem medizinischen und maritimen Bereich.

Die Folgen der Corona-Pandemie auch für den öffentlichen Gesundheitsdienst sind derzeit noch kaum abschätzbar. Wir brauchen dringend neue und modernste Instrumente und Methoden zur Bewältigung der vielfältigen Aufgaben der Gesundheitsämter! Und wir werden nicht umhin kommen, auch die Strukturen entsprechend der Erwartungen und Möglichkeiten des 21. Jahrhunderts anzupassen.

Eines ist aber klar: Wer hier arbeitet, macht dies zu einem großen Teil mit dem Herzen. Das hohe persönliche Engagement war kennzeichnend für die gesamten 30 Jahre des Bestehens unseres Gesundheitsamtes. Und es hat das Team auch durch die Be- und Überlastungen der Pandemie geführt. Dafür gebührt allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unser ganz besonderer Dank!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. jur. Chris von Wrycz Rekowski

Erster Stellvertreter des Oberbürgermeisters

Rostock, im August 2022

DIE ZAHL 53

Sucht man in der Verwaltung nach dem Gesundheitsamt, wird man nicht ohne die 53 auskommen. Diese Zahl steht natürlich nicht für das Durchschnittsalter oder die Anzahl der Mitarbeitenden. Sie steht auch nicht für die durchschnittlichen Überstunden pro Monat. Das dürfte seit zwei Jahren leider nicht reichen. Sie steht auch nicht für die Anzahl der Aufgaben. Vielmehr ist das Gesundheitsamt die „Organisationseinheit 53“, kurz OE 53, einschließlich des AL 53. Das ist natürlich der **AmtsLeiter**.



In den vergangenen gut zwei Jahren haben plötzlich alle über die Gesundheitsämter gesprochen. Viele haben bemerkt, dass sie im Laufe der Jahre kaputt gespart wurden und passiert ist am Ende doch nicht viel. Ich möchte den Blick auf das lenken, was unser Rostocker Gesundheitsamt auch vor 2020 alles gemacht hat, ohne dass es die angemessene Würdigung erfahren hätte.

Da sind nicht nur die Schuleingangsuntersuchungen für über 1.800 Kinder im Jahr und die Reihenuntersuchungen in der vierten und achten Klasse (wenngleich es da schon große Lücken gibt). Da sind auch die vielen Stunden in der Prävention, die zum Beispiel durch unser Fachpersonal in den Kitas der Stadt geleistet werden und alle Kinder ganz besonders fleißig versuchen, Zähne zu putzen, wenn sie Besuch vom Krokodil bekommen hatten.

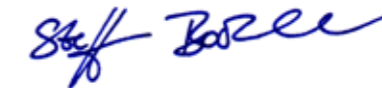
Da sind Projekte wie die Suchtprävention, die nicht nur mit Verboten arbeitet, sondern den Verzicht auf Drogen „schmackhaft“ macht. Da ist aber auch die Unterstützung der Arbeit im Drogenkontakladen, wo niedrigschwellig und akzeptierend gearbeitet wird, was es nur ein Mal im ganzen Land gibt.

Dieses Prädikat trifft auch an anderen Stellen zu. Wer in Mecklenburg-Vorpommern eine Heilpraktikerprüfung ablegen möchte, wird das in aller Regel nur noch in Rostock machen können.

Und dann ist da noch die Beratungsstelle für Menschen mit onkologischer Erkrankung. Auch sie ist ein Juwel. Immer wieder sprechen mich Menschen an, die dort Rat, ein offenes Ohr und Hilfe gefunden haben.

Ohne Probleme könnte diese Liste fortgesetzt werden. Sie wäre aber nach 53 Punkten längst nicht zu Ende und dafür reicht dann leider der Platz nicht.

Ich bedanke mich bei „meinem“ Gesundheitsamt und allen dort derzeit und früher Beschäftigten, gratuliere auf das Herzlichste und wünsche einfach mal normale Zeiten!



Steffen Bockhahn

SENATOR A. D.
DR. RER. NAT. WOLFGANG NITZSCHE

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Leserinnen und liebe Leser,



das vorliegende Buch lädt Sie auf einen Rundgang in die Geschichte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes unserer Heimatstadt Rostock ein und betrachtet insbesondere die 30-jährige Entwicklung des Gesundheitsamtes. Jede Zeit hat ihre eigenen Herausforderungen, und nie ist es möglich, jederzeit auf alles vorbereitet zu sein.

In den letzten dreißig Jahren vollzog sich ein deutlicher gesellschaftlicher Wandel und damit auch der Bevölkerungsstrukturen. Lebensgewohnheiten haben sich verändert, und der Präventionsgedanke erhielt eine ganz neue Bedeutung. Nach dem Zusammenbruch der DDR 1989 ereignete sich im Schnellgang der Aufbau einer Verwaltung nach westdeutschem Vorbild, um für die sofortige Anwendung und Umsetzung des bundesrepublikanischen Rechts- und Verwaltungssystems zu sorgen.

So war in der früheren DDR den Gemeinden eine Rolle zugewiesen, die mit der Struktur und Arbeitsweise im Westen nicht vergleichbar war. Die DDR-Verfassung betrachtete in Kapitel 2 „Betriebe, Städte und Gemeinden in der sozialistischen Gesellschaft“ unter demselben Sachzusammenhang wie Wirtschaftsunternehmen. Das bedeutete: Kommunen waren in das wirtschaftlich-politische Leitsystem eingegliedert und im Prinzip mit ähnlichen Aufgaben bedacht wie ein Volkseigener Betrieb oder ein Kombinat. Dieses System musste umgehend durch neue, demokratisch orientierte Strukturen ersetzt werden, die den meisten damals Beschäftigten völlig fremd waren.

Das vorliegende Buch lässt diese Rückschau nachvollziehen. Anhand persönlichen Erlebens wird anschaulich beschrieben, wie die Mitarbeiter/innen des aufzubauenden Rostocker Gesundheitsamtes in dieser schwierigen Anfangsphase nach der Wende zunächst nur am Aufbau einer halbwegs funktionsfähigen Verwaltung nach westlichem Muster interessiert waren, um arbeitsfähig zu sein.

Es begann ein täglicher Kampf mit fremder Gesetzesmaterie, geprägt von fachlichen Neuheiten und manchmal menschlichen Unzulänglichkeiten, bis sich ein funktionierendes Gesundheitsamt als Unterbehörde in der Kommune etabliert hatte.

In meiner Zeit als Sozialsenator der Hanse- und Universitätsstadt Rostock von 2001 bis 2008 gab es stets Handlungsfelder zur Zusammenarbeit mit den kompetenten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitsamtes.

In dieser Zeit haben wir sehr viele Projekte und Ideen auf den Weg gebracht und an wegweisende kommunale Rahmenbedingungen anknüpfen können. Als Beispiel möchte ich die Mitgliedschaft der Hansestadt Rostock im Gesunde Städte Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland anführen. Seit 1992 gehört Rostock zu einem Zusammenschluss von Kommunen, die sich zur Aufgabe gestellt haben, dort, wo Menschen leben, einen gesunden Lebensraum zu entwickeln.

Dazu wird in diesem Buch Eindrucksvolles zu lesen sein. Heute sind die Aufgaben des Gesundheitsamtes nach wie vor sehr vielfältig.

Dazu zählen

- der Amtsärztliche Dienst mit dem umfangreichen Gutachtenwesen,
- der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst,
- der Sozialpsychiatrische Dienst,
- der Hygiene und Infektionsschutz genauso wie
- die Zahnärztliche Abteilung,
- die Koordination von Sucht, Psychiatrie, Suchtprävention und Gesundheitsförderung,
- die Verwaltung mit der Betreuungsbehörde.

Für Rostock als Hafenstadt kommt dem Hafenärztlichen Dienst eine immense Rolle zu.

Ich lade Sie sehr herzlich ein, mit dieser Chronik die Entwicklung des Gesundheitsamtes zeithistorisch zu erleben. Sehr gern nutze ich die Gelegenheit, den Autorinnen und Autoren zu danken, ein Zeitzeugnis festgehalten zu haben.

Ebenso möchte ich meinen Dank an all jene richten, die in Rostock jeden Tag an ihrer Stelle etwas dafür tun, dass Menschen nicht krank, Kranke schnell gesund werden oder zumindest gut versorgt und betreut sind.

Dr. rer. nat. Wolfgang Nitzsche



Die Wiedervereinigung Deutschlands war mit vielen Restrukturierungen, insbesondere im Gesundheitswesen verbunden, die in dieser Zeit eine vorsichtige Rückbetrachtung erlauben, die eben Berechtigung erfährt, historisch genannt zu werden. Die Freude über das Erreichte verbindet sich dabei mit mancher Überlegung, was vielleicht einfacher, schneller und nachhaltiger hätte angelegt werden können. Dies macht eine solche Betrachtung doppelt wertvoll: die Anerkennung des Geleisteten wie Überlegungen für zukünftige Optimierungen.

Die ungeheuren Leistungen des Städtischen Gesundheitsamtes Rostock unter der klugen, umsichtigen und ergebnisorientierten Leitung von Dr. med. Markus Schwarz und Dr. med. Kerstin Neuber seit dem 11. März 2020, dem Tag, an dem die WHO die SARS-CoV-2-Epidemie zur Pandemie erklärte, haben das Gesundheitsamt der Hanse- und Universitätsstadt Rostock in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt, in den es angesichts seiner bedeutenden Aufgaben gehört. Die Erkenntnis, dass öffentliche Gesundheitsversorgung, aber auch Beratung, Vorsorge, Überwachung und Berichterstattung größeren Eingang in die Curricula der medizinischen Studiengänge finden müssen, ist ebenso wichtig wie für einen entsprechenden Fachnachwuchs zu sorgen.

Allzu leicht war für selbstverständlich gehalten worden, dass der Amtsärztliche und Sozialpsychiatrische Dienst, der Kinder- und Jugendärztliche und -zahnärztliche Dienst, die Begutachtungen und gutachterlichen Stellungnahmen, die Hygieneüberwachung, man denke nur an EU-Badegewässer, Campingplätze und Mülldeponien, routinemaßig erledigt würde.

Die Gesundheitsämter in den sechs Landkreisen und zwei kreisfreien Städten des Landes Mecklenburg-Vorpommern sind über das LAGuS, das Landesamt für Gesundheit und Soziales, organisiert und doch hat jedes Gesundheitsamt seine individuelle Prägung.

Die Universität Rostock, die eine große durch Hochleistungsmedizin geprägte Universitätsmedizin mit einbezieht, ist eine breit aufgestellte Hochschule. Sie zeichnet sich durch die enge Fächervernetzung mit inter- und transdisziplinären Schwerpunkten aus, in enger Kooperation zu außeruniversitären Forschungseinrichtungen der Max-Planck-, Helmholtz-, Fraunhofer- und Leibniz-Gemeinschaft, die allesamt mehr oder weniger enge Schnittstellen zur Medizin aufweisen und damit auch wichtige Partner für das öffentliche Gesundheitswesen darstellen.

Besonders hervorheben möchte ich die Verbindungen der Medizin mit den Ingenieurwissenschaften, speziell der medizinischen Technik, der medizinischen Biotechnologie, aber auch der medizinischen Informationstechnik, im Sensoring und Datentransfer in Diagnostik und Therapie. Forschungen und Innovationen führen hier zu Ausgründungen, wie der CORTRONIC GmbH mit kardiovaskulären Stents, der CENTOGENE GmbH mit Gen- und Biomarkerdiagnostik bei seltenen Erkrankungen und der DOT GmbH mit dem Schwerpunkt der Beschichtung von Gelenkprothesen. Nennen möchte ich das Max-Planck-Institut für demografische Forschung, welches anhand seiner Statistiken eindrucksvoll die positiven Entwicklungen der letzten 30 Jahre in der öffentlichen Gesundheitsversorgung anhand von Sterblichkeits- und Morbiditätsstatistiken untermauern kann. Zu nennen wären auch das DZNE (Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen), ein Helmholtz-Zentrum in Rostock gemeinsam mit Greifswald, die sich diesen Erkrankungen von der Prophylaxe bis hin zur gesellschaftlichen Teilhabe gewidmet haben, oder auch die Rostocker Helmholtzaktivität zur Feinstaubanalyse und zu ihren Auswirkungen bzw. Reduktionsmöglichkeiten durch den Schiffsverkehr auf der Ostsee.

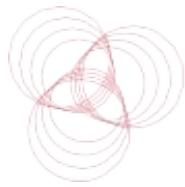
Ein Grußwort zum Erscheinen dieser historischen Betrachtung vom Werden und Wachsen des Gesundheitsamtes der Hanse- und Universitätsstadt Rostock wäre unvollständig ohne Worte des Dankes und gute Wünsche für die Zukunft:

Die Hanse- und Universitätsstadt Rostock nimmt dieses Jubiläum sehr gern zum Anlass, Danke zu sagen, Danke für die stets hilfsbereite, freundliche und entgegenkommende Weise, die nicht selten schwierigen Aufgaben, deren Ergebnisse nicht immer die erhofften sind, mit Engagement, hohem Verantwortungsbewusstsein und fachlicher Kompetenz zu bewältigen.

Die Universität mit der Universitätsmedizin dankt – darin ist auch mein ganz persönlicher Dank eingeschlossen – für die vertrauensvolle enge Zusammenarbeit zum Wohle der uns anvertrauten Mitarbeitenden, Studierenden, Patientinnen und Patienten. Seien es dringend benötigte Begutachtungen von jungen Professorinnen und Professoren, die wir für Rostock gewinnen möchten, seien es ausländische Gäste, die hier studieren, forschen und lehren, bis hin zu Überlegungen, wie wir in Pandemiezeiten Hygiene und Infektionsschutz unter optimaler Ausnutzung der beschränkten Raumkapazitäten doch auch physische Präsenz ermöglichen konnten. Und so verbinden wir diesen Gruß mit dem Wunsch einer guten fortgesetzten Kontinuität dieser Zusammenarbeit und bieten gern unsere Hilfe an, wenn erforderlich und gewünscht.



Prof. Dr. med. habil. Wolfgang Schareck



Das Gesundheitsamt Rostock und die Universitätsmedizin Rostock sind durch eine langjährige erfolgreiche Kooperation eng miteinander verbunden.

Mein erster Kontakt mit dem Gesundheitsamt erfolgte, als ich im Jahr 1999 ganz frisch meinen Dienst in der Abteilung für Tropenmedizin und Infektionskrankheiten angetreten hatte. Die medizinische Betreuung von Seeleuten gehörte zu meinen zunächst außergewöhnlichen Aufgaben. In einer Hansestadt mit einem großen internationalen Hafen waren Seeleute mit Amöbenruhr oder Malaria nicht selten. In den Folgejahren kamen mit dem großen Aufschwung der Passagierschiffahrt in Rostock auch erkrankte Kreuzfahrer und Crewmitglieder hinzu. Die Überweisung erfolgt durch den Hafenäztlichen Dienst des Gesundheitsamtes.

Die zu erfüllenden Aufgaben des Gesundheitsamtes sind über die Jahre enorm angestiegen, und die praktischen Herausforderungen wurden immer vielfältiger und anspruchsvoller.

Beispielhaft sollen hier die Pandemien und Epidemien der letzten zwei Jahrzehnte genannt werden: SARS im Jahr 2002, die Vogelgrippe H5N1 im Jahr 2004, die Schweinegrippe H1N1 im Jahr 2009/2010, Milzbrandverdachtsfälle in den Jahren 2009 bis 2012, EHEC im Jahr 2011, MERS im Jahr 2012 und Covid-19 seit 2020.

In besonderer Erinnerung geblieben ist die sogenannte Flüchtlingskrise im Jahr 2015/2016, als die Erstuntersuchung in der Erstaufnahmeeinrichtung in Nostorf/Horst kurzfristig umgesetzt werden musste. Die überwiegend aus Syrien Geflüchteten wurden zur Vorbeugung von Ausbruchsgeschehen untersucht, insbesondere auf Tuberkulose und Orientbeule. Auch hier spielte das Gesundheitsamt eine bedeutsame Rolle, und die enge Zusammenarbeit trug zur Bewältigung dieser Krise bei.

Und nur allzu bewusst ist jedem das Ausmaß der Covid-19 Pandemie, das sich niemand überhaupt vorstellen konnte. Das Gesundheitsamt reagierte stets in kürzester Zeit sehr effizient auf die jeweiligen rasch sich ändernden Herausforderungen, die neuen Regelungen des Infektionsschutzgesetzes

und der Corona-Landesverordnung MV, von den ersten PCR- und Schnelltests über die Nachverfolgung bis hin zur Organisation und Durchführung der Impfungen.

Das sind nur wenige Beispiele, die zeigen, welche bedeutende Funktionen das Gesundheitsamt ausübt.

30 Jahre Gesundheitsamt sind daher ein würdiger Anlass, sich seiner Geschichte zu erinnern und diese zu dokumentieren, damit sie nicht in Vergessenheit geraten kann.

Mit herzlichem Dank für die stets vorbildhafte Zusammenarbeit.

Prof. Dr. med. univ. Emil C. Reisinger, MBA



Rudolf Virchow erkannte bereits Mitte des 19. Jahrhunderts den Einfluss sozialer Bedingungen auf die Gesundheit von Menschen und leitete daraus die Notwendigkeit der besonderen Fürsorge für die sozial Schwächeren ab. Diesem Leitbild Virchows fühlten sich die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes immer verpflichtet. Mit Kompetenz und dem unerschütterlichen Willen zur Verbesserung beschritten sie neue Wege in der Prävention und Gesundheitsförderung und ließen vielen unsichtbaren Bedürftigen Hilfe zuteil werden.

In zahlreichen Vorlesungsreihen und Praktika gaben sie zudem ihr umfangreiches Wissen und die wertvollen Erfahrungen eines interdisziplinären Handelns an die zukünftigen Ärzte weiter und verhalfen Rostock damit zu einer Vorreiterrolle im Bereich der Öffentlichen Gesundheitspflege.

Für ihr Engagement gebührt den Mitarbeitern des Gesundheitsamtes der Hanse- und Universitätsstadt Rostock unser großer Respekt und Dank.



Dr. med. Steffi Kreuzfeld



ERSTER DIREKTOR DES LANDESAMTES FÜR
GESUNDHEIT UND SOZIALES MV (LAGUS)
DR. OEC. HEIKO WILL

Natürlich stehen ganz am Anfang eines solchen Grußwortes anlässlich des 30-jährigen Bestehens des kommunalen Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock meine herzlichen Glückwünsche für alle dort tätigen Kolleginnen und Kollegen und mein ausdrücklicher Dank für die gute Zusammenarbeit mit dem Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGuS) als obere Landesgesundheitsbehörde.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist in den Zeiten der Pandemie stärker denn je in den Fokus der Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit geraten. Dabei hätte auch schon vor der Pandemie bekannt sein können, dass etwa die stetig steigende Lebenserwartung der Bevölkerung in Deutschland unmittelbar mit starken Strukturen des öffentlichen Gesundheitswesens zu tun hat, egal, ob kommunal oder staatlich.

Sei es die Überwachung der Krankenhäuser und Arztpraxen, sei es die Sorge um gutes Trinkwasser, seien es Schuleingangsuntersuchungen, Impf- und Präventionsangebote oder die unverzichtbare Tätigkeit des Hafenärztlichen Dienstes. Ich bin davon überzeugt, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst als für alle Menschen gleichermaßen zugängliche Form der öffentlichen Daseinsfürsorge ein ganz wertvolles Element für unser gutes Leben in Deutschland darstellt.

Wenn die aktuelle Pandemie mit früheren Infektionsgeschehen wie Pest, Cholera oder der Spanischen Grippe verglichen wird, so darf deren relativ milder Verlauf meines Erachtens auch damit begründet werden, dass die Gesundheitsämter in unserem Land sehr viel leistungsstärker sind, als es öffentliche Gesundheitsstrukturen in der früheren Geschichte waren. Anders, als es in der Öffentlichkeit mitunter diskutiert wird, hat nämlich die hervorragende Arbeit z. B. des Gesundheitsamtes in Rostock maßgeblichen Anteil daran, dass wir während der Pandemie bei allen Einschränkungen ein weitgehend normales und auch gesundes Leben führen konnten und dies kann gar nicht hoch genug anerkannt werden.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst der ehemaligen DDR und damit auch der Stadt Rostock hat dabei sein eigenes Gesicht in den ÖGD der Bundesrepublik einbringen können und hat ihn bereichert. Vorbildlich, was z. B. das Impfwesen oder die Hygieneüberwachung betrifft, konnten so zusätzliche Akzente gesetzt werden, auf die man im Osten des Landes zu Recht stolz sein darf.

Nun geht es um die Herausforderung, all das Gute zu erhalten und den ÖGD als dritte und wichtige Säule des Gesundheitswesens zu stärken. Wir stehen vor einem Generationswechsel, wir stehen vor den Herausforderungen eines digitalen Wandels und unsere Menschen haben in Bezug auf Leistungen des öffentlichen Dienstes zunehmende Erwartungshaltungen. Der Öffentliche Gesundheitsdienst braucht Unterstützung, um dauerhaft attraktiv zu sein oder zu werden. Dazu gehören gute Arbeits- und Lohnbedingungen genauso wie Entwicklungschancen und ein Image, dass der hervorragenden Arbeit der Mitarbeitenden gerecht wird. Viele können daran mitwirken. Politik, indem für ausreichende Ressourcen gesorgt wird, Universitäten mit stärkerem Fokus auf das öffentliche Gesundheitswesen bei der Ausbildung, die Beteiligten mit einer guten und übergreifenden Zusammenarbeit und Arbeitsteilung und nicht zuletzt die Öffentlichkeit durch Wertschätzung.

Ich wünsche im Namen meiner Kolleginnen und Kollegen im LAGuS dem Gesundheitsamt auch für die Zukunft viel Erfolg und alles Gute bei der Bewältigung der vor uns liegenden Herausforderungen. Unsere Stärke liegt dabei nicht zuletzt im gemeinsamen Handeln.

Dr. Oec. Heiko Will



1.

**DIE VORGESCHICHTE
WEGE UND IRRWEGE DER
ÖFFENTLICHEN GESUNDHEIT
IN 800 JAHREN ROSTOCKER
STADTGESCHICHTE**
MARKUS SCHWARZ

1. DIE VORGESCHICHTE WEGE UND IRRWEGE DER ÖFFENTLICHEN GESUNDHEIT IN 800 JAHREN ROSTOCKER STADTGESCHICHTE*

MARKUS SCHWARZ

Tatsächlich ist es noch nicht allzu lange her, dass die drei „Heimsuchungen“: Krieg, Hunger, Krankheit auch in Rostock, der alten und stolzen Stadt im Mecklenburgischen Lande, immer wieder das Leben ihrer Einwohner bestimmten. Die Besetzungen der Stadt im Dreißigjährigen Krieg, während des Nordischen Krieges, des Siebenjährigen Krieges und des Feldzuges Napoleons nach Russland, führten immer wiederkehrend zu unendlichem Leid. Allein vom Stadtbrand des Jahres 1677 sollte sich Rostock Jahrzehnte lange nicht erholen (Abb. 1).



Abb. 1 Kupferstich von Amadeus von Fridleben, Nürnberg 1678 (mit der spiegelverkehrten Darstellung der Stadt Rostock),
Quelle: Stadtarchiv Rostock

Welche „medizinischen Abwehrmaßnahmen“ haben unsere Altvordenen angewandt, um das Leben der Bürgerinnen und Bürger der Hansestadt Rostock erträglicher zu gestalten? Wie war das System der Gesundheitsversorgung in den vergangenen Jahrhunderten in der Stadt aufgebaut? Welche Wege und Irrwege wurden dabei beschritten?

Von den Anfängen der Stadt im 13. Jahrhundert bis in die späten Jahre des 19. Jahrhunderts war die medizinische Grundversorgung durch die Tätigkeit der Barbierchirurgen bzw. Wundärzte für die Bewohner der Kommune Rostock gewährleistet.

Zunächst waren es die Bader, später, dann belegt ab 1460, die Barbieri, die sich in Zünften organisierten und ihre Rechte und Pflichten in sog.

„Zunftrollen“ niederschrieben. Die Oberaufsicht über dieses handwerkliche Amt der Barbieri und Chirurgen führte das „Gewett“, vielleicht – nach heutiger Auffassung – mit einer Behörde für Handwerk und Gewerbe zu vergleichen. An der Spitze des Barbieramtes stand der sog. Ratschirurg, der das besondere Privileg „des ersten Bandes“ besaß. In gerichtlichen Auseinandersetzungen und bei der Ermittlung des Verletzungsumfanges eines vermeintlichen Opfers war der von ihm erstellte „Gichtzettel“ Grundlage für die Rekonstruktion

eines „Tatherganges“. So sind einige Namen der in Rostock tätigen Ratschirurgen seit dem 16. Jahrhundert relativ regelmäßig in den Archiven zu finden:

- Jacob Dehele: 1553 (?)
- Hans von Deventer: 1560 (?)–1593 (Intervention: Valentin Withausen)
- Ladewig Badensick: 1593
- Petre Marrettich: 1608
- Adam Sparwaldt: 1641
- Peter Peitscher: 1672
- Martin Jacob Tesch: 1733
- Niclas Warncke: 1755
- Johann Heinrich Buddig: 1759–1784
- Gottlieb Mühlenbruch: 1784–1823 (?)
- Conrad Behrens: 1825–1877, ohne Zunftbindung als Armenarzt der Kämmereigüter

Tatsächlich erweiterte sich das Aufgabenfeld der Barbierchirurgen über die Jahrhunderte hinweg zusehends. Waren es zunächst die Tätigkeiten des Rasierens, Schröpfens, Aderlasses oder der Blutegelanwendung, so kamen als zusätzliche Aufgabenfelder peu à peu Leichenschauen/Obduktionen, Behandlungsaufträge von Zuchthausinsassen, für Stadtarme und für die Prostituierten hinzu. Der letzte bestellte Ratschirurg, Conrad Behrens (im Amt 1825–1877), gehörte allerdings schon nicht mehr dem Barbieramt an (Abb. 2).

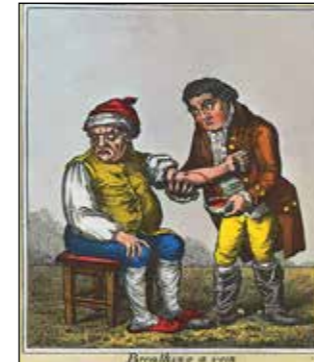


Abb. 2
James Gillray: Der Aderlass
(um 1805, London),
Quelle: de.wikipedia.org

Die zunehmende Spezialisierung der medizinischen Wissenschaften wurde durch deren Akademisierung begleitet und beförderte auch in der Stadt Rostock die sukzessive Niederlassung akademisch ausgebildeter Ärzte.

Die 1419 mit Einwilligung des Papstes Martin V. gegründete erste Universität im Norden des „Heiligen Römischen Reiches Deutscher Nation“ – in der Hafensstadt Rostock – konnte jedoch erst mit dem Konzilsbeschluss 1568 eine medizinische Fakultät mit besonderen Privilegien schaffen. Ebenso seit 1568 regelmäßig nachweisbar ist ein „rätlicher Professor der Medizin“, ein Stadtphysikus in Rostock. Zusammen mit dem Weinamt wird so das Medizinaldepartement gebildet. Der Stadtphysikus in Rostock besaß jedoch zunächst kein unmittelbares Aufsichtsrecht über die Zunft der Barbierchirurgen. Allerdings zählte es zu den ersten Aufgaben des „rätlichen Professors“, die Stadtapotheke am Neuen Markt mit ihren Beständen zu kontrollieren, zudem auch die Barbierchirurgen zu „observieren“, die selbst Salben, Puder und Pflaster herstellen durften. Zug um Zug weiteten sich die Befugnisse eines Stadtphysikus aus. Die Medizinal-Ordnungen für das (Groß)Herzogtum Mecklenburg aus den Jahren 1683, 1751 bzw. 1830 standen für eine immer konkreter werdende Aufgabenübernahme der im städtischen Auftrag agierenden (akademischen) Ärzte (Stadtphysici).

Konkret für Rostock sind folgende Stadtphysici dokumentiert:

- Petrus Memmius (1531–1589): 1568–1581
- Wilhelm Lauremberg (1547–1612): 1581–1605 (?)
- Heinrich Pauli (1565–1610): 1594–1604 (auch Vertreter von Lauremberg)
- Johannes Assureus (1558–1642): 1605–1639 (?)
- Joachim Stockmann fil. (1592–1653): 1640–1653
- Johannes Backmeister fil. (1624–1686): 1654–1665
- Johan Jakob Doebelius (1640–1684): 1665–1684
- Bernhard Barnstorff (1645–1704): nach 1671–1704
- Wilhelm David Habermann (1669–1715): 1705–1715
- Christoph Martin Burchard (1680–1742): 1716–1742 (Abb. 3)



Abb. 3
Stadtphysikus Christoph
Martin Burchard (1716–1742),
Quelle: Quelle: Universitäts-
archiv Rostock

- Johann Bernhard Quistorp (1692–1761): 1743–1761
- Christian Ehrenfried Eschenbach (1712–1788): 1762–1788
- August Gottlieb Weber (1762–1807): 1789–1807
- Carl Ernst Theodor Brandenburg (1772–1827): 1808–?
- Carl Wilhelm Beist (?–1820): 1817–1820
- Christian Friedrich Ludwig Wildberg (1765–1850): 1821–1825 (Abb. 4)

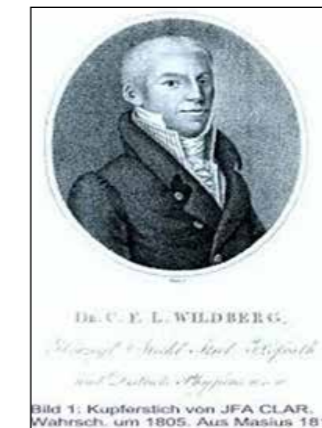


Abb. 4
Stadtphysikus Christian
Friedrich Ludwig Wildberg
(1821–1825), Kupferstich
von J.F.A. Clar um 1805, in
G.-H. Masius: Medizinischer
Kalender für Ärzte und
Nichtärzte auf das Jahr 1815,
Quelle: Universitätsarchiv
Rostock

Bild 1: Kupferstich von J.F.A. CLAR, Warsch. um 1805. Aus Masius 1815



Abb. 5
 Stadtphysikus Johann Karl
 Friedrich Stempel (1826-1830),
 Quelle: Universitätsarchiv
 Rostock

- Johann Karl Friedrich Stempel (1800-1872): 1826-1830, letzter rätlicher Professor für Medizin (Abb. 5)
- Christian Krauel (1800-1854): 1830-1839
- Johann Friedrich Lesenberg (1802-1857): 1840-1857
- Wilhelm Lesenberg (1830-1916): 1857-1902
- Carl P. F. W. Dugge (1867-1945): 1902-1933 (letzter Stadtphysikus/Stadtarzt)

Die Doktoren Assuerus, Burchard, Wildberg, Stempel, Lesenberg sen./jun. stehen stellvertretend in den Archivunterlagen für alle ärztlichen Kollegen, die sich maßgeblich für die Belange der öffentlichen Gesundheit in der Stadt Rostock in den vergangenen Jahrhunderten einsetzten und für deren nachhaltige Verbesserung kämpften.

Allein die Medizinal-Ordnung der Großherzoglichen Regierung für Mecklenburg-Schwerin vom März des Jahres 1830, die als „Reform-Gesetzgebung“ Eingang in die Geschichte fand und bis ins 20. Jahrhundert die örtliche Gesundheitspolitik prägte, bestimmte u. a. folgende Grundannahmen:

- die Aufgabe der Kreisphysici sei es, darauf zu achten, dass es in den Physikats-Bezirken des Landes eine ausreichende medizinische Versorgung gäbe,
- nur ein autorisierter Personenkreis für die medizinische Versorgung zur Verfügung stehen solle,
- Medizinal-Personen sollten sich nach der Medizinal-Ordnung richten,
- gutes Benehmen unter den Medizinal-Personen sei herbeizuführen,
- Aufsicht über das öffentliche Gesundheitswohl sei zu führen, Mitteilung darüber sei zu tätigen,
- Anzeigen von Viehseuchen und Krankheiten seien verpflichtend,
- Gerichtsärztliche Tätigkeiten seien zu gewährleisten,
- Aufsicht über die Wundärzte, Geburtshelfer, Hebammen, Apotheker und Tierärzte sei zu realisieren...

Sechs Wochen vor Jahresende sollte dann an die Medizinalkommission übermittelt werden, welche Krankheiten im Verantwortungsbereich maßgeblich waren. So sind nicht selten z. B. im Frühsommer: katarrhalisch-rheumatische Fieber, im Sommer: Magen-Darmverstimmungen, Masern, Scharlach, Windpocken, Keuchhusten, Wechselfieber o. ä. zu konstatieren, die jeweils die Rostocker Bevölkerung heimsuchten.

In Mecklenburg-Schwerin durften ab 1830 Wundärzte selbst keine Barbierstuben mehr unterhalten.

1812 soll es in Rostock 12, im Jahre 1840 ganze 26 (akademisch ausgebildete) Ärzte gegeben haben. Johann Wilhelm Josephi gründete 1801 ein Chirurgisches Klinikum zur Ausbildung von Wundärzten. Der Chirurg Friedrich Günther beantragte 1821 die Zulassung in Rostock. Ab 1824 wurde die Zulassung zum Chirurgen nur noch unabhängig vom Barbieramt erteilt. Das alte Barbieramt existierte bis zum Jahre 1889.

Die Liste der amtierenden Stadtphysici reichte bis zum letzten Amtsträger, Prof. Dr. Carl Paul Friedrich Wilhelm Dugge, der sein Stadtphysikat von 1902 bis zum November 1933 ausübte. Offiziell Stadtphysikus nennen durfte er sich bis zum Jahre 1914 (Abb. 6).



Abb. 6
 Stadtphysikus Carl Paul
 Friedrich Wilhelm Dugge
 (1902-1933),
 Quelle: Universitätsarchiv
 Rostock

Vielfältig präsentierte sich die „medizinische Topographie“ der Stadt Rostock Anfang des 18. Jahrhunderts. Vier Hospitäler trugen eine (sozial-)medizinische Verantwortung für die Bürgerinnen und Bürger Rostocks während des Mittelalters und der frühen Neuzeit. Das Heiligen-Geist-Hospital im Weichbild der heutigen Kröpeliner Straße schien vielleicht die respektabelste Einrichtung zu sein (Abb. 7).

DOKUMENT 1: DIE KRANKENANSTALTEN IN ROSTOCK – EINE TOPOGRAPHIE (STAND: BIS ZUM 19. JAHRHUNDERT)



ehem. Heilig-Geist-Spital
 Aufgaben der Krankenfürsorge – Krankenhaus, Altenheim, Armenhaus; Abriß der Spitalskirche 1819,
 Nordhof wird im 2. WK zerstört, herausragende Stellung in der Krankenbehandlung.

Lazarett am Heringstor
 seit Jahrhunderten Ort für zu verpflegende Insassen...
 St.Lazarus – als „Pockenhaus“ bewidmet.

Franziskaner-Kloster
 seit 1243, nach der Reformation Armen- und Waisenhaus, seit 1740: Zucht- Werkhaus, Irrenhaus, seit 1823 „Katharinenstift“ als alleinige „Irrenanstalt“. Als Institution der geschlossenen Armenpflege mit 100 Kranken bis 1920, danach Alters- und Pflegeheim...

Altes „Stadt Krankenhaus“
 6 Betten, Ende des 18. Jhd.: sehr auffällig beschrieben...
 Unterbringung von kranken Stadtarmen...

St. Gertruden-Kapelle, St. Gertruden-Hospital
 mit Betreuung von Fremden und Pilgern, ab 1855 Standort des Stadtkrankenhauses/Klinikum der Universität (Stempel, Lesenberg, Schwedler/Klitzing). Landeskrankenhaus mit chirurgischer, medizinischer Klinik, Augenklinik, Isolierpavillons für Infektionskrankheiten, Gesamtbettenzahl: 300!
 1902 Anbau einer Hautklinik (H. Schlosser), Zerstörung im 2. WK, Teilaufbau...

Private Krankenanstalt des Herrn Prof. K. Stempel
 in der Pädagogienstraße seit 1828, seit 1836 an der Westseite des Jacobifriedhofes

St. Jürgen (St. Georg)-Hospital
 vor dem Steintor: vornehmlich für die Aufnahme von Leprösen, im 30-jährigen Krieg zerstört, Verlegung der Einrichtung (incl. Hospitalmeisterei) in die Lagerstraße 17... Auflösung der Hospitäler 1928...

„Krankenhaus an der Grube“:
 Einrichtung als städtisches Krankenhaus im Jahre 1805. Ehem. „Haus an der Grube“: 5 beheizbare Krankenzimmer, für 16 Patienten, Anstellung eines Ehepaares für die Krankenpflege, ein Arzt und ein Wundarzt kümmern sich um die Medizinalverordnungen. 1830 wird der nebenstehende „Specula-Turm“ mit 4 zusätzlichen Krankenzimmern eingerichtet (Pocken/Obduktionen). Die Finanzierung erfolgt aus Mitteln der „Armenversorgung“. 1846 Abriss des Hauses wegen Baus der Eisenbahnlinie zum Hafen...

● eigentliche Krankenanstalten
 ● Hospitäler im weiteren Sinne
 Quelle: Zusammenstellung Markus Schwarz



Abb. 7
 ehem. Heiligen-Geist-
 Hospital in Rostock in der
 heutigen Kröpeliner Straße
 nach A. F. Lorenz,
 Quelle:
 W. Ohle: Rostock, Seemann-
 Verlag, Leipzig 1970

Als Einrichtung der Krankenfürsorge, als Altenheim und Armenhaus besaß es eine herausragende Stellung in der Krankenbehandlung der Stadt. Das St. Georg-Hospital (niederdeutsch: St. Jürgen), zunächst vor dem Steintor gelegen, versorgte einst die Leprösen (Abb. 8).



Abb. 8 Auf dem Gelände des ehem. St. Georg-Hospital
 vor dem Steintor in Rostock, Foto: Markus Schwarz

Das Hospital St. Lazarus bediente zeitweise die an Pocken erkrankte Klientel, während das Gertrudenhospital Fremden und Pilgern eine Herberge gab. Bekannt war die Gertrudenskapelle selbst auf dem Gertrudenhof, dem ehemaligen „Pestacker“ der Stadt.

Auch das Kloster der Franziskaner St. Katharinen (vor 1243) fungierte nach der Reformation als Armen- und Waisenhaus, seit 1823 als alleinige „Irrenanstalt“ der Stadt. Nach 1920 wurden die Räumlichkeiten noch als Alten- und Pflegeheim benutzt. Populär war das „Stadt-Krankenhaus“ am Alten Markt, Ende des 18. Jahrhunderts mit seiner Kapazität von sechs Betten, allerdings zuletzt als baufällig beschrieben. Das „Krankenhaus an der Grube“ zunächst mit 16 Betten, nahe dem Kuhtor gelegen, musste bereits 1846 wegen des Baues einer

Eisenbahnlinie weichen. In Ermangelung eines größeren Krankenhauses wurden in Rostock, Mitte des 19. Jahrhunderts, privat geführte Krankenanstalten errichtet. Ein Beispiel hierfür war die Anstalt des Dr. Stempel in der Pädagogienstraße.

Noch heute sehenswert ist der Rostocker Rochusaltar aus dem 16. Jahrhundert in der St. Marienkirche, der von der hiesigen Zunft der Barbieri und Wundärzte gestiftet wurde. Im Zentrum des Triptychons finden sich die Pestheiligen Rochus, Sebastian und Antonius als Schutzheiliger gegen das Antoniusfeuer. Die beiden Erstgenannten erinnern an die Pestepidemien, die auch in der Hansestadt Rostock vielzählige Opfer zu verantworten hatten. 1350, 1358, 1376, 1388, 1396, 1405, 1451, 1461, 1519, 1565 und 1624 sind als Pestjahre mehr oder weniger „gesichert“. Allein 1565 wurden in einzelnen Quellen bis zu 9.000 Pest-Todesopfer angegeben (die Einwohnerzahl der Stadt lag in dieser Zeit bei ca. 12.000), 1624 fielen abermals über 700 Personen der Krankheit zum Opfer. Wie die Pestordnung der Stadt Rostock aus dem Jahr 1624 aufwies, wurde seinerzeit dem Theriak eine wundersame Abwehrkraft erzeugende Fähigkeit zugeschrieben. Die aus bis zu 60 verschiedenen Substanzen (z. B. Honig, Vipernfleisch, Opium etc.) bestehende Mischung wurde unter Aufsicht in der Apotheke hergestellt und war als „Specificum“ zur Prophylaxe allgemein anerkannt.

Auch die Cholera fand ihren „Zugang“ in die Stadt im 19. Jahrhundert. 1832 wurden 196 Opfer beklagt. In den Monaten April/Juli desselben Jahres wurde die Cholera, trotz allgemein in Mecklenburg vollzogener Abwehr-Maßnahmen“, durch „Seeleute, Binnenschiffer und einzelne Besucher“ in die Stadt eingetragen (Abb. 9).

Quelle: Stadtarchiv Rostock

**DOKUMENT 2:
 „DE THERIACA“ UND
 DIE PESTORDNUNG
 DER STADT ROSTOCK
 1624**

Stadtphysikus Johann Assuerus hielt angelegentlich im Auditorium Maximum eine Festrede: „De theriaca“, wofür die Apotheke die Kosten übernahm. (Seit 1571 befindet sich die (Rats-)apotheke in Städtischer Verwaltung mit einem angestellten Ratsapotheker.)



Abb. 9
 Großherzoglich Mecklenburg-
 Schwerinsches officielles
 Wochenblatt 1831: Quarantä-
 nestation in Wismar,
 Quelle: Stadtarchiv Rostock

Setzte die „Spanische Grippe“ dem öffentlichen Leben im Herbst 1918 ein Ende, waren es Typhus, Flecktyphus und Diphtherie, die kurz nach Ende des 2. Weltkrieges eine Vielzahl an Opfern in der Rostocker Bevölkerung forderten.

Erst Mitte des 19. Jahrhunderts erhielt die Stadt Rostock ein erstes Krankenhaus, welches auch heute noch den Vorstellungen an eine Krankenanstalt entsprochen hätte. Bereits im Jahr 1790 forderte die medizinische Fakultät der Universität zu Ausbildungszwecken eine „Pflanz- und Lehrschule“. Den finanziellen Engpässen, die einer Errichtung entgegenstünden, könnten aus dem Vermögen der abgerissenen Johanniskirche begegnet werden, wie die Großherzogliche Regierung kundgab. Auf maßgebliches Betreiben des ehemaligen Stadtphysikus Prof. Stempel, des amtierenden Stadtphysikus Dr. Lesenberg (sen.) sowie der Stadtbaumeister Schwedler und Klitzing und eines unbedingt herbei geführten Beschlusses der Bürgerschaft Rostocks, konnte letztlich am 30. Juli 1855 das Krankenhaus auf dem alten Gertrudenhof eröffnet werden. Zunächst für die Behandlung für 136 Kranke vorgesehen, wurde bereits ein erster Erweiterungsbau im Jahre 1863 notwendig.

Um 1900 hatte sich die Einwohnerzahl Rostocks mit ca. 60.000 Personen fast verdoppelt. Die Neptunwerft wurde zum größten Arbeitgeber der Stadt.

Über 30 Jahre lang sollte Prof. Dr. med. Carl Paul Friedrich Dugge, vom 01.04.1902 bis zu seiner Dienstaufgabe zum 01.12.1933, zunächst als Stadtphysikus, seit 1914 als Stadtarzt die Geschicke der öffentlichen Gesundheit Rostocks begleiten.

Bereits vor Kriegsbeginn 1914 konnte man in der Rostocker Presse über die Zunahme von lokalen kriegerischen Auseinandersetzungen der Groß- und Mittelmächte lesen und spürte deren Auswirkungen im täglichen Leben. In einer Broschüre der „Carl Boldt'schen Hof-Buchdruckerei“ skizzierte Dugge die „Gesundheitsverhältnisse Rostocks im Weltkriege“ (Abb. 10).



Abb. 10
 Monographie „Über die
 Gesundheitsverhältnisse
 Rostocks im Weltkriege“ von
 Prof. Dugge, 1919,
 Quelle: Stadtarchiv Rostock

In dieser Monographie wurden die hohe Sterberate der älteren Bevölkerung der Stadt im Hungerwinter 1916/17, die Auswirkungen der Grippeepidemie 1918, wiewohl die Typhusepidemie und das massenhafte Auftreten von Tuberkulosefällen beschrieben. Neben der Zunahme der Zahl der Geschlechtskrankheiten sei das fast völlige „Versiegen“ von Alkoholismus im öffentlichen Straßenbild Rostocks bemerkenswert.

Nach den kriegerischen Handlungen des Ersten Weltkrieges bestimmten auch in der Seestadt während der Zeit der Weimarer Republik die Auswirkungen der Inflation und die Weltwirtschaftskrise die zunehmenden Belastungen für die soziale Fürsorge der Bevölkerung das kommunale Handeln. Selbst die Stelle des Stadtarztes stand immer wieder zur Disposition. Dugge war wiederholt gehalten, über das umfangliche Aufgabenportfolio eines „Arztes im Auftrage der Stadt“ zu berichten: über Untersuchungen städtischer Beamter, Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, Begutachtung Geisteskranker, Aufsicht über die städtischen Apotheken, über den Drogen- und Gifthandel, Beratung der Baupolizei in gesundheitlichen Fragen u. v. a. m.

Während der Zeit der Weimarer Republik wurden durch bestimmte gesetzliche Rahmenbedingungen [Reichsjugend-Wohlfahrtsgesetz (1922)] und die Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht (1924) die Voraussetzungen für das Entstehen der „Wohlfahrtsämter“, zu deren Aufgaben ebenso die Verwaltung der Armenpflege zählte, gesetzt. Auch in Rostock entstand ein Wohlfahrtsamt (Abb. 11).



Abb. 11
 Das Wohlfahrtsamt in der
 Krämerstraße in Rostock
 Anfang des 20. Jahrhunderts,
 Quelle: Archiv Gerhard Weber,
 Rostock

Das erste Drittel des 20. Jahrhunderts brachte für Rostock eine Vielzahl neuer Einrichtungen/ Institutionen auf dem gesundheitlichen Sektor hervor. Allein die im Oktober 1899 eröffnete Hals-, Nasen-, Ohren-Klinik zählte zu den ersten derartigen Einrichtungen im Deutschen Reich. Auch die 1907 von Johannes Reinmöller begründete stationäre Krankenanstalt für Patienten mit schweren Erkrankungen des MKG-Bereiches besaß dieses Alleinstellungsmerkmal. Den hauptamtlich tätigen Schularzt gab es seit dem 1. Januar 1920 (Prof. W. von Brunn, bis November 1934). Bereits 1911 eingerichtet wurde die Funktion eines Schulzahnarztes (Dr. Weber). Als Ansprechpartner für die Mütterberatungsstellen, für die Kinder- und Säuglingsheime Rostocks wurde 1923 ein „Kost-Kinderarzt“ (Prof. Dr. Brüning) berufen.

Für die Belange der öffentlichen Gesundheit wichtige Daten waren u. a. die Eröffnung des „Greifenbades“ im Dezember 1925 als Kur- und Warmbadeanstalt sowie die Inbetriebnahme des ersten Fernheizwerkes in der Oldendorpstraße im November 1928.

Bereits 1932 wählte das Land Mecklenburg nationalsozialistisch, eine entscheidende Zäsur auch für die Belange des kommunalen Gesundheitswesens!

Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten Ende Januar 1933 wurde auf dem gesamten Gebiet des Deutschen Reiches eine völlige Neuordnung für das System der Öffentlichen Gesundheitsversorgung etabliert. Im Zentrum der „Neubetrachtung“ lag die Abkehr von der Priorität einer Individualmedizin christlich-humanistischer Prägung hin zur Implementierung einer rassehygienisch basierten Bevölkerungsmedizin.

Hierfür waren zwei gesetzliche Regelungswerke maßgeblich, die die Voraussetzung für die intendierte Politik der „Aufartung“ der deutschen Bevölkerung schufen. Im „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GzVeN vom 14.07.1933) wurde definiert, welcher Personenkreis einer Zwangssterilisation zuzuführen sei (Abb. 12).

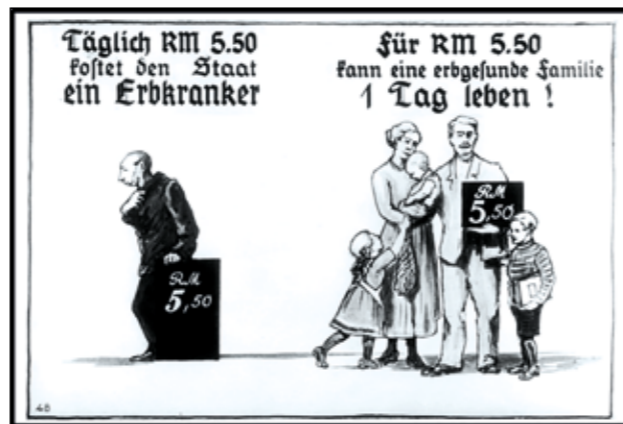


Abb. 12 NS-Propaganda-Erbgesundheit, Quelle: W. Benz, H. Graml und H. Weiß (Herausgeber): Enzyklopädie des Nationalsozialismus, Berlin 1999

Das „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ (GVG vom 1.4.1935) legte letztlich die Voraussetzung zur Bildung neuer gesundheitsamtlicher Strukturen und manifestierte die Durchsetzung der (nazistischen) Grundsätze der Erb- und Rassenlehre in den neu implementierten Gesundheitsämtern aller Gaue des Deutschen Reiches. Zum ersten (und letzten) Leiter des neugebildeten Staatlichen Gesundheitsamtes Rostock-Stadt wurde offiziell Dr. med. Walter Buschmann berufen (Abb. 13).

Abb. 13 Walter Buschmann, Leiter des Gesundheitsamtes der Seestadt Rostock 1933(35)–1945, Quelle: Landesarchiv Schwerin



**DOKUMENT 3:
WALTER
BUSCHMANN**

Walter Buschmann, 1879 in Neukalen/ Meckl.-Schwerin geboren, wurde zunächst als Kreisarzt in Parchim/Meckl. tätig (1914-1933), übersiedelte nach Rostock, um hier zunächst als Amtsarzt, ab 1935 dann als Kreismedizinalrat und Leiter des neu konstituierten Gesundheitsamtes bis zum Juni/August 1945 zu agieren. Der Eintritt in die NSDAP ist für das Jahr 1940 (8.018.617) belegt.

Dem neu etablierten Staatlichen Gesundheitsamt Rostock mit einer nun erweiterten Zahl angestellten Fachpersonals oblag es, in regelmäßigen Abständen der vorgesetzten Dienststelle in Schwerin über gesundheitspolizeiliche Vorgänge, die Schulgesundheitspflege, die Mütter- und Kinderberatung,

das Auftreten von Infektionskrankheiten und weiterer „medizinischer Stimmungsbilder“ in der Stadt Mitteilung zu erstatten. Intensiv wurde während der gesamten Zeit des „Dritten Reiches“ an der Erstellung einer „Sippendatei“ für die Rostocker Bevölkerung gearbeitet, einer Datei, die kleinteilig Auskunft über die familiäre „erbbiologische Reinheit“ nach rassehygienischer Vorstellung zu geben vermochte (Abb. 14).



Abb. 14 Das ehemalige Gebäude des Gesundheitsamtes Rostock in der Zeit von 1935–1945 in der heutigen August-Bebel-Straße, Foto: Markus Schwarz

Gelegentlich wurden hierfür notwendige Detektionsarbeiten auch von der Studentenschaft der Rostocker Universität erbracht.

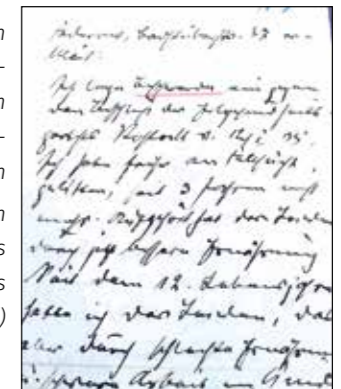
Da der Amtsarzt bzgl. der Durchsetzung des „Erbgesundheitsgesetzes“ als „Herr des Verfahrens“ galt, berichtete Dr. Buschmann u. a. auch über die Zahl der realisierten Sterilisierungen in Rostock an die vorgesetzte Dienststelle. So wurden im Jahr 1935 in Rostock (95.590 Ew.) 88 Frauen und 86 Männer, in Schwerin (94.647 Ew.) vergleichsweise 60 Frauen und 92 Männer unfruchtbar gemacht. Für dasselbe Jahr berichteten die Gesundheitsämter des gesamten Landes Mecklenburg (800.000 Ew.) über 701 bei Frauen und 676 bei Männern durchgeführte Sterilisationen.

Der Rostocker Amtsarzt beklagte in den noch heute vorliegenden Berichten die hohe zusätzliche Arbeitsbelastung der (z. B.) im Jahr 1935 durchgeführten 48 von ihm wahrgenommenen Sitzungen des Erbgesundheitsgerichtes Rostock. Derartige Gerichte beschlossen die Sterilisation unter Verwendung vorliegender „Untersuchungsbefunde“ und unter richterlichem Vorsitz, wobei die beiden Beisitzer ärztlicher Provenienz waren (wiewohl das örtliche Gesundheitsamt einen Arzt zu „stellen“ hatte). Sollte gegen den gefassten Beschluss Beschwerde eingereicht werden, bestand

die formale Möglichkeit, sich dem auch in Rostock ansässigen Erbgesundheits-Obergericht „anzuvertrauen“. Dass die Anrufung des Obergerichtes in der Regel für die Opfer dieses Willküraktes nur im Ausnahmefall von Erfolg begleitet war, belegen die noch heute verfügbaren Prozessunterlagen (Abb. 15).

Abb. 15 Beschwerdeschreiben an das Erbgesundheitsgericht Rostock aus dem Jahre 1935, Quelle: Landesarchiv Schwerin

(„Ich lege Beschwerde ein gegen den Beschluß des Erbgesundheitsgerichtes Rostock vom 12.1.1935, ...“)



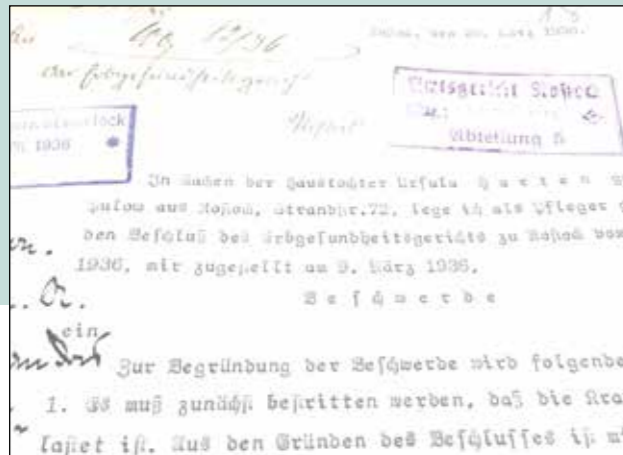
**DOKUMENT 4:
DER FALL: DR. RER. POL. EBERHARD O.,
ST-GEORG-STRASSE 21**

- Antrag auf Unfruchtbarmachung wegen schwerem Alkoholismus auf Grundlage psychopathischer Charaktermängel (erblich belastet) am 24.10.1934 durch Dr. Skalweit, OA in Rostock-Gehlsdorf
- Strafregistereinträge wegen Betruges: 1925, 1926, 1927, 1930, 1932
- Beschluss des Erbgesundheitsgerichtes Rostock vom 10.11.1934: (Dr. Schütze, Dr. Buschmann, Dr. Kredel) ist unfruchtbar zu machen, da eine erbliche Belastung vorliegt: die Mutter seiner Mutter sei sehr nervös gewesen, der Bruder der Mutter sei ein liederlicher Trinker, von 1928-1930: 8 Aufenthalte in Gehlsdorf, fortlaufende betrügerische Handlungen, seit 1925: 4 x wegen Betruges bestraft, 1932 wegen Widerstandes gegen die Staatsgewalt..., er trinke 20 Bier, 4 Schnaps täglich: „psychopathischer, minderwertiger, gemütsschwankender, haltloser Charakter“...
- Schreiben des Betroffenen und seines Vaters an das Erbgesundheitsobergericht Rostock: die Angelegenheit solle hinausgeschoben werden, „wolle sich bessern...“
- 11.2.1936: die Beschwerde wird vom Gericht abgelehnt (Dr. Rosenow, Prof. Dr. Brill, Dr. Raspe) ...jedoch könne auf Kosten des „Unfruchtbarzumachenden“ die Aufnahme in eine geschlossene Anstalt initiiert werden, wo die volle Gewähr geboten ist, dass die Fortpflanzung unterbliebe...
- vom 29.3.1935: Bericht über die Unfruchtbarmachung
- (17.11.1938: KZ Sachsenhausen: „Vorbeugehäftling“...)

Quelle: Landesarchiv Schwerin

**DOKUMENT 5:
OFFIZIELLES BESCHWERDESCHREIBEN AN
DAS ERBGESUNDHEITSGERICHT ROSTOCK**

Quelle: Landesarchiv Schwerin



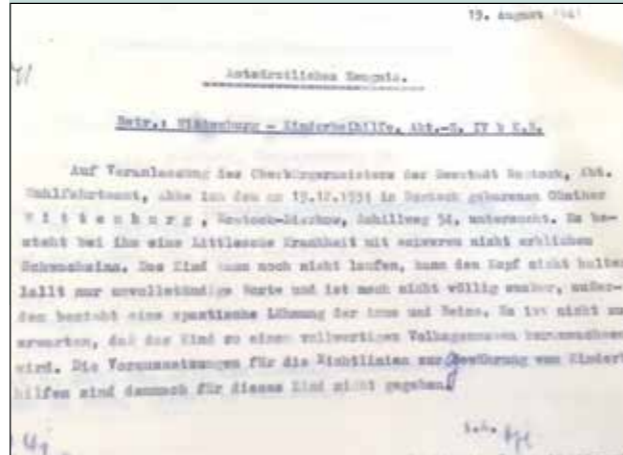
**DOKUMENT 6:
DER FALL: URSULA H.,
GEB.: 20.08.1914 IN ROSTOCK**

- vorliegende Anzeigen: 28.02.1935 (Stadt-schularzt) und vom 31.03.1937, da Frau H. heiraten möchte
- Antrag auf Unfruchtbarmachung am 18.12.1935 wegen angeborenem Schwachsinn. Das Gutachten wird durch Dr. Skalweit erstellt mit der abschließenden Diagnose: angeborener Schwachsinn mit erblicher Fallsucht.
- Beschluss des Erbgesundheitsgerichts Rostock vom 08.02.1936 (Dr. Schütze, Dr. Scheven, Dr. Jacobs): Sechs Wochen klinischer Aufenthalt um zu prüfen, ob auch Fallsucht vorliegt, da Schwachsinn nur als „Grenzfall“ anzusehen ist..., wenn jedoch Fallsucht vorläge, wäre die Patientin „wegen angeborenem Schwachsinn und erblicher Fallsucht“ unfruchtbar zu machen.
- Bestallung eines Pflegers: Referendar Lübs aus Rostock...
- Im Beschluss des Erbobergerichtes Rostock (Blanke, Prof. Brill, Dr. Raspe) wird die Beschwerde der Ursula H., vertreten durch Refr. Lübs, als unbegründet zurückgewiesen...
- Laut ärztlichem Bericht vom 12.10.1936 Vor-nahme des Eingriffs: Eileiterunterbindung

Quelle: Landesarchiv Schwerin

**DOKUMENT 7:
KINDERBEIHILFEN 1941: NICHT DURCH DAS
GESUNDHEITSAMT!**

Quelle: Landesarchiv Schwerin



Auch andere Entscheidungen des Amtes waren von der vorgegebenen Diktion der NS-Erb- und Rassenpflege nach der Maßgabe positiver oder negativer Eugenik getragen. Die Zustimmung oder Verweigerung von Beihilfen von bedürftigen Kindern richtete sich strikt nach dem „gesellschaftlichen Nutzen“ des Hilfesuchenden für die „Volksgemeinschaft“. Für Entscheidungen nach humanistisch-individueller Grundauffassung bestand anscheinend kein Ermessen.

Die Mitteilungen des Amtsarztes an die Dienst-behörde in Schwerin während des 2. Weltkrieges, besonders auch nach den verheerenden Zerstörungen durch die Luftangriffe auf die Seestadt Rostock im April 1942, zeigen eine drastische Zu-nahme der Fallzahlen verschiedener Infektions-krankheiten, die extreme Wohnungsnot im Stadt-gebiet, die Nahrungsmittelknappheit und die hohe Sterberate der städtischen Zivilbevölkerung.

In diesem Zusammenhang sei bemerkt, dass es auch zu den „Resultaten“ der Zeiten des Terrors zählt, dass von den 350 in Rostock Ende 1932 lebenden Juden lediglich 14 die Nazi-Herrschaft überlebten.

Mit dem Einmarsch der Truppen der Roten Armee am 1. Mai 1945 wurde der 12-jährigen Herrschaft des Nationalsozialismus auch im schwer zerstör-ten Rostock ein Ende bereitet (Abb. 16).

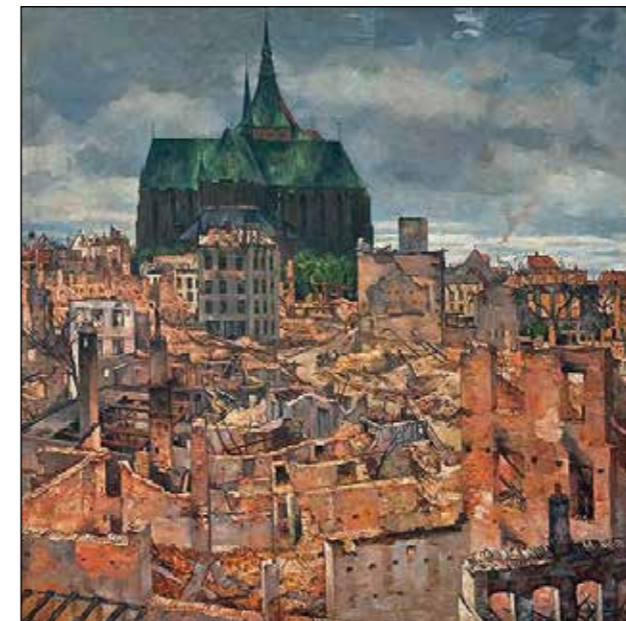


Abb. 16 Egon Tschirch: Die zerstörte Stadt, Rostock 1942, Quelle: de.wikipedia.org

Neben den bereits Anfang August 1945 angeordne-ten Reihenuntersuchungen der Rostocker Zivilbe-völkerung zur Feststellung des Gesundheitszu-standes wurde die durch unzureichende Trinkwasserhygiene und dem defizitären Ernäh-rungszustand der Bevölkerung bedingte Typhus-epidemie eine erste Herausforderung für den durch die sowjetische Militäradministration neu eingesetzten Amtsarzt Dr. Strauß. Tausende Imp-fungen, die Akquise von Ersatz-Krankenhausbet-ten und fehlender Medikamente mussten organi-siert werden. Fast zeitgleich traten Fälle von Fleckfieber, Scharlach und Diphtherie auf. Noch 1947 lebten in Rostock mehr als 20.000 Flüchtlinge aus den Ostgebieten des Deutschen Reiches in provisorischen Unterkünften.

In der Folgezeit wurde auf dem Gebiet der Sowje-tischen Besatzungszone – so auch in Rostock – die staatssozialistische Entwicklung unter dominanter Weisungsbefugnis der SED vorangetrieben. Bis zum Jahr 1961, dem Jahr des Mauerbaus, verlie-ßen jährlich 3.000 bis 4.000 Rostocker die Stadt in Richtung Westen. Andererseits gelang es, meh-rere medizinische „Großprojekte“ zu realisieren. 1955 eröffnete die Poliklinik in der Paulstraße. Das Bezirkskrankenhaus mit 500 Betten wurde im De-zember 1965 seiner Bestimmung übergeben. Die Poliklinik „Salvador Allende“ in Lütten Klein stand im Jahr 1973 zur Verfügung.



**DOKUMENT 8:
DR. MED. HEINRICH
STRAUSS,
seit Juni 1945 Leiter
des Rostocker Gesund-
heitsamtes**

Quelle: Redieck & Schade (Hrsg): Rostock: Ende des Krieges – Zeit des Werdens 1944-1949

**ERSTE HERAUSFORDERUNGEN
FÜR DEN NEUEN AMTSARZT**

- Ab Anfang August 1945: durch mangelhafte Ernährung der Bevölkerung, unzureichende Hygiene und verschmutztes Trinkwasser breitet sich in Rostock und Warnemünde Typhus aus.
- Vom 21. August bis zum 19. September wird eine Impfkation angewiesen („ohne Impf-schein keine Lebensmittelkarte“).
- Fortsetzung der Impfkation bis November 1945: gegen Typhus werden in Rostock ca. 70.000, im Landkreis 70 - 80.000 Einwohner geimpft.
- Laut Information der Landesverwaltung vom 15. November 1945 werden wöchentlich 2.700 – 3.000 Neuerkrankungen gezählt, bislang seien 2.130 Personen der Krankheit erlegen...
- Zeitgleiches Auftreten einer hohen Zahl an Scharlach und Diphtherie-Erkrankungen.
- Am 2. Oktober meldet das Rostocker Gesundheitsamt, dass in der Stadt alle Krankenhäuser überfüllt seien, man müsse Gebäude in Groß Klein, Gelbensande oder Heiligendamm nutzen...

**DOKUMENT 9:
ROSTOCK IN ZEITEN DES AUFBAUS
(1945–1989)**

- Ende 1947 wohnten in Rostock 123.000 Einwohner, in verschiedenen provisorischen Unterkünften lebten 21.000 Flüchtlinge.
- Unter dem Einfluss der Sowjetunion wird im Ostteil Deutschlands, so auch in Rostock, die staatssozialistische Entwicklung nach sowjetischem Vorbild unter Berücksichtigung nationaler historischer und kultureller Besonderheiten forciert. Am 7. Oktober 1949 wird, nach der Konstitution der BRD im Mai 1949 im Westen Deutschlands, die DDR gegründet.
- November 1949: die sowjetische Kommandantur übergibt die gesamten Verwaltungsfunktionen an den Rat der Stadt.
- Bis 1961 verlassen jährlich 3.000 bis 4.000 Rostocker das Land in Richtung Westdeutschland.
- 17. August 1955 Eröffnung der Poliklinik in der Paulstraße mit zeitgemäßer medizinischer Versorgung.
- Abschluss der 1952 begonnenen Arbeiten am Bau der Neuen Medizinischen Klinik (Schillingallee) 1962 (Abb. 17) und der Hautklinik (1952-54).



Abb.17 Vorderansicht der neuen Universitätsklinik Rostock 1958, Quelle: Wikipedia Commons, Foto: Mellahn, Bundesarchiv Bild 183-59560-0002

- Bau des Überseehafens Rostock: 1957–1960, Inbetriebnahme: 30. April 1960
- 1958 bis 1975 „Organisation der Ostseewochen“ als Leistungsschau der Kultur, Wissenschaft und Wirtschaft der DDR
- Dezember 1965 Eröffnung des Bezirkskrankenhauses in der Rostocker Südstadt mit 500 Betten für die medizinische Versorgung (Abb. 18).

**1970 ROSTOCK ZÄHLT 200.000 EINWOHNER
(1987: 250.000)**

- Poliklinik „Salvador Allende“ in Lütten Klein wird 1973 eingeweiht.
- 7. Oktober 1989 40. Jahrestag der DDR, zeitgleich in den folgenden Tagen und Wochen Demonstrationen für Meinungsfreiheit und Reformen im Land (Fürbitten in der Marienkirche/Petrikirche, Donnerstagsdemos in Rostock)
- 9. Dezember 1989: Der „Runde Tisch“ tagt in Rostock erstmalig.
- 3. Oktober 1990: Deutsche Einheit, Grundgesetz gilt auch auf dem Gebiet der DDR.

**URSACHEN FÜR DEN ZUSAMMENBRUCH DER
DDR, FÜR DIE „DESAVOUIERUNG EINER GRAN-
DIÖSEN IDEE“:**

Fehlen der Reisefreiheit, Fehlen freier Wahlen, Defizite einer Planwirtschaft, Mangelwirtschaft, ungelöste Wohnungsfrage, schlechte Bausubstanz, der offenkundige Verfall ganzer Stadtbilder, Privilegien bestimmter Bevölkerungsteile, ideologische Gängelung, ausuferndes System der „Staatsicherheit“, „Perestroika, Glasnost“ auch in der DDR, Rigidität der Partei- und Staatsführung, zunehmende Diskrepanz zwischen veröffentlichter und öffentlicher Meinung führten letztlich in den 80er Jahren zu einer Änderung des politischen Denkens vieler Einwohner der DDR, so auch in Rostock.



Abb. 18 Der erste Krankenhaus-Neubau der DDR: das Klinikum Südstadt Rostock wird am 11. Dezember 1965 der Öffentlichkeit übergeben, Foto: Klinikum Südstadt Rostock

**DOKUMENT 10:
KREISÄRZTE IN DER DDR**

Die in der Zeit der DDR-Staatlichkeit in Rostock tätigen Kreisärzte und Kreisärztinnen [Leiter/Leiterinnen der Abt. Gesundheit und Sozialwesen beim Rat der Stadt Rostock (Stadt-/Kreisärzte) von 1945–1990, zusammengestellt von Bodo Keipke – Quelle: Stadtarchiv Rostock]:

- Herr Dr. Heinrich Strauß 1945 bis 1956
- Herr Dr. Johannes Nolte 1957 bis 1959
- Herr Dr. Gustav Adolf Callam 1960 bis 1965
- Frau Dr. Erika Geyer 1965 bis 1968
- Frau Dr. Marianne Marpert 1968 bis 1975
- Herr Dr. Rolf Herrmann 1975 bis 1990
- Herr Dr. Hannfried Holzhausen 1990

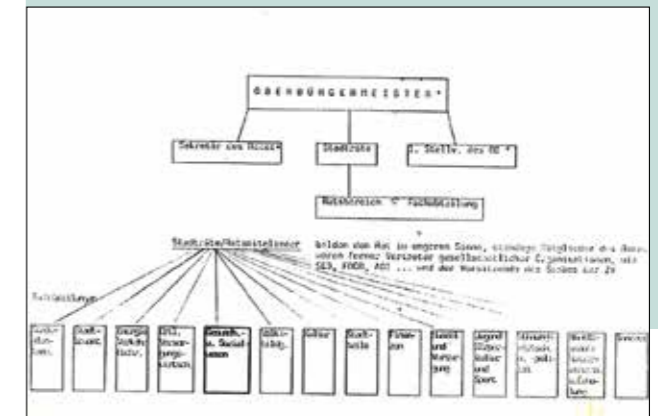
Kreisärzte in der DDR hatten eine durchaus einflussreiche Stellung. Sie agierten als Stadträte für Gesundheits- und Sozialwesen zwischen Oberbürgermeister, den Parteiorganisationen und den Anweisungen des Bezirksarztes. Die Kreisärzte entschieden somit über den Einsatz der raren Finanzmittel, waren beteiligt an der Mitbestimmung über die personelle Besetzung von Stellen im gesamten ambulanten, ggf. im stationären Gesundheitssektor. Auch hatten sie ihr Votum für Reisen ins westliche Ausland für Angehörige des Gesundheitswesens abzugeben. Letztlich waren die Kreisärzte verantwortlich für die drei Medizinischen Zentren (Nord, Mitte, Süd), das gesamte Betriebsgesundheitswesen und das Klinikum in der Rostocker Südstadt.

**DOKUMENT 11:
FACHABTEILUNG GESUNDHEITS-
UND SOZIALWESEN**

Besonderheit der zentralistischen Verwaltung: Der Fachabteilung Gesundheits- und Sozialwesen waren alle medizinischen Einrichtungen nachgeordnet. Hierzu gehörten drei Medizinische Zentren (Nord, Mitte, Süd), das Betriebsgesundheitswesen und ein Krankenhaus mit 563 Betten (Stand: 31.12.1990). Die Medizinischen Zentren und das Betriebsgesundheitswesen waren aufgeteilt in Polikliniken, denen mehrere Ambulatorien in den einzelnen Stadtteilen zugeordnet waren. Insgesamt waren 2.614 Mitarbeiter der verschiedenen medizinischen Fachberufe im kommunalen Bereich tätig. Nicht berücksichtigt sind die medizinischen Bereiche der Universität, der bezirksgeleiteten Einrichtungen oder der den Ministerien unterstellten Medizinischen Dienste, der Polizei, der Armee etc., die auch in Rostock vertreten waren...

Die Stellung des Kreisarztes, der Kreisärztin als Leiter/Leiterin der Abteilung „Gesundheits- und Sozialwesen“ und in Personalunion als agierender Stadtrat/agierende Stadträtin verantwortlich für die medizinisch-soziale Versorgung der Bevölkerung in der Hierarchie der sozialistischen Stadtverwaltung Rostock, stellt sich wie folgt dar:

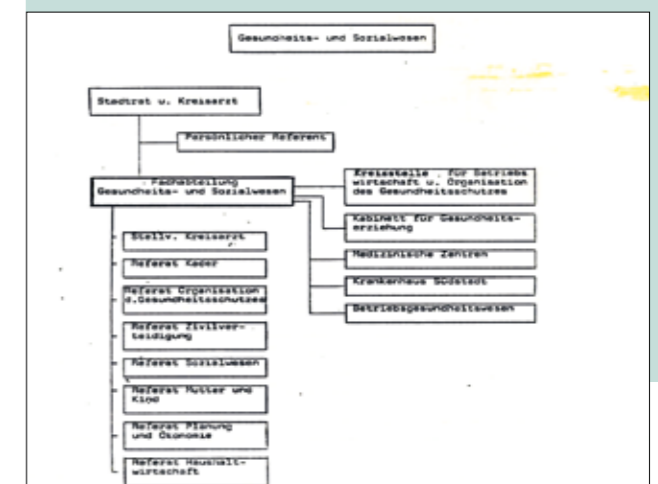
**DOKUMENT 12:
ORGANIGRAMM STADTVERWALTUNG
ROSTOCK**



Quelle: Situation und Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens in der ambulanten Versorgung im Amtsbereich des Gesundheitsamtes (Dr. Dr. Herbert Vorpahl, August 1992)

Das Organigramm der „Kreisärztlichen Verwaltungsstruktur“ jener Zeit dokumentiert die vielfältigen Aufgaben des „Amtsarztes“ der nördlichsten Bezirksstadt der DDR wie folgt:

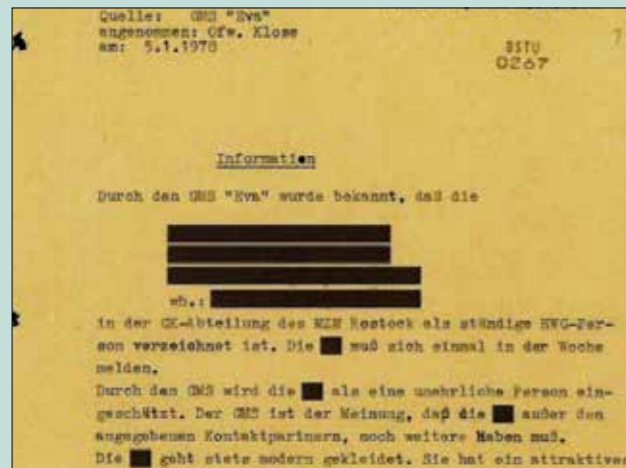
**DOKUMENT 13:
KREISÄRZTLICHE VERWALTUNGSSTRUKTUR**



Quelle: Situation und Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens in der ambulanten Versorgung im Amtsbereich des Gesundheitsamtes (Dr. Dr. Herbert Vorpahl, August 1992)

Das markant zentralistisch geführte „Gesundheits- und Sozialwesen“ zeigte durchaus an verschiedenen „Ansatzpunkten“ seinen „vormundschaftlichen Charakter“.

**DOKUMENT 14:
GESCHLOSSENE ANSTALT FÜR GESCHLECHTS-
KRANKHEITEN IN DER JOHANNISSTRASSE 8**



Quelle: Informantenschreiben vom Januar 1978, BStU-Außenstelle Rostock, Flyer: "Die geschlossene Krankenanstalt Rostock und die Stasi", Rostock 2018

Mit 32 Betten, 12 Fürsorgestellen, fünf Pflegerinnen, einer Leiterin: die „Rostocker Tripperburg“, angegliedert an das „Medizinische Zentrum Mitte“, existent von 1955 bis 1979; Belegungszahlen für 1968 bekannt: mehr als 200 „Einweisungen“, auch Minderjährige, gynäkologische Zwangsuntersuchungen, durchschnittlicher Zwangsaufenthalt für drei bis vier Wochen. Leitende Pflegerin/Fürsorgerin war „Gesellschaftliche Mitarbeiterin des Ministeriums für Staatssicherheit“ (Frau G. als Leiterin des „Nutenaquariums“ in Rostock) ...

Hierfür dürfte auch die in den Jahren von 1955 bis 1979 an das „Medizinische Zentrum Mitte“ angegliederte „Geschlossene Anstalt für Geschlechtskrankheiten“ in der Johannisstraße in Rostock für gynäkologische Zwangsuntersuchungen und Zwangsbehandlungen mit einer Einweisungszahl von mehreren hundert volljährigen und nicht-volljährigen Frauen stehen. Diese „Gesundheits-Einrichtung“ harrt noch einer umfangreichen Aufarbeitung. Verbindungen zum Ministerium für Staatssicherheit, um „unbotmäßiges, nicht dem sozialistischen Menschenbild entsprechendes Handeln“ zu sanktionieren, konnten bislang bereits nachgewiesen werden.

Die zunehmende Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit des „real existierenden Sozialismus“ sollte hinwiederum ein letztes, entscheidendes Merkmal für das Scheitern des „gängelnden Staates DDR“ sein.

Die friedliche Revolution des Jahres 1989 auf dem Gebiet der DDR führte leicht zeitversetzt nicht nur zum Rücktritt der bis dahin politischen Verantwortlichen auf allen (über-) regionalen Entscheidungsebenen, sie machte letztlich unter Einbeziehung der Siegermächte des 2. Weltkrieges den Weg frei, für die beiden deutschen Staaten eine neue gemeinsame Zukunft zu finden. Noch in der Interimszeit zwischen erstmals frei gewählter Volkskammer der DDR im März 1990 bis zum Oktober 1990 zeichneten sich wesentliche Änderungen in der bis dato gelebten Organisation der öffentlichen Verwaltung ab.

Mit dem Beitritt der DDR zur Bundesrepublik Deutschland am 3. Oktober 1990 wurden abermals auch im Stadtgebiet Rostock neue Organisationsstrukturen im medizinischen Sektor, besonders jedoch im Öffentlichen Gesundheitsdienst notwendig.

Die Rostocker Gesundheitsbehörde, ursprünglich in der DDR noch für mehr als 2.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verantwortlich, transformierte nach westdeutschem Vorbild in eine Dienstleistungsbehörde mit beratender Funktion. Hoheitliche Aufgaben sowie Aufgaben der Gesundheitsvorsorge und -fürsorge standen nach der Vereinigung beider deutscher Staaten im Fokus des „neuen“ Gesundheitsamtes. Die Funktion des ehemaligen Stadtrates und Kreisarztes als Leiter der Fachabteilung wurde ab August 1990 in die Stelle des Amtsarztes und Leiter des Gesundheitsamtes umgewandelt. Für die Angehörigen des

**DOKUMENT 15:
DIE TRANSFORMATION DAS „KOMMUNALE GESUNDHEITSAMT DER STADT ROSTOCK“ AB 1990**

Zielaufgabe: „Wandlung“ der Gesundheitsbehörde in eine moderne bürgerorientierte Dienstleistungsbehörde mit beratender Funktion, wobei der Dualismus zwischen den hoheitlichen Aufgaben und den Aufgaben der Gesundheitsvorsorge und der Gesundheitsfürsorge „reibungslos“ gelebt werden sollte.

Dienstpersonal und Dienst-Räumlichkeiten, sowie gleichzeitiger Begleitung des Aufbaus eines ambulanten Versorgungssystems für die Patientenschaft der Stadt Rostock (Beratung durch das Hauptgesundheitsamt Bremen Nov. bis Febr. 1990/91).

Die Funktion des ehemaligen Stadtrates und Kreisarztes als Leiter der Fachabteilung wurde ab August 1990 in die Stelle des Amtsarztes und Leiters des Gesundheitsamtes umgewandelt.

Die Anerkennung des (provisorischen) Stellenplanes des (neuen) Gesundheitsamtes Rostock und damit „Gründung“ des Amtes erfolgte am 26. März 1991.

Quelle & Fotos: Gesundheitsamt Rostock

Eine „Herkulesaufgabe“: Schaffung des kommunalen Gesundheitsamtes bei teilweise fehlenden landesgesetzlichen Voraussetzungen mit



Dr. Dr. Herbert Vorpahl (1991-1997)

Dr. Ingrid Müller (1998-2002)

Dr. Sabine Bitter (ko) (2002-2003)

Dr. Margarete Hafke (ko) (2003)

Dr. Christiane Haufe (2003-2009)

Gesundheitsamtes bestand demzufolge die initiale Aufgabe, nicht nur die eigene Amtsstruktur bei noch fehlender gesetzlicher „Rahmenbedingung“ zu leben, sondern auch das Rostocker ambulante Versorgungssystem mit haus- und fachärztlichen Praxen zu begleiten.

Diese Einschätzung sollte sich in den kommenden Jahren im kommunalen Handeln unter Berücksichtigung der Übernahme vielzähliger überregionaler/regionaler Aufgaben immer wieder bestätigen. Die größte „Prüfung“ im Handeln eines „Gesundheitsamtes neuen Zuschnitts“ war letztlich das als „Coronapandemie“ in die Annalen der Geschichte von 2020–2022 (?) eingehende medizinische „Großereignis“ auch in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock.

Eine „Herkulesaufgabe“, die in den ersten Jahren nach der „Wende“ durch den Amtsarzt Dr. Dr. Herbert Vorpahl und seine Verwaltungsleiterin Karin Marquardt leitend umgesetzt wurde.

Letztlich zeigte sich für das seit dem 26. März 1991 „gegründete“ Amt in kommunaler Verantwortung, dass Einfluss und Durchsetzung von Angelegenheiten der öffentlichen Gesundheit nur so stark, so wirkmächtig sein können, wie das Thema Gesundheit tatsächlich im Bewusstsein der agierenden Stadtverwaltung gelebt wird.

Quellen und Literatur (Auswahl)

A. Andrä, H. v. Schwanewede: Vom Barbieramt zur modernen Klinik – Ein Beitrag zur Geschichte der Zahnheilkunde in Rostock, Ingo Koch Verlag, Rostock 2008

G. Boeck u. a. (Hrsg.): Vom Collegium zum Campus – Orte Rostocker Universitäts- und Wissenschaftsgeschichte, Redieck & Schade GmbH, Rostock 2007

G. Franke: Zwischen Scherbeutel und akademischen Vorlesungen – Das Amt der Barbieri in Rostock von seinen Ursprüngen im 13. Jahrhundert bis zu seiner Auflösung im 19. Jahrhundert, S. 7–35 in: Beiträge zur Geschichte der Stadt Rostock, Band 29, Hinstorff Verlag GmbH, Rostock 2007

G. Franke: Das Rostocker Stadtchirurgenamt – eine Einrichtung der Gerichtsmedizin, Rettungschirurgie und Gesundheitsfürsorge im Wandel von fünf Jahrhunderten, S. 113–142 in: Beiträge zur Geschichte der Stadt Rostock, Band 30, Hinstorff Verlag GmbH, Rostock 2008

R. Jütte: Über Krankheit und Gesundheit in der frühen Neuzeit, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart 2014

I. Koch: Illustrierte Chronik der Hansestadt Rostock – Zweiter Teil: Von 1919 bis 2000, Ingo Koch Verlag, Rostock 2018

U. Lemke: Gerichtsärztliche Tätigkeit der Stadt- und Kreisphysici in Rostock vom 17. bis 19. Jahrhundert, Med. Diss. Rostock 1998

A. Ley: Zwangssterilisation und Ärzteschaft – Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934–1945, Campus Verlag GmbH, Frankfurt/Main 2004

J. Mach: Von Aussätzigen und Heiligen – Die Medizin in der mittelalterlichen Kunst Norddeutschlands, Konrad Reich Verlag, Rostock 1995

H. Schümann: Von apothecarii, physici und clystierweibern – Apotheker und Apotheken der Stadt Rostock in acht Jahrhunderten, Redieck & Schade GmbH, Rostock 2003

R. Stutz u. a.: Rostock Lexikon – Alles über die Hanse- und Universitätsstadt, Hinstorff Verlag GmbH, Rostock 2018


H. Vorpahl: Situation und Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens in der ambulanten Versorgung im Amtsbereich des Gesundheitsamtes, Rostock 1992...

sowie Archivunterlagen des Mecklenburgischen Staatsarchivs in Schwerin und des Stadtarchivs der Hanse- und Universitätsstadt Rostock. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beider Archive herzlichen Dank für die erwiesene Hilfestellung bei der Sichtung der Materialien.

ZUR GESCHICHTE DES GESUNDHEITSAMTES



Das Poster „Die Normalität in der Arbeit des Gesundheitsamtes in der Seestadt Rostock 1935-1945“ wurde aus Anlass des 65. ÖGD-Bundeskongresses 2015 in Rostock erstellt.

 Zur kompletten Ansicht in unserer Online Galerie



*überarbeitete und erweiterte Fassung einer Veröffentlichung des Gesundheitsamtes zur 800-Jahrfeier der Hanse- und Universitätsstadt Rostock: „Herausforderungen für die Öffentliche Gesundheit einer 800-jährigen Stadt“ aus dem Jahr 2019.



2.

GRÜNDUNG UND AUFBAU DES GESUNDHEITSAMTES

KARIN MARQUARDT

2.

GRÜNDUNG UND AUFBAU DES GESUNDHEITSAMTES KARIN MARQUARDT

Mein Name ist Karin Marquardt, und ich wurde im Mai 1959 geboren.

Nach meinem Studium an der Humboldt-Universität zu Berlin, Sektion Wirtschaftswissenschaften, Fachrichtung Finanzwirtschaft, begann im Dezember 1982 mein beruflicher Werdegang beim Rat der Stadt Rostock, Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen, als Leiterin Haushaltswirtschaft.

Weder die Institution, noch die auszuübende Tätigkeit waren von mir so geplant.

Zwischen Abitur und Studium absolvierte ich ein einjähriges Praktikum bei der Staatlichen Versicherung der DDR in Leipzig, welches bereits Bestandteil des darauffolgenden vierjährigen Studiums war. Eine tolle Neuerung Mitte der 70er-Jahre für diese Studienrichtung, da die Option für das Praktikum frei wählbar war.

Ich habe mich sofort für diese Kombination entschieden, denn theoretische Wissensvermittlung in direkter Verbindung mit praktischem Handeln waren beste Voraussetzungen für ein Studium. Das Interesse an diesem Thema war geweckt, so dass ich dann auch ab dem 3. Studienjahr die Spezialisierung „Versicherung“ wählte.

Leider konnte ich nach Beendigung des Studiums meine bereits vertraglich vereinbarte Anstellung bei der Bezirksdirektion der Staatlichen Versicherung in Rostock nicht antreten. Es fehlte der Krippenplatz für unseren damals einjährigen Sohn.

Im November 1982 erhielt ich eine Einladung zu einem Gespräch mit dem örtlichen Stadtrat und Kreisarzt, Dr. Rolf Herrmann. Er eröffnete mir

die Möglichkeit einer Tätigkeit in der Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen und hatte einen Krippenplatz. Die Entscheidung war schnell getroffen.

Somit bekam meine berufliche Zukunft eine völlig neue Ausrichtung.

Wie dem Dokument 13 (Kreisärztliche Verwaltungsstruktur im Kapitel 1) zu entnehmen ist, gliederte sich die Abteilung in sieben Referate. Ich übernahm die Leitung des Referates Haushaltswirtschaft.

Der Abteilung nachgeordnet waren fast alle medizinischen und sozialen Einrichtungen der Stadt Rostock, d. h. u. a. auch die Krippen und Heime, die Feierabend- und Pflegeheime sowie die Rehabilitations- und Behinderteneinrichtungen, die nicht in der Darstellung aufgeführt sind und in den weiteren Ausführungen keine weitere Berücksichtigung finden.

Alle dort tätigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit den unterschiedlichsten Professionen waren angestellt. Sowohl die komplette Finanzierung der Leistungserbringer als auch die Steuerung der Leistungen vollzogen sich ausschließlich durch staatliche Planung, ausgehend vom Ministerium für Gesundheit und Soziales, über den Rat des Bezirkes und schlussendlich der Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen beim Rat der Stadt.

Schwerpunkte meiner Tätigkeit bestanden in der Haushaltsplanung, -abrechnung, -analyse und Kontrolle des Einsatzes der finanziellen Mittel für die benannten nachgeordneten Einrichtungen.

In der DDR geschah die Absicherung im Krankheitsfall bzw. auch anderer Gesundheitsleistungen weitestgehend über ein staatlich finanziertes Versorgungssystem. Somit war die gesamte Bevölkerung pflichtversichert und leistungsberechtigt. Die Mittelaufbringung erfolgte über öffentliche Einnahmen, d. h. die Sozialversicherungsbeiträge der Versicherten und Arbeitgeber flossen direkt in den Staatshaushalt. Es gab eine Beitragsbemessungsgrenze, die nicht dynamisiert war. Rentner zahlten keine Krankenversicherung und eine private Krankenversicherung gab es nicht. Lediglich war es möglich, über eine freiwillige Zusatzversicherung in Höhe von 10 % oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze weitere Leistungen im Fall von Krankheit, Invalidität, Mutterschaft oder im Alter zu beziehen.

Ohne auf weitere Details einzugehen, bleibt festzustellen, dass die Einnahmen der Sozialversicherung nicht unerheblich hinter den notwendigen Ausgaben für die aufgezeigten Leistungen zurückblieben.

Staatliche Zuschüsse waren erforderlich. Diese stiegen jährlich. Die zunehmende Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation in der DDR hatte auch Konsequenzen für die Absicherung der allgemeinen medizinischen Versorgung. Es mangelte u. a. an Personal, moderner Technik, diversen Verbrauchsmaterialien und vor allem an finanziellen Mitteln für Sanierungsarbeiten an den bestehenden Immobilien, erst recht für Neu- bzw. Erweiterungsbauten.

Die politischen Ereignisse im November 1989 stellten uns alle vor völlig neue Herausforderungen. Es ging nicht mehr „nur“ um die Verwaltung einer Mangelwirtschaft mit dem Ziel, dennoch eine bestmögliche medizinische Versorgung der Bevölkerung zu realisieren. Die angestrebte Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten erforderte grundlegende Strukturveränderungen auf allen Ebenen des gesellschaftlichen Lebens, so auch im öffentlichen Gesundheitswesen.

Nach der letzten Wahl zur Volkskammer der DDR am 18. März 1990 sollte einerseits die Stabilität der medizinischen Versorgung gewährleistet und gleichzeitig der Umbau der Strukturen vorangetrieben werden.

Die Wirtschafts-, Währungs- und Sozialunion am 1. Juli 1990 schuf diesbezüglich weitere Voraussetzungen.

Die Zusammenführung der beiden völlig unterschiedlichen Krankenversicherungs- und Gesundheitsversorgungssysteme befanden sich in Vorbereitung.

Auf kommunaler Ebene begann bereits der Übergang in ein neues System der Krankenversicherung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung. Patienten wünschten sich eine bessere Versorgung, und die ersten Ärzte sowie Zahnärzte drangen auf Niederlassung in private Praxen.

Parallel zum Umbruch auf der Seite der medizinischen Leistungserbringer begann im März 1990 die Umstrukturierung der bisherigen Fachabteilung Gesundheits- und Sozialwesen der Stadt Rostock. Die Funktion des ehemaligen Stadtrates und Kreisarztes als Leiter wurde im August 1990 in die Stelle des Amtsarztes und Leiters des Gesundheitsamtes umgewandelt. Grundlage bildete der Beschluss des Ministerrates der DDR vom 8. August 1990 zur Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten, eine der ersten wesentlichen gesetzlichen Grundlagen für die Entwicklung des Öffentlichen Gesundheitswesens.

Ich übernahm in dieser Zeit die Funktion der Verwaltungsleiterin und war bis Mitte 1991 auch für die Belange des ebenfalls neu gegründeten Sozialamtes zuständig.

Mit der generellen Bildung neuer Kommunalstrukturen erfolgte die Einordnung des Gesundheitsamtes in den Senatsbereich Jugend, Gesundheit und Soziales.

Der weitere Aufbau der Strukturen des Gesundheitsamtes wurde intensiviert. Die bis dato der ehemaligen Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen nachgeordneten ambulanten medizinischen Einrichtungen blieben entsprechend des Einigungsvertrages während ihrer Überleitungsphase der Kommune weiterhin zugeordnet.

Alle notwendigen fachlichen, personellen und organisatorischen Regelungen lagen somit ebenfalls in der Verantwortung des sich neu etablierenden Gesundheitsamtes – eine Herkulesaufgabe, umfangreich, vielschichtig und mit einer Reihe von rechtlich relevanten Aspekten, wie sich später herausstellen wird und ein Schwerpunkt meiner neuen Tätigkeit im Zusammenwirken mit vielen weiteren Mitarbeitern aus anderen Ämtern und den Einrichtungen selbst.

Auf der einen Seite die anspruchsvolle Aufgabe des Aufbaus des Gesundheitsamtes mit völlig neuen fachlichen Inhalten und Anforderungen, einschließlich der Schaffung der dafür erforderlichen personellen, materiellen und technischen Rahmenbedingungen bei nach wie vor begrenzten finanziellen Mitteln und andererseits die Begleitung der Umstrukturierung des ambulanten Gesundheitswesens.

Zum besseren Verständnis werde ich diese beiden Prozesse getrennt voneinander beschreiben, immer aus der Perspektive der Abteilung Verwaltung.

2.1 UMSTRUKTURIERUNG DES KOMMUNALEN AMBULANTEN GESUNDHEITSWESENS IN DER STADT ROSTOCK – DER PREIS DER WENDE

Bis Ende 1990 blieb das Betreuungssystem durch Ärzte und Zahnärzte im Angestelltenverhältnis an Polikliniken und Ambulatorien, zentral finanziert über die Sozialversicherung, überwiegend existent. Erste wenige ärztliche und zahnärztliche Niederlassungen wurden gegründet.

Am 1. Januar 1991 trat auch in den neuen Bundesländern das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) in Kraft, in dem die Grundlagen der Kassenärztlichen Versorgung geregelt sind.

Die Darstellung der Organisationsstruktur des kommunalen ambulanten Gesundheitswesens in Rostock mit Stand vom 31. Dezember 1990 soll den Umfang der zu bewältigenden Aufgabe skizzieren (Abb. 1 Strukturbild, Gesundheitsamt 1990).

Für die medizinische Gesamtversorgung in Rostock standen insgesamt 17 poliklinische Einrichtungen zur Verfügung.

Hinter dieser zunächst gering erscheinenden Zahl verbarg sich jedoch ein differenziertes Versorgungssystem von mehr als 100 über das Stadtgebiet verteilten Einzelstandorten mit einer Gesamtmitarbeiterzahl von 2.614, darunter 410 Ärzte und 158 Zahnärzte.

Die finanziellen Aufwendungen dafür betragen bis Dezember 1990 jährlich ca. 110 Mio. DM.

Die Größe der Stadt Rostock und das soeben dargestellte weitverzweigte Versorgungsnetz beachtend, mussten wir davon ausgehen, dass der Prozess der Umstrukturierung einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen würde.

Anfang Januar 1991 waren noch 99 % des gesamten Personals in den Polikliniken und Ambulatorien staatlich angestellt. Eine zentrale Steuerung durch das Gesundheitsamt wurde erforderlich.

Wegen ihrer Bedeutung für den Sicherstellungsauftrag gegenüber der Bevölkerung hat der Gesetzgeber jedoch die bestehenden medizinischen Einrichtungen ausdrücklich zur Kassenärztlichen Versorgung zugelassen (§ 311 Abs. 2 SGB V, geregelt im Einigungsvertrag), befristet bis zum 31. Dezember 1995.

Gleichzeitig wurde aber auch eine völlig neue Leistungsfinanzierung wirksam, die eine genaue Abgrenzung von Leistungen der Polikliniken zu den im Einzelfall zuständigen Kostenträgern außerhalb der Krankenversicherung regelte. Da diese durch den Gesetzgeber nicht festgelegt wurde, vereinbarten die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenbundesärztliche Vereinigung die Zahlung von einer Pauschale je Behandlungsfall und Quartal.

Das hatte für uns die Konsequenz, eine Entflechtung der zu erbringenden Leistungen vorzunehmen sowie die bestehenden Strukturen wirtschaftlich zu gestalten, um dieser neuen Leistungsfinanzierung gerecht zu werden.

Der Anteil derjenigen Leistungen, die nicht zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet werden konnten, lag bei bis zu 25 % des Kostenvolumens einer Poliklinik. Für diesen Anteil erhielten wir keine Abschlagszahlungen. Auch wenn es uns gelungen war, andere zuständige Kostenträger heranzuziehen, wie z. B. Bundes- und Landesministerien, Sozialhilfeträger, Berufsgenossenschaften, freigemeinnützige Einrichtungen u. a., blieben eine Reihe von Aufwendungen bestehen, die nur durch die Kommune ausgeglichen werden konnten.

Nach dem Grundsatz des Vorrangs der Aufrechterhaltung der Versorgung der Bevölkerung war es in erster Linie eine Verpflichtung der Kommune, die Weiterführung der Einrichtungen sicherzustellen, geregelt in der Kommunalverfassung § 2 (2).

Zum Ausgleich stellten wir für das Haushaltsjahr 1991 20 Millionen DM ein, die jedoch „nur“ mit 14,6 Millionen DM in Anspruch genommen und zur Finanzierung folgender Leistungen eingesetzt wurden:

- Vergütungen für auszubildende Ärzte (Übernahme der Kassen erst ab dem 1. Juli 1991)
- Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, Tarifierhöhungen im öffentlichen Dienst
- Einhaltung von Kündigungsfristen für das abzubauende Personal
- Auflösung der Gemeindegewerbestationen, Mütter- und Schwangerenberatung
- Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung sowie weitere Beratungsstellen (davon wurden später einige Fachbereiche ins Gesundheitsamt integriert)
- zusätzliche Kosten für unwirtschaftliche Betriebssysteme und veraltete Immobilien

Im weiteren Verlauf war entscheidend, dass die Kommune und damit das Gesundheitsamt sowohl als übergeordnete Dienststelle für das Personal als auch als Rechtsträger für einen Großteil der Immobilien fungierte.

Dementsprechend galt es, unterschiedliche Konzepte für die Zukunft zu entwickeln. Welche Einrichtungen können möglicherweise erhalten bleiben, privatisiert oder in andere Rechtsformen bzw. Trägerschaften überführt werden. Notwendiger Personalabbau erfolgte über Vorruhestands-

DER KOMMUNE VOLL ZUGEORDNETE MEDIZINISCHE EINRICHTUNGEN:

- Medizinisches Zentrum Mitte (incl. Außenstellen)
- Medizinisches Zentrum Nord (incl. Außenstellen)
- BKH Poliklinik Südstadt-Reutershagen
- Jugendzahnklinik

DER KOMMUNE VOLL ZUGEORDNETE EINRICHTUNGEN DES BETRIEBSGESUNDHEITSWESENS:

- Poliklinik der Bauschaffenden (danach Poliklinik Bramow)

DER KOMMUNE NUR PERSONELL ZUGEORDNETE EINRICHTUNGEN DES BETRIEBSGESUNDHEITSWESENS:

- Polikliniken der Warnow- und Neptunwerften
- Poliklinik der Universität
- Ambulatorien des Dieselmotorenwerkes und Düngemittelwerkes, Betriebs-sanitätsstellen

regelungen, Umsetzungen in andere Institutionen, Ämter der Stadtverwaltung, so auch in das Gesundheitsamt. Fristgemäße Kündigungen konnten leider nicht vermieden werden, deshalb erfolgte eine Erarbeitung der Abfindungsregelungen durch das Personalamt der Stadt, die nachfolgend Anwendung fand.

Ich konzentriere mich in den weiteren Ausführungen im Wesentlichen auf die medizinischen Einrichtungen in Trägerschaft der Kommune.

Einige Ärzte/Zahnärzte u. a. medizinische Berufsgruppen suchten sich Praxisräume in anderen Immobilien. Doch die Möglichkeiten waren zu diesem Zeitpunkt sehr begrenzt.

Hinzu kamen die sich entwickelnden Mietpreiserhöhungen auf dem freien Markt. Es gab viele medizinische Berufsgruppen, für die eine private Niederlassung eine existenzielle Frage darstellte oder junge vor dem 31. Dezember 1990 eingestellte Weiterbildungsassistenten, die das finanzielle Risiko ebenso abzuwägen hatten.

Somit war schnell entschieden, in den vorhandenen kommunalen medizinischen Einrichtungen Möglichkeiten für die Niederlassung von Praxisgemeinschaften und Einzelpraxen zu schaffen.



Abb. 1 Strukturbild Gesundheitsamt 1990, Quelle: Situation und Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens in der ambulanten Versorgung im Amtsbereich des Gesundheitsamtes (Dr. Dr. Herbert Vorpahl, August 1992)

Das hatte zur Folge, zahlreiche Gespräche über Raumverteilungen, verbleibendes Mobiliar und medizinische Geräte sowie Formulierungen für die Mietverträge zu führen. Es war eine kaum zu beschreibende, kleinteilige Problematik zu be- und verarbeiten, die durch die vielen individuellen Interessen der Vertreter der niederlassungswilligen medizinischen Berufsgruppen geprägt war.

Die besondere Situation war dadurch gekennzeichnet, einerseits die Privatisierung zu forcieren und gleichzeitig die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Andererseits sollte berücksichtigt werden, dass sich medizinische Berufsgruppen plötzlich selbständig machen mussten. Deshalb vereinbarte die Stadt Rostock im Einvernehmen mit der WIRO GmbH einen Sondermietpreis als Starthilfe, befristet bis Dezember 1993 und geringfügig differenziert nach Stadtteilen.

Mietverträge wurden erstellt und mit dem Rechtsamt abgestimmt. Beabsichtigte bauliche Veränderungen durch die Mieter waren zu prüfen und gegebenenfalls durch entsprechende Firmen zu begutachten.

Für eine der drei großen Polikliniken, das Medizinische Zentrum Mitte in der Paulstraße, bestand der Plan, diese als kommunale Gesundheits- und Betreuungseinrichtung zur Sicherung einer vielschichtigen Versorgung in der Übergangszeit weiterzuführen und auch älteren erfahrenen Ärzten, die sich nicht mehr niederlassen konnten, eine Existenzmöglichkeit zu sichern. So genannte Dispensaires für Erwachsene, wie z. B. das „Diabetes-Dispensaire“, das „Rheuma-Dispensaire“, die Beratung und Betreuung onkologischer Patienten oder die Tuberkulosefürsorge sollten integriert werden und somit erhalten bleiben.

Die in diesem Zusammenhang zu klärenden Fragen hinsichtlich einer zulässigen Rechtsform einschließlich möglicher Wettbewerbsvorteile, der Gewährleistung einer wirtschaftlichen Betriebsführung und der Bereitstellung entsprechender Investitionen für die bauliche Substanz sowie die Modernisierung der medizinischen Ausrüstungen führten zu dem Ergebnis, dass dieses Modell nicht weiter verfolgt werden konnte.

Die Kommune war immerhin für die bauliche Unterhaltung und Instandsetzung aller in ihrer Rechtsträgerschaft befindlichen Immobilien zuständig.

Es war eine Aufgabe des Gesundheitsamtes, die dafür erforderlichen finanziellen Mittel zu planen, in Gremien zu vertreten und abzurechnen. Die Ermittlung der Bedarfe und die Umsetzung erfolgten mit dem noch in den medizinischen Einrichtungen verbliebenen technischen Personal und dem Bauamt der Stadt, bereits koordiniert durch den Sachgebietsleiter Technik der Abteilung Verwaltung des Gesundheitsamtes.

Die ambulante Versorgung übernahmen mehr und mehr niedergelassene Ärzte/Zahnärzte sowie andere Fachberufe des Gesundheitswesens. Am 30. Juni 1992 war der Prozess der Privatisierung abgeschlossen. Aus Polikliniken und Ambulatorien wurden Ärztehäuser, auch wenn noch nicht für alle die endgültige Rechtsform geklärt war.

Lediglich einige Mitarbeiter im Verwaltungs- und Technikbereich dieser Einrichtungen führten noch bis zum 31. Dezember 1992 Abschlussarbeiten durch.

Ab dem 1. Januar 1993 erfolgte die gesamte Gebäudeverwaltung und -bewirtschaftung durch das Gesundheitsamt. Da wir personell dazu nicht in der Lage waren, erhielten wir zur Unterstützung nochmals neun Mitarbeiter haustechnisches Personal mit einem befristeten Arbeitsvertrag bis Ende 1993.

Wie bereits formuliert, erfolgte die Vermietung der Räume in den kommunalen Ärztehäusern durch das Gesundheitsamt.

Für die knapp 200, seit Juli 1991 geschlossenen Mietverträge galt es nun, auch die jährliche Betriebskostenabrechnung zu erstellen. Uns fehlten jegliche Erfahrungen und Voraussetzungen einschließlich der Technik mit entsprechender Software. Am Rande sei bemerkt, dass andere Ämter der Stadtverwaltung diesbezüglich keinerlei Hilfestellung geben konnten. Mit der Unterstützung eines Mitarbeiters des kommunalen Bezirkskrankenhauses entwickelten wir ein eigenes, diesen ganz speziellen Erfordernissen angepasstes Programm. Wir formulierten die fachlichen Anforderungen und benannten die zu verarbeitenden Kriterien, und unser Unterstützer setzte dies entsprechend um, ein äußerst spannendes, aber auch schwieriges Unterfangen.

Es entstand das Programm „Betriebskostenabrechnung Ärztehäuser“. Parallel waren die individuellen Grundrisse, Zählerstände von Wasser und Energie, diverse Rechnungen von Leistungserbringern, wie z. B. der HEWAG und Eurawasser von jedem einzelnen Mieter abzufordern, zu erfassen (vorerst nur in Papierform), aufzubereiten und später den Betriebskosteneinnahmen gegenüberzustellen.

Ein Prozess, der uns viel abverlangt hat, mit vielen Überstunden, aber auch einem enormen Wissenszuwachs.

Die hier beschriebenen Aufgaben gehörten in keiner Weise zu den originären Aufgaben einer Gesundheitsfachverwaltung, sondern in das sich ebenfalls neu aufgestellte Liegenschaftsamt. So gab es zahlreiche Gespräche für eine geordnete Übergabe, die sich jedoch immer und immer wieder verzögerten und erst Mitte des Jahres 1995 stattfanden.

111 Ordner mit Mietverträgen, Dienstleistungsverträgen, Rechtsträgnachweisen, Haushaltsunterlagen, allgemeinem Schriftverkehr u. v. m. wurden dem Liegenschaftsamt übergeben.

Leider, aber natürlich sachlich gerechtfertigt, wechselten damit auch zwei sehr versierte Mitarbeiterinnen aus meinem Team das Amt.

Die Zuständigkeit für die werterhaltenden Maßnahmen an Gebäuden und baulichen Anlagen der Ärztehäuser blieb noch bis Dezember 1996 in der Verantwortung des Gesundheitsamtes, einschließlich der Planung, Koordinierung und Abrechnung der dafür notwendigen finanziellen Mittel. Neben den Haushaltsmitteln der Stadt Rostock kamen seit 1991 auch finanzielle Hilfen aus dem Programm „Aufschwung Ost“ zum Einsatz.

Ab 1997 übernahm der Eigenbetrieb „Kommunale Objektbewirtschaftung und -entwicklung“ die komplette Bewirtschaftung.

2.2 DER AUFBAU DES GESUNDHEITSAMTES IN ROSTOCK AB 1990

Der Prozess der Umstrukturierung der Fachabteilung Gesundheits- und Sozialwesen der Stadt Rostock vollzog sich im Wesentlichen vom März 1990 bis Februar 1991. In dieser Zeit wurden diverse Konzepte entwickelt, diskutiert und immer wieder überarbeitet.

Große Unterstützung erhielten wir dabei vom stellvertretenden Leiter des Hauptgesundheitsamtes in Bremen, Dr. Eberhard Zimmermann.

Der grundsätzliche Aufbau eines Gesundheitsamtes war anhand vieler weiterer Beispiele aus den alten Bundesländern schnell erkennbar. Was zum Teil fehlte, war das Verständnis für die vielschichtigen Inhalte, deren strukturelle Zuordnung mit der dazugehörigen personellen Untersetzung.

Die größten Schwierigkeiten ergaben sich dabei in der Umsetzung der unterschiedlichsten neuen Gesetzlichkeiten, der noch zu berücksichtigenden alten Gesetze sowie einer Vielzahl von Übergangsregelungen, da die Landesregierung selbst erst im Aufbau begriffen war.

Die Konsequenzen der Umstrukturierung des ambulanten Gesundheitswesens hatten ebenso Einfluss auf diesen Prozess wie die individuellen Gegebenheiten der Stadt Rostock.

Wie bereits beschrieben, endete am 1. Januar 1991 die Finanzierung der Schwangeren- und Mütterberatungsstellen, der Dispensaires für Diabetes, Rheuma und Onkologie, der Tuberkulosefürsorge, der Gesundheitsförderung sowie weiterer Betreuungs- und Beratungsangebote, bisher integriert in den Medizinischen Zentren, durch die Krankenkassen.

Bis zur abschließenden Klärung, unter welchen Voraussetzungen die einzelnen Leistungen fortgeführt werden könnten, galt es, Entscheidungen für Übergangsregelungen im Interesse der Versorgung der Bevölkerung zu treffen.

So wurde ein Teil der beschriebenen Leistungen in die Konzeptentwicklung des künftigen Gesundheitsamtes integriert. Näheres wird in den Kapiteln der einzelnen Fachabteilungen ausgeführt.

Innerhalb der Verwaltung kostete es sehr viel Überzeugungskraft und bedurfte mehrerer Gespräche, die Absicherung bestimmter medizinischer Versorgungsverpflichtungen gegenüber der Rostocker Bevölkerung durchzusetzen, was folgerichtig in dem relativ hohen Stellenanteil zum Ausdruck kam.

Mit der Bestätigung des im Februar 1991 noch als provisorisch geltenden Stellenplans mit 193 Stellen wurde gleichzeitig das Konzept des Gesundheitsamtes, bestehend aus sieben Abteilungen unter Leitung eines Amtsarztes, anerkannt.

Am 26. März 1991 erfolgte die öffentliche Erklärung zur Funktionsfähigkeit des Gesundheitsamtes. Dieses Ereignis ist somit als offizieller Gründungsakt anzusehen.



*Standort des Gesundheitsamtes von 1991-2006
St.-Georg-Str. 109, 18055 Rostock,
Foto: Markus Schwarz*

Die Entwicklung des Gesundheitsamtes in den darauffolgenden 30 Jahren wird in den weiteren Kapiteln von einer Vielzahl sowohl ehemaliger als auch aktuell tätiger Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit zum Teil sehr persönlichen Eindrücken und Erfahrungen beeindruckend geschildert.

Auf dem Gelände des heutigen Gesundheitsamtes in der Paulstraße stand bis zum 25./26. April 1942 die während eines Luftangriffes zerstörte katholische Klinik "St. Georg". Hier starb am 24. Oktober 1938 der Bildhauer, Grafiker und Dichter Ernst Barlach.



*Standort des Gesundheitsamtes ab 2006
Paulstr. 22, 18055 Rostock,
Foto: Markus Schwarz*



3.

AMTSLEITUNG

KARIN MARQUARDT, MARKUS SCHWARZ

3.

AMTSLEITUNG

KARIN MARQUARDT, MARKUS SCHWARZ

DER EHEMALIGE

DER KOLLEGE DR. MED. HOLZHAUSEN

ERINNERT SICH IN DIESEM ZUSAMMENHANG:

„Es ist mir nicht leichtgefallen, meinen über alles geliebten Beruf als Chirurg im Bezirkskrankenhaus Rostock aufzugeben und der Bitte des Runden Tisches, die Aufgabe als Kreisarzt und Stadtrat für Gesundheit und Soziales der Stadt Rostock zum 1. Februar 1990 zu übernehmen, mit Sitz im ehemaligen Gebäude der SED-Kreisleitung in der St.-Georg-Straße.

Der Zerfall der Strukturen, die Verflechtung von fachlichen und politischen Aufgaben im Gesundheits- und Sozialbereich, Personal- und Finanzierungsfragen bis hin zur Niederlassung von Ärzten, Übernahme von Apotheken usw. erforderten tägliche Entscheidungen im Rahmen eines immer noch zentralistisch geleiteten Gesundheits- und Sozialwesens der noch bestehenden DDR.

Ein Gesundheitsamt gab es zu der Zeit nicht. Erst nach den Kommunalwahlen im Mai 1990 konnte der Aufbau eines kommunalen Gesundheitsamtes stattfinden.

Zur Wahl zur Bürgerschaft der Stadt Rostock habe ich als Parteiloser für die CDU kandidiert und wurde Abgeordneter der Bürgerschaft. Ich gab das Mandat aber zurück, nachdem der Rat des Bezirkes Rostock aufgelöst wurde und ich das Amt des Bezirksarztes und Direktors für Gesundheit und Soziales der neuen Bezirksverwaltungsbehörde übernommen hatte. Damit war der Aufbau des Sozialministeriums für die neue Landesregierung in Schwerin verbunden.

In diesem Ministerium leitete ich die Gesundheitsabteilung als Ministerialdirigent bis zu meiner Pensionierung im Jahre 2002.“

3.1 KONSTITUIERUNG DER AMTSLEITUNG UND BESTALLUNG DER ERSTEN LEITER

Nach dem Ausscheiden von Dr. Rolf Herrmann als Kreisarzt, der sich für eine Praxisniederlassung als Chirurg entschieden hatte, benannte der damalige „Runde Tisch“ Dr. med. Hannfried Holzhausen als dessen Nachfolger.

Mit der Übernahme der neuen Tätigkeit von Dr. med. Hannfried Holzhausen in Schwerin war die Stelle der Leitung des künftigen Gesundheitsamtes erneut vakant. Diese Aufgabe übernahm Dr. med. Dr. med. dent. Herbert Vorpahl, der bis zu diesem Zeitpunkt im Medizinischen Zentrum Nord in Lütten Klein tätig war. Als langjähriger Chefarzt der Stomatologischen Abteilung und mit zwei Promotionen sowohl auf dem Gebiet der Humanmedizin als auch der Zahnmedizin brachte Herbert Vorpahl beste Voraussetzungen für die künftigen sehr differenzierten Aufgaben des zu entwickelnden Gesundheitsamtes mit.

Zu diesem Zeitpunkt bestand die Amtsleitung lediglich aus dem Amtsleiter und seiner Sekretärin. Weder für eine kontinuierliche, die Dienst- und Fachaufsicht teilende Stellvertretung noch Stabsstellen für spezifische Planungsaufgaben wurden personelle Ressourcen ermöglicht. So entwickelte sich bereits jetzt eine sehr enge Zusammenarbeit mit der Abteilung Allgemeine Verwaltung.

Die stellvertretende Amtsärztin war die Abteilungsleiterin des Sozialmedizinischen Dienstes, einer sehr großen Abteilung mit fünf Sachgebieten, so dass sie im Wesentlichen nur die Funktion einer Abwesenheitsvertretung wahrnehmen konnte.

Die Amtsleitung nimmt die Vertretung nach außen wahr, insbesondere gegenüber dem übergeordneten Gesundheitsressort im Land Mecklenburg-Vorpommern, den anderen Amtsbereichen der Stadtverwaltung Rostock und diversen Gremien.

Darüber hinaus obliegt ihr die konzeptionelle Schaffung der Rahmenbedingungen für das eigene Amt sowie die Fach- und Dienstaufsicht für alle darin tätigen Abteilungen.

Welche umfänglichen und durchaus kleinteiligen sowie stets den aktuellen Erfordernissen entsprechenden Aufgaben und Problemlagen zu koordinieren und deren Umsetzung möglichst zielorientiert sowie effizient sicherzustellen waren, wird durch nahezu alle Ausführungen in diesem Buch deutlich.

Entsprechend den Erfahrungen in den Gesundheitsämtern der alten Bundesländer verzichtete auch Dr. Dr. Herbert Vorpahl auf die traditionelle Rolle des für alles zuständigen „Generalisten“ und stärkte somit die Selbständigkeit der jeweiligen Abteilungen von Anfang an.

Die Einführung einer wöchentlichen Abteilungsleiter-Dienstbesprechung ermöglichte es ihm, neben der Vermittlung von Informationen aus der Dienstberatung des Senators, organisatorischer Absprachen, auch die Erörterung fachlicher Fragestellungen, um den Weg für eine schnelle, unkomplizierte und abteilungsübergreifende Arbeitsweise zu ebnet.

Der Prozess des Aufbaus des Gesundheitsamtes bis zum offiziellen Gründungstag am 26. März 1991 wurde bereits im Punkt 2.2 skizziert.

Seine hohe fachliche Kompetenz, langjährigen Leitungserfahrungen sowie seine stete Beharrlichkeit trugen im Wesentlichen dazu bei, die bereits beschriebenen, während der Umstrukturierung vorerst „übrig“ gebliebenen medizinischen Leistungen in das neue Gesundheitsamt zu integrieren.

Doch die permanent angespannte Haushaltssituation in der Stadt Rostock und die damit einhergehenden Sparzwänge forderten schon sehr schnell ihren Tribut in Form von ständiger „Aufgabenkritik“ mit dem Ziel der Personalreduzierung.

Waren es am Gründungstag des Gesundheitsamtes im März 1991 noch 193 Stellen, erfolgte eine erste Reduzierung bis zum Jahresende auf 172 Stellen.

Der schmerzlichste, durch die Amtsleitung umzusetzende Prozess war die geforderte Kündigung von 35 Mitarbeitenden im Jahr 1992. Im Dezember 1992 lag die Zahl bei 121 und Ende 1997 mit dem Ausscheiden von Dr. Dr. Vorpahl nur noch bei 84 Stellen.

Erste größere Personaleinsparungen konnten u. a. durch die Privatisierung der Betriebsküche sowie die Übertragung der Reinigungs- und Wachleistungen an externe Firmen erzielt werden.

Mit der zunehmenden Etablierung der Leistungserbringer im niedergelassenen Bereich und bei den freien Trägern stabilisierten sich die medizinischen Versorgungsstrukturen in der Hansestadt Rostock, und somit war das Gesundheitsamt gehalten, sich mehr und mehr auf die hoheitlich-pflichtigen Aufgaben zu konzentrieren und nach dem Subsidiaritätsprinzip möglichst viele Leistungen an diese zu übertragen.

EINIGE BEISPIELE VON ÜBERTRAGENEN LEISTUNGEN:

- amtsärztliche zweite Leichenschau vor Kremation
- ärztliche Tuberkulosefürsorge
- ärztliche Diabetesbetreuung
- Röntgendiagnostik und Befundung
- große Anteile der Mütterberatung
- Schwangerschaftskonflikt- und Sexualberatung
- Sucht- und Drogenberatung
- Kurse und Maßnahmen zur Gesundheits-erziehung und Gesundheitsförderung

Die dafür erforderlichen Planungs- und Koordinierungsaufgaben verblieben beim Gesundheitsamt.

Dr. med. Dr. med. dent. Herbert Vorpahl leitete das Rostocker Gesundheitsamt von 1991 bis 1997. In der Zeit seines Wirkens prägte er entscheidend den Aufbau und die fachliche Weiterentwicklung des Amtes. Er verstarb bereits ein Jahr nach seinem Ausscheiden aus dem Dienst.

Seine Nachfolge übernahm Dr. Ingrid Müller, die bis zu diesem Zeitpunkt die Abteilung Sozialmedizin/Amtsärztlicher Dienst leitete und bereits als stellvertretende Amtsleiterin fungierte.

DR. MED. INGRID MÜLLER (1997–2002)

Dr. med. Ingrid Müller leitete das Gesundheitsamt der Hanse- und Universitätsstadt Rostock als Amtsärztin in den Jahren von 1997 bis zum 1. September 2002.

Geboren am 1. September 1938 in Rostock, absolvierte Ingrid Müller die Ausbildung zur Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin an der Rostocker Universitätskinderklinik unter der Leitung von Prof. Dr. med. habil. Heinrich Kirchmair, der in den 60er-Jahren des 20. Jahrhunderts den Lehrstuhl für Kinderheilkunde an der Alma Mater Rostochensis besetzte. Die Ausbildung des kinderärztlichen Fachpersonals war zu jener Zeit im großen Maße auch vom wissenschaftlichen Erkenntniszuwachs impfpräventabler Infektionskrankheiten geprägt (z. B. Masern, Poliomyelitis).

Nach Abschluss der Facharztausbildung entschied sich Ingrid Müller für eine kinderärztliche Tätigkeit in der ambulanten Versorgung. Sie nahm am 1. September 1969 die Arbeit als Kinderärztin im neu entstehenden Stadtteil Lütten Klein im Nordwesten Rostocks auf. Seinerzeit war das ebenso im Aufbau befindliche Medizinische Zentrum Nord noch dezentral organisiert, in einzelnen, als Wohneinheiten konzipierten Räumlichkeiten („provisorisch“) untergebracht. Die Tätigkeit in der damaligen Zeit war eine Herausforderung für die junge Fachärztin, mitten in einer die Rostocker Bevölkerung heimsuchenden Masernwelle, nun in der Gdanker Straße, in der 3. Etage eines „Plattenbaus“, tätig zu werden.

Die dann im Stadtteil Lütten Klein im November 1973 eröffnete Poliklinik „Salvador Allende“, das Medizinische Zentrum Nord, entsprach modernsten medizinischen Versorgungsaspekten einer relativ jungen Bevölkerung. Auf circa 10.000 qm war eine ambulante Einrichtung entstanden, in der Fachärzte aus den verschiedensten Bereichen in enger Zusammenarbeit die regionalen medizinischen Aufgaben erfüllen konnten. Eine gemeinsame Patientenakte verkürzte die Befundübermittlung. Die pädiatrische Grundversorgung wurde generell durch Fachärzte für Kinder und Jugendheilkunde, sowohl im präventiven als auch kurativen Sektor geleistet.

Darüber hinaus gab es verschiedene Angebote für seltene und chronische Erkrankungen. Getrennte Zu- und Ausgänge an der Kinderpoliklinik für infektiös erkrankte Kinder dienten dem Infektionsschutz. Dr. Ingrid Müller wurde 1973 zur pädiatrischen Oberärztin ernannt und war u. a. für die Dienst- und Einsatzplanung der Kinderärztinnen und Kinderärzte im Nordwesten Rostocks verantwortlich. Das Zentrum hielt einen allgemeinärztlichen und pädiatrischen 24-Stunden Bereitschaftsdienst vor.

Die Planung und Leitung des Medizinischen Zentrums Nord lag von Beginn an in Händen von OMR Dr. Kurth und nach 1991 in der Verantwortung von Chefärztin Dr. Maria Scheller.

Ähnliche ambulante Versorgungsstrukturen entstanden in Rostock in Reutershagen, der Südstadt, in Dierkow/Toitenwinkel und im Innenstadtbereich Paulstraße unter der administrativen Verantwortung des Kreisarztes der Stadt Rostock.

Mit dem Fall der Mauer, der Währungsunion und schließlich der Vereinigung beider deutscher Staaten in den Jahren 1989/90 waren dann auch zunehmend die Voraussetzungen für das Weiterbestehen der poliklinischen Einrichtungen in der damaligen Bezirksstadt Rostock nicht mehr gegeben. Immer mehr ärztliche Kolleginnen und Kollegen strebten eine Niederlassung in der eigenen Praxis an. Noch in den letzten Monaten des Bestehens der DDR fanden zusammen mit ihren Kolleginnen und Kollegen der „in Auflösung befindlichen“ DDR berufsständische Vertreterversammlungen in der (Alt-) BRD statt. Die Zukunft der ambulanten medizinischen Versorgung sollte gemäß dem Vorbild der westdeutschen Einzelpraxis etabliert werden. Mehr und mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verließen den Rahmen eines „poliklinischen Verbandes“.

Auch Kollegin Müller stand vor der Entscheidung: Was nun? Eine Niederlassung mit 53 Jahren? Gab es dazu eine Alternative? Gerade war sie zur Vorsitzenden des Landesverbandes des neu gegründeten Berufsverbandes der Kinderärzte gewählt worden und wirkte später auch im Bundesvorstand mit.

Noch im Spätherbst 1990 erhielt Dr. Ingrid Müller ein Angebot, am neu zu organisierenden Gesundheitsamt der Stadt Rostock die Mütterberatung zentral aufzubauen. 18 Stellen waren vorgesehen. Im Januar 1991 begann sie ihre Tätigkeit in der Kinder- und Jugendärztlichen Abteilung. Es galt zunächst, in allen Stadtteilen Rostocks Außenstellen einzurichten, um vor Ort ein Beratungsangebot des Amtes vorzuhalten. Doch bald zeichnete sich ab, dass die präventiven Aufgaben die neu niedergelassenen kinderärztlichen Kolleginnen und Kollegen oder Verbände und Vereine übernahmen. Nach und nach wurden die Strukturen aus Westdeutschland auch in Rostock implementiert. Das zukünftige Gesundheitsamt sah nur noch ein Präventions- und Beratungsangebot durch drei Mitarbeiterinnen und eine Ärztin vor.

Wieder galt es, sich neu zu orientieren. Im Mai 1992 bot sich eine ungewöhnliche Offerte: Im Sozialministerium des neuen Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern war die Stelle des Referenten/der Referentin „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ zu besetzen, der Tätigkeitsort aber Schwerin! Nur drei Tage vor dem Dienstantritt kam ein überraschendes Angebot des Amtsleiters des Rostocker Gesundheitsamtes, Dr. Dr. Herbert Vorpahl, dass die Stelle der stellvertretenden Amtsleitung, zugleich assoziiert mit der Abteilungsleitung Amtsärztlicher Dienst/Sozialmedizin, vakant sei. Letztendlich entscheidend für den erneuten Dienstbeginn am Gesundheitsamt waren vor allem familiäre Gründe, den Arbeitsort Rostock zu wählen.

Zu ihren ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in der Abteilung zählten Dr. Fred Schumacher, Dr. Renate Oschatz und Marianne Bielke. In den folgenden Jahren erwarb Dr. Ingrid Müller die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ und schloss die Ausbildung zur Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen im Herbst 1996 ab.

Bis 1998 leitete sie den Landesverband der Kinder- und Jugendärzte Mecklenburg-Vorpommern und war im Bundesvorstand bis zum Jahre 2002 tätig. Ihr Hauptanliegen war es, für eine bessere medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen Wege zu finden und die Zusammenarbeit beider Bereiche zu intensivieren. Gerade die sozialpädiatrischen und prophylaktischen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes waren in ihrer großen Bedeutung zu betonen. Auch die Tätigkeit im Ausschuss ambulantes Gesundheitswesen der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern diente dazu, die ambulanten Versorgungsstrukturen besser zu verknüpfen.

Nach dem Ausscheiden des Amtsleiters Dr. Dr. Herbert Vorpahl in den Ruhestand im Jahre 1997 übernahm Dr. Ingrid Müller die Leitung des Gesundheitsamtes Rostock. Die Strukturen einer kommunalen Gesundheitsfachverwaltung nach der Wiedervereinigung beider deutscher Staaten zu entwickeln, war Hauptaufgabe beider Amtsleiter. Es galt, Weichenstellungen zu befördern und die Frage zu klären, welche sinnvoll gewachsenen Medizinalstrukturen es wert wären, erhalten zu bleiben? Das erste Gesundheitsdienstgesetz des Landes Mecklenburg-Vorpommern aus dem Jahre 1994 skizzierte die pflichtigen Aufgaben eines Gesundheitsamtes. Die in der DDR selbständig agierenden und organisatorisch differenzierter aufgestellten Bereiche der Kreishygieneinspektion, der Arbeitsmedizin und des Kreisarztbereiches mussten zusammengeführt werden. Inwieweit konnten z. B. Aspekte der Krebs- und Behindertenhilfe in die neuen Amtsstrukturen eingebunden werden? Das große städtische Südstadt-Klinikum wurde als Eigenbetrieb in kommunaler Hand behalten, eine, im Nachhinein betrachtet, segensreiche Erscheinung der 90er-Jahre.

Im Nachhinein beurteilt, waren die Ereignisse der 90er-Jahre in der Strukturfindung des Gesundheitsamtes der größten Stadt in Mecklenburg-Vorpommern sehr ereignisreich. Zuweilen konnten im politischen Raum Mehrheiten aktiviert werden, um aus der Sicht der Medizinalverwaltung und der Dienstleistungsnutzer sinnvolle Angebotsstrukturen über einen längeren Zeitraum hinweg zu organisieren.

Andererseits gab es auch gegenteilige Erfahrungen. Immer häufiger zeigten sich durch die knapp bemessene Finanzausstattung der Stadt Limitationen. Bestimmte Dienstleistungen für die Bürgerinnen und Bürger mussten sukzessive eingeschränkt werden. Eine Entwicklung, die sich möglicherweise in der Zukunft negativ auswirken könnte.

Am 1. September 2002 beendete Dr. Ingrid Müller ihre Tätigkeit im Gesundheitsamt Rostock und trat in den Ruhestand. Als ein persönliches Fazit ihres Berufslebens stellte sie fest, dass sie die praktische Tätigkeit als Kinder- und Jugendärztin sehr glücklich gemacht habe. Dennoch war auch die Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst als Amtsleiterin für sie eine große Herausforderung und der Kampf im beruflichen Alltag gegen diverse Widerstände, medizinische Angebote für die Rostockerinnen und Rostocker tatsächlich „zu erkämpfen“, habe sie persönlich stärker gemacht.

Transkript eines Interviews vom Dezember 2021 von M. Schwarz

Um eine längere Zeit der Vakanz zu überbrücken, wurde es im Zeitraum von 2002 bis 2003 notwendig, dass zwei bereits amtsärztlich tätige Kolleginnen (Dr. Sabine Bitter, Dr. Margarete Hafke) kommissarisch die Leitung des Amtes temporär übernahmen. Noch im Jahre 2003 ist Dr. Christiane Haufe mit der Leitung des Gesundheitsamtes betraut worden.

DR. MED. CHRISTIANE WEISS (EHM. HAUFE) (2003–2009) DER ÖFFENTLICHE GESUNDHEITSDIENST – VISION UND WIRKLICHKEIT

Wir leben in sehr unruhigen, um nicht zu sagen beunruhigenden Zeiten. Gerade aktuell wird die Gesellschaft und insbesondere die Solidarität und Menschlichkeit dringend benötigt, um den bedrohlichen Entwicklungen in der Welt entgegenzutreten und sich für die Menschen einzusetzen, die im Besonderen von Krieg und Vertreibung, Hunger und Armut betroffen sind. Dabei geht es auch um die Gesundheit dieser Menschen, um die Versorgung mit dem Notwendigsten. Dies ist eine der vielen Aufgaben der Öffentlichen Gesundheit, der Public Health.

Zuvor ging es in den vergangenen zwei Jahren in einer pandemischen Situation darum, die Öffentliche Gesundheit zu schützen, zu erhalten oder wiederherzustellen, indem von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ÖGD epidemiologische Daten erhoben und ausgewertet, Politiker beraten, Impfungen organisiert und besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen nicht übersehen wurden.

All das und noch viel mehr macht den Öffentlichen Gesundheitsdienst aus. Neben hoheitlichen, kontrollierenden Aufgaben zur Sicherung der Durchsetzung wichtiger Gesetze im Bereich des Gesundheitsschutzes sind es die Aufgaben der Fürsorge, die sich insbesondere an sozial schwache, benachteiligte Bevölkerungsgruppen wenden und sicherstellen, dass diese Menschen nicht vergessen werden.

Ein weites, sehr vielfältiges und spannendes Arbeitsfeld, wobei es eine rege Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen gibt,

die gemeinsam ungemein wichtige und nicht zu ersetzende Arbeit im Dienste der Gemeinschaft leisten.

Leider erfährt der ÖGD nach wie vor, und wir mussten das nochmals in dramatischer Weise während der Pandemie erfahren, viel zu wenig Wertschätzung, Unterstützung und Aufmerksamkeit. Weder in der Öffentlichkeit noch in den Verwaltungen, auf Landes- und Bundesebene gibt es die nötige Zuwendung und Förderung, die eine Erfüllung aller gestellten Aufgaben möglich machen würde. Dies bedaure ich sehr.

Mein Weg in den ÖGD führte mich aus dem akademischen Betrieb, der theoretischen Beschäftigung mit der öffentlichen Gesundheit aus dem Institut für Sozialmedizin der Universität Rostock, wo ich als Lehrbeauftragte für Sozialmedizin tätig gewesen war, in die Gesundheitsfachverwaltung der Hansestadt Rostock.

Es war eine große und sehr spannende Aufgabe für mich, die ich mit viel Neugier, Respekt und Engagement angenommen habe. Als Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen wusste ich um die große Breite der Aufgaben in diesem Bereich und freute mich auf diese Herausforderung, in der Praxis wirksam sein zu können, was ich zuvor in Lehre und Forschung bearbeitet hatte.

Dabei erfuhr ich viel Unterstützung von den erfahrenen Mitarbeitenden, insbesondere der Leiterin der Verwaltung, Karin Marquardt, meiner Vorgängerin, Dr. Margarete Hafke, der Chefin der Hygiene-Abteilung, Dr. Kerstin Neuber, die mir immer mit Rat und Tat zur Seite standen. Aber auch die anderen Kolleginnen und Kollegen waren eine große Hilfe bei der Umsetzung

der anstehenden Aufgaben. Hier zeigte sich in allen Fachbereichen eine große Professionalität mit viel Berufserfahrung und Bereitschaft, weit mehr zu leisten und sich zu engagieren, als unbedingt notwendig oder auch bezahlt werden konnte.

Viele personelle Veränderungen fanden statt, da die Kolleginnen in die Rente gingen, neue Stellen teilweise nicht wieder besetzt, Bereiche neu strukturiert wurden (z. B. Hafenärztlicher Dienst) oder hinzukamen (Betreuungsbehörde). Nicht immer war es leicht, neues Fachpersonal zu gewinnen, da dieses nicht reich gesät ist und die oben genannte fehlende gesellschaftliche Wertschätzung sich auch in der personellen Aufstellung niederschlug.

Spannend war die Zusammenarbeit auf kommunaler wie Landesebene, wenn es um gesundheitspolitische und präventivmedizinische Fragestellungen und Zukunftsperspektiven ging. Diese habe ich immer mit großem Interesse verfolgt und versucht, Dinge auf den leider oft sehr langen Weg der Umsetzung zu bringen.

Eine Zäsur in meiner Zeit am Gesundheitsamt Rostock war der G8-Gipfel 2007 in Heiligendamm, bei dem wir alle in besonderer Weise gefordert waren. Ich erinnere mich lebhaft an die morgendlichen Treffen am großen Beratungstisch in der Leitstelle des Rettungsamtes, wo die aktuelle Lage und die weitere Handlungsweise besprochen wurden.

Auch die präventive Arbeit im Bereich der Aufklärung und Gesundheitsberichterstattung haben mich sehr interessiert. Dr. Angelika Baumann, in besonderer Weise sehr aktiv, hat für die Hansestadt Rostock viele wegweisende Projekte konzipiert und umgesetzt. Sie waren beispielgebend für andere Einrichtungen des ÖGD in MV.

Bei aller Begeisterung für diesen Bereich der medizinischen Versorgung der Menschen, die sich im Schwerpunkt an Bevölkerungsgruppen, weniger an den einzelnen Patienten richtet, war es für mich nach sechs Jahren an der Zeit, eine berufliche Veränderung vorzunehmen, wobei ich mich auf andere Weise der Gesundheit der Menschen im sozialen Kontext zuwenden wollte. Ich entschied mich daher für eine Tätigkeit im psychosozialen Bereich als Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie. Die Arbeit, die Erfahrungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst, leisten mir heute einen großen Dienst bei der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Ich wünsche dem ÖGD und insbesondere dem Gesundheitsamt der Hanse- und Universitätsstadt Rostock, dass es bei seiner wichtigen, spannenden, erfüllenden, breit angelegten und anstrengenden Arbeit in Zukunft noch viel mehr die nötige Unterstützung und Wertschätzung erfährt, die es braucht, damit wir alle den kommenden Herausforderungen, die täglich an die Tür klopfen und aktuell dringender sind denn je, gewachsen sind.

3.3 DER JETZIGE

DR. MED. MARKUS SCHWARZ

3.3.1 VOM SELBSTVERSTÄNDNIS EINER AMTSLEITUNG

Alle als Amtsinhaber agierenden ärztlichen Kolleg/innen brachten jeweils sehr unterschiedliche Erfahrungshorizonte in das Gesundheitsamt Rostock mit und setzten hierdurch in ihrer Arbeit naturgemäß unterschiedliche, die Geschicke des Amtes mehr oder weniger prägende Schwerpunkte.

Alle Amtsärztinnen und Amtsärzte sowie die Leiter/innen des Gesundheitsamtes der Hanse- und Universitätsstadt Rostock reihen sich allein durch ihre funktionale Tätigkeit in die mittlerweile Jahrhunderte umfassende Liste der Physikats-, Stadt- oder Amtsärzte für die Kommune ein.

Welche Eigenschaften sollte der Amtsarzt/die Amtsärztin als Leiter/in des Gesundheitsamtes neben den formalen Voraussetzungen mit sich bringen?

Hierüber würde sich trefflich streiten lassen, vielleicht entstünden nach einer hitzig geführten Diskussion – je nach Temperament – nur wenige Punkte für eine „Eigenschafts-Grundausstattung“ für die Person des Amtsleiters/der Amtsleiterin. Konsens erbrächten gegebenenfalls folgende (ideale?) Voraussetzungen: ein solides medizinisches Grundwissen mit breiten Bezügen und Interessen über den eigenen Fachbereich hinaus, vielleicht flankiert durch eine bereits mehrjährige Tätigkeit im deutschen Medizinal- und Versorgungssystem.

So könnte das Verständnis für die Sorgen und Nöte, für unterschiedliche Sichtweisen auf gegebene Phänomene und Problemstellungen in den sehr differenten Fachbereichen sicherlich bereits entwickelt worden sein. Ein empathisches Einfühlen in die Belange der Mitarbeitenden aller Berufsgruppen des Amtes einerseits, wie die aufgeschlossene Sichtweise den obwaltenden sozialmedizinischen Fragestellungen der Bürgerinnen und Bürger andererseits, könnten dabei die Akzeptanz im Agieren der eigenen Person wie auch die notwendige Netzworkebildung für ein suffizientes Handeln in der Kommune befördern.

Neben dem (eigenen) Teilgebiet, in welchem der Leiter/die Leiterin des Gesundheitsamtes eigen- und detailverantwortlich tätig ist, sollte eine generalistische Sichtweise vorrangig sein, um sich nicht in kleinteiligen, täglich neu entwickelnden Aufgaben zu verlieren, aber trotz allem aufgeschlossen zu bleiben, um andere Problemstellungen nachvollziehen zu können.

Der Amtsarzt/die Amtsärztin als Leiter/Leiterin des Gesundheitsamtes ist Mittler/Mittlerin in den politischen Raum hinein, sozusagen Korrepetitor/in des medizinischen Sachverständes und vermittelt bis in die regionale Politik hinein. Ohne sich vereinnahmen zu lassen, ist der Amtsarzt/die Amtsärztin der/die am meisten politisch agierende Person in der ärztlichen Kollegenschaft – mit allen Konsequenzen.

Hohe Frustrationstoleranz, Bescheidenheit, Demut und trotz alledem eine solide (resiliente) optimistische, sozialmedizinisch geprägte Sichtweise dürfen als unabdingbare Eigenschaften angesehen werden, um im beruflichen Agieren die Befriedigung zu erlangen, die notwendig ist, erfolgreich in der sehr intensiven Interaktion innerhalb der Stadtverwaltung und in der gesamten Stadtgesellschaft wirksam werden zu können.

Eine ausgeprägte Kommunikationsbereitschaft, Fähigkeiten zur Deeskalation, Verständnis für wirtschaftliche Entscheidungsfindungen für eine größtmögliche Unabhängigkeit im Handeln, Neugierde, Durchsetzungsstärke, Verbindlichkeit und Verlässlichkeit sind weitere sinnvolle Aspekte amtsärztlichen Charakters, um für die tägliche, anspruchsvolle Aufgabenbewältigung gewappnet zu sein.

3.3.2 VOM SINN DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENSTES (ÖGD) – EINE PERSÖNLICHE (AMTSÄRZTLICHE) BETRACHTUNG

Ende 2005, nach Beendigung der Tätigkeit als leitender Arzt in einer Rehabilitationseinrichtung für Hautkrankheiten auf dem Fischland – unweit der Stadt Rostock gelegen – begann ich als Amtsarzt am Gesundheitsamt Rostock, der einwohnerstärksten Stadt in Mecklenburg-Vorpommern, meine Tätigkeit recht unvoreingenommen, was das weite Spektrum der „gesundheitsamtlichen Handlungen“ in einer Behörde anbelangte.

Nach dem Studium der Humanmedizin an der Berliner Charité, der Facharztausbildung zum Dermatovenerologen ebenda und anschließender Weiterbildung zum Tropenmediziner mit verschiedenen Arbeitseinsätzen in Asien und Afrika und der folgenden Arbeitsaufnahme als Dermatologischer Oberarzt in einer Knappschafsklinik im Ruhrgebiet schloss sich nun eine Tätigkeit ganz anderer Art mit nicht weniger „Überraschungen“ ungeahnter Natur an!

Waren die ärztlichen Aufgaben in einem Universitätsklinikum, in einer Krankenhauseinrichtung oder in einer niedergelassenen Praxis noch klar definiert, unterschied sich das amtsärztliche Handeln doch wesentlich von allem vorab Bekannten, sollte es jetzt um „pflichtige“ oder „freiwillige“ Aufgabenerfüllungen mit einem nicht klar definiertem „Ermessensspielraum“ gehen.

Was haben die Gruppenprophylaxe zur Kariesprävention im Kleinkindalter mit der jährlichen Heilpraktiker-Überprüfung, der Schiffshygienezertifizierung für Kauffahrteischiffe auf großer Fahrt oder der psychiatrischen gemeindebasierten Versorgung miteinander zu tun? Das „einigende Band“, das Verständnis im Handeln für ausgewählte soziale Gruppen zu erlangen, benötigt eine geraume Zeit, schafft tatsächlich aber recht schnell den Blick „über den Tellerrand“ und schärft sozialmedizinisches Herangehen zur „Therapie“ offenkundiger Missstände.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst in der Bundesrepublik Deutschland stellt in seiner Dreigliedrigkeit (Bund, Land, Kommune/Kreis), besonders aber durch die „unteren Gesundheitsbehörden“ vor Ort (mit den ca. 375 Gesundheitsämtern), in den Kreisen und Städten eine Dienstleistungs-

einrichtung für die Bürgerinnen und Bürger par excellence zur Verfügung.

Besonders in den vergangenen Jahren wurde versucht, bevölkerungsmedizinische Aspekte unter Schwerpunktsetzung der Initiierung, Koordination und Begleitung von Projekten der Gesundheitsförderung, der Suchtprävention für die Zielgruppen von Jugendlichen und Erwachsenen, jedoch auch sozialkompensatorische Angebote wie Beratungssprechstunden im gegebenen Setting (Sozialraum) auf den Sektoren der Familien- und Mütterbegleitung, der Schulgesundheit, der Jugendzahnkunde oder der Sozialpsychiatrie zu etablieren. Größere Angebote hinwiederum schuf das Gesundheitsamt in Rostock auf dem Gebiet der HIV/Geschlechtskrankheiten-Prävention, spezifische Angebote für Migranten/Asylsuchende, für chronisch Kranke und Menschen mit Behinderung oder für Sexarbeitende. Dabei nicht zu vergessen, die gut frequentierte Impfsprechstunde mit der etablierten Gelbfieberimpfstelle.

Andere Offerten, wie zum Beispiel die Sprechstunde für Seefahrer im Überseehafen, konnten – wegen der limitierten Personaldecke – nach drei Jahren der Verstetigung nicht aufrechterhalten werden.

Mit nicht wenigen Selbsthilfeorganisationen des städtischen Raumes [z. B. dem „Centrum für sexuelle Gesundheit“, dem Verein „rat + tat“ e. V. oder dem Verein „Selbstbestimmt Leben und Arbeiten“ (SeLA e. V.)] verbinden uns über Jahre hinweg nicht nur finanzielle Unterstützungen, sondern auch intensive fachlich-kooperative Beziehungen.

Allein auf dem Sektor der Psychiatriekoordination, angesiedelt am Gesundheitsamt Rostock, schrieb die Organisation einer gemeindebasierten psychiatrischen Versorgung mit dem „Rostocker Modell“ bundesweit Geschichte.

Alle genannten Beispiele offerierten bewusst niedrigschwellige Angebote, die in der Kommune auch sozialkompensatorische Funktionen haben. Die Stadt Rostock, die im „Segregationsranking“ (bestimmte soziale Schichten wohnen nicht vermischt, sondern konzentrieren sich in bestimmten Wohnquartieren) eine weit vordere Stellung innerhalb der Bundesrepublik einnimmt, bietet sich an, Public-Health-Ziele gemäß der WHO Einschätzung

aus dem Jahre 2011 tatsächlich im Sozialraum ... „zur Verhinderung von Krankheiten, zur Förderung der Gesundheit und zur Verlängerung des Lebens“... umzusetzen. Hierfür sind gegenwärtige Projekte zur Gesundheitsförderung wie Lebensqualität und Gesundheit in Rostock – gesund AUFWACHSEN und ÄLTERWERDEN (LeGer) für den Stadtteil Rostock-Evershagen, die Senientage in den verschiedenen Rostocker Stadtteilen, die Implementierung eines Senioren-Assistenzdienstes (SAD) für alleinstehende Senioren und Seniorinnen gute Beispiele.

Letztlich sind es Aufgaben der Gesundheitsvorsorge und der Gesundheitsfürsorge mit deutlich sozialkompensatorischer Note, die wesentliche Arbeitskapazitäten des Gesundheitsamtes Rostock gebunden haben und weiterhin binden, mithin Aufgaben der (steuerfinanzierten) Daseinsfürsorge des Staates, die im aktuellen „Gesundheitsdienstgesetz“ (Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst vom 19. Juli 1994 in der jeweilig aktuellen Fassung) fixiert sind und die das tägliche Arbeiten und Handeln im Amt kennzeichnen.

Die Erkenntnisse, Befunde, ggf. Defizite und „Diagnosen“ der „Medizinal-Infrastruktur“ der einzelnen Rostocker Sozialräume mit den spezifischen Lebensbedingungen der Menschen vor Ort sind es auch, welche die Grundlage der regionalen „Politikberatung“ ausmachen. Die in den Gesundheitsberichten des Gesundheitsamtes dokumentierten Fakten zur Gesundheit der Rostocker Stadtgesellschaft geben Auskunft über Entwicklungstendenzen spezifischer Gesundheitsparameter in den verschiedenen Altersgruppen der Einwohnerschaft. Momentan zeigen z. B. die Einschulungsuntersuchungen von jährlich knapp 1800 Schulanwärter/-innen (fein-motorische) Entwicklungsdefizite oder dokumentieren Fakten, dass alleinstehende Senioren und Seniorinnen zunehmend von der medizinischen Regelversorgung abgeschnitten sind. Es gilt gegenzusteuern, auch „die regionale Politik“ ist gefragt.

Das Tätigkeitsprofil eines Gesundheitsamtes wäre unvollständig ohne den Hinweis beschrieben, dass auch in Rostock hoheitliche Aufgaben durch das Amt realisiert werden müssen. Hierfür behält sich der Staat – vermittelt seiner Einrichtungen – Aufsichts- und Kontrollfunktionen vor.

So ist z. B. die Gesamterfassung der medizinischen Infrastruktur Rostocks im Gesundheitsamt angesiedelt, ergänzt durch die Medizinalaufsicht für die nichtakademischen Heilberufe einschließlich der

jährlich stattfindenden Heilpraktiker-Überprüfungen. Spezifische Aufgaben der Umwelthygiene (zB. Trinkwasseruntersuchungen, Schwimmbecken- und Badewasserqualitätsfeststellungen), des Infektionsschutzes und der Seuchenbekämpfung, die besondere infektionshygienische Observation von Gemeinschafts- und Krankenpflegeeinrichtungen in der Gebietskörperschaft, wie auch die Mitarbeit an der Erfassung und Überprüfung konkludent erstellter Leichenschauschein, sind hoheitliche Handlungen, über die das Gesundheitsamt berichten muss. Die initial im Gesundheitsdienstgesetz verankerte Durchführung der zweiten Leichenschau (z. B. vor Kremierung) wird durch vertragliche Beauftragung in Rostock von Kolleginnen und Kollegen des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Rostock erfüllt.

Die jährliche Realisierung hunderter von Untersuchungen amtsärztlicher Gutachten und gutachterlicher Stellungnahmen (z. B. zur Dienstauglichkeit oder zur Leistungsgewährung) stellt letztlich den „Kernbereich“ hoheitlichen Handelns des Amtes dar.

Immer deutlicher zeigte sich in den vergangenen Jahrzehnten, dass – trotz diverser hoheitlich zu realisierender Aufgabenfülle – der Service- und Dienstleister-Gedanke zunehmend nicht nur durch die Mitarbeitenden des Gesundheitsamtes verinnerlicht wurde, sondern dass auch die Rostocker Bevölkerung die Angebote des Amtes gern, schnell und unkompliziert nutzen und schätzen. Die Coronapandemie hat jedoch dieser Entwicklung Einhalt geboten! Beratungssprechstunden, Serviceleistungen, Bürgerkontakte und Projektbegleitungen wurden gänzlich eingestellt bzw. nur temporär realisiert. Notwendig wurde die interne Umstrukturierung des Personaleinsatzes aller Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamtes, um die immensen Aufgaben im Rahmen der Corona-Seuchenbekämpfung umsetzen zu können.

Damit verbunden waren zunehmend auch die hoheitlich übertragenen Aufgaben der Seuchenabwehr zu realisieren. Ein Spagat, der die Beschäftigten des Amtes in ihrem eigenen Handlungsverständnis außerordentlich forderte. Zum (vermeintlichen) Ende der Pandemie, mitten in der sogenannten vierten (Omikron-) Welle, im Frühjahr 2022 „überraschte“ der Gesetzgeber die Gesundheitsämter der Bundesrepublik mit dem neu geschaffenen § 20a des Infektionsschutzgesetzes, wonach ab 15. März 2022 eine „einrichtungsbezogene Impfpflicht“ zu „exekutieren“ sei: die Ämter entscheiden jeweils nach Ermessen, abschließend nach einem gestaffelten Meldeverfahren, welche

nicht geimpften Mitarbeiter/-innen medizinischer Einrichtungen ein „Betretungsverbot“ für selbige erhalten. Ein über Jahre hinweg gepflegtes und installiertes Image des Gesundheitsamtes als Partner und Dienstleister für alle Bürger und Bürgerinnen vor Ort droht mit dieser „ultimativen, ggf. die Existenz bedrohende Maßnahme nicht Impfwilliger“ zu kippen, wie massive Unmutsäußerungen gegenüber Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes bewiesen. Es bleibt (im Februar 2022) zu hoffen, dass dieses – sowohl in seiner Sinnfälligkeit als auch in seiner organisatorischen Durchführung – umstrittene Gesetzeswerk insgesamt überdacht wird.

Es stellt sich dann – bei allem Für und Wider – nach zweijähriger Erfahrung mit der Coronapandemie die Frage: Quo vadis Gesundheitsamt?

Nach vielen Jahren der (initialen) Diskussion muss über das Verhältnis von Public-Health-Wissenschaften und dem Öffentlichen Gesundheitswesen, hier besonders im Verhältnis zu den „unteren Gesundheitsbehörden“, den Gesundheitsämtern vor Ort, weiter nachgedacht werden. Schließlich sind es letztere, die versuchen, den „Public-Health-Gedanken“ (Koordination, Begleitung, Initiierung und Mobilisation für Gesundheit in den Kommunen vor Ort) ganz praktisch zu leben. Eine wissenschaftliche Begleitung dafür findet sich nicht, wenn auch das Rostocker Amt in einer Hochschuleinrichtung (als eines der wenigen Gesundheitsämter in der Bundesrepublik) mehrere Vorlesungsstunden im 3. Studienjahr der Ausbildung „Humanmedizin“, an der „Alma Mater Rostochiensis“, gestaltet und somit den Medizinerinnen und Medizinerinnen für die Zukunft einen „Hauch ÖGD“ vermitteln kann (Abb. 1).



Abb. 1 ÖGD-Vorlesung unter Corona-Schutzbedingungen, Foto: Markus Schwarz

Gesundheitsämter sollten regelhaft – imperativ – stärker durch die (eher im Hochschulbereich residierenden) Public-Health-Sektionen (als Außenstellen?) in die wissenschaftliche Arbeit mit eingebunden werden.

Als einzige Großstadt im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern im Nordosten der Bundesrepublik, an der Ostseeküste gelegen und damit gleichzeitig Grenzeintrittsort, zudem mit der ältesten Universität im baltischen Raum vertreten, trägt auch das Gesundheitsamt der Hanse- und Universitätsstadt einige „Alleinstellungsmerkmale“ in der täglichen Arbeit, die durchaus als Herausforderungen zu sehen sind. Pars pro toto zu nennen ist der im Überseehafen Rostock beheimatete Hafenärztliche Dienst, der nicht nur für die (vor der Coronapandemie) jährlich abzufertigenden ca. 200 Kreuzfahrtschiffe zuständig ist, Fähren und Kauffahrteischiffe u. v. a. m. mit ihren Besatzungen entsprechend „rund um die Uhr“ zu bedienen hat, eine zuweilen logistische Meisterleistung, die gegenwärtig nur noch mit der Unterstützung ärztlicher Kolleginnen und Kollegen des größten städtischen Krankenhauses (Klinikum Südstadt Rostock) realisiert werden kann.

Zwischen dem Ostseebad Warnemünde und der Rostocker „Kernstadt“ sind in der Zeit der Industrialisierung, besonders aber beiderseits der Warnow „Trabantenstädte“ in der Phase der Etablierung Rostocks als Bezirksstadt in der DDR mit einer vielfältigen Einwohnerschaft zur Beherbergung der Werk tätigen der ortsansässigen (maritimen) Industrie entstanden, die naturgemäß nach der Wende im Jahre 1989 mit der fortfolgenden Umstrukturierung tiefgreifende Verwerfungen erleben mussten. Soziale Brennpunkte bildeten sich, die in den Folgejahren besonders für den Kinder- und Jugendärztlichen -, den Kinder- und Jugendzahnärztlichen – sowie für den Sozialpsychiatrischen Dienst Schwerpunkttätigkeiten abforderten. Allein die Ausschreitungen in Rostock-Lichtenhagen (1992) haben ihre Spuren auch im Amtshandeln hinterlassen. Die Anfang der 90er-Jahre gerade in Rostock zu beobachtende Etablierung einer umfangreichen „Prostitutionsszene“ mit all ihren Schattenseiten verlangte von den Mitarbeitenden der sich gerade konsolidierenden STD/AIDS-Beratungsstelle ein großes soziales Engagement. Spezifische Angebote zu schaffen, amtsübergreifendes Handeln zu organisieren und Schutzräume zu etablieren, waren nur einige Aufgaben einer sehr vielschichtigen Arbeit und Herausforderung für jede(n) Beteiligte(n) (Abb. 2).



Abb. 2 Veranstaltungen/Sprechstunden-Angebote der Beratungsstelle für HIV/AIDS und sexuell übertragbare Infektionen, Quelle: Gesundheitsamt

In die Annalen der Geschichte des Rostocker Gesundheitsamtes eingegangen ist auch das 2015 als „Migrationskrise“ bezeichnete kurzfristige Aufkommen tausender, vorwiegend aus dem vorderen Orient stammender, vor Krieg und Hunger fliehender Menschen, oftmals in familiären Verbänden, auf dem Weg nach Skandinavien, die – zumindest temporär - untergebracht und versorgt werden wollten. An drei verschiedenen Standorten konnte das Gesundheitsamt der Stadt einen medizinischen Versorgungszentrum aufbauen und bedienen. Zusammen mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie dem Organisationspartner „Medinetz Rostock e. V.“ wurde über Monate hinweg eine suffiziente Hilfeleistung angeboten. Mit der „Ukraine-Krise“ im Jahr 2022 scheinen sich die Ereignisse zu wiederholen (Abb. 3 und 4).



Abb. 3 Temporäre Flüchtlingsunterkunft in der HanseMesse Rostock – 2015, Foto: Markus Schwarz



Abb. 4 Temporäre Flüchtlingsunterkunft in der Industriestraße, Rostock 2015: Ein Vorgriff auf kommende Herausforderungen, Foto: Markus Schwarz

In der (medizinischen) Sicherstellung anderer Großereignisse – wie z. B. 2007 zum G 8-(Protest) Gipfel in Heiligendamm – fand sich das städtische Amt in den Krisenbewältigungsstäben wieder, da Rostock als nahe gelegenes Oberzentrum zum Sammelpunkt teilweise gewalttätiger Auseinandersetzungen wurde.

Skizzierten die Ereignisse während der sogenannten Schweinegrippe (H1N1) im Rostocker Hafen im Jahre 2009 oder die Evaluierungsaspekte für das Gesundheitsamt im Rahmen des EHEC/HUS – Geschehens 2011 erste „Vorankündigungen“ einer zukünftigen Pandemie zunächst (nur vorsichtig) eine größere Herausforderung für die Infektionshygiene-Abteilung des Amtes, so wurden die genannten Vorkommnisse mit den dann 2020–2022 im Rahmen der weltweiten „Coronapandemie“ auch in Rostock auftretenden Anforderungen an das gesamte Gesundheitsamt der Stadt weit in den Schatten gestellt. Über zwei Jahre bewältigte der gesamte Dienstbetrieb die Anforderungen neuer infektionsepidemiologischer Erfordernisse. Zum jetzigen Zeitpunkt (Februar 2022) kann nicht eingeschätzt werden, ob sich das epidemiologische Geschehen in Zusammenhang mit dem Coronavirus im Endstadium befindet oder weitere „Wellen anderer Virusvariabilität“ zu erwarten sind; erste Vorbereitungen zur weiteren Abwehr auf Landes- und Regionalebene dahingehend gibt es bereits.

Die immensen Anforderungen an das Gesundheitsamt der Hanse- und Universitätsstadt Rostock, besonders in den vergangenen zwei Jahren, konnten nur durch ein abteilungsübergreifendes, verständnisvolles Agieren aller Protagonisten, aller Berufsgruppen, aller Facharztgruppen (Allgemeinmedizin, Notfallmedizin, Hygiene, Kinder- und Jugendmedizin, Zahnheilkunde, Neurologie/ Psychiatrie sowie Dermatologie/Venerologie) in einem guten Arbeitsklima bewältigt werden. Durch die Mitarbeit einer „amtseigenen Informatikerin“ realisierte sich ein gewaltiger „Digitalisierungsschub“, der allerdings immer ins Verhältnis zur weiterhin auch in der Zukunft notwendigen aufsuchenden, direkt menschlich unterstützenden Tätigkeit gesetzt werden muss. Das enge Zusammenwirken, besonders in den Zeiten der Krise und des Umbruchs, mit den anderen Ämtern der Stadtverwaltung (Brandschutz- und Rettungsamt, Ordnungsamt, Rechtsamt, Hauptamt, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt, Amt für Jugend, Soziales und Asyl u. a. m.), zudem mit anderen Verwaltungen, diversen Vereinen der Region etc. insgesamt, ist Voraussetzung für eine zielführende Arbeit.



4.

ALLGEMEINE ANGELEGENHEITEN (ABTEILUNG I)

KARIN MARQUARDT

4.

ALLGEMEINE ANGELEGENHEITEN (ABTEILUNG I) KARIN MARQUARDT

In den Gesundheitsämtern der alten Bundesländer gab und gibt es eine eigene Abteilung Verwaltung, um vorrangig die Umsetzung aller nichtmedizinischen Angelegenheiten in hoher Eigenverantwortung zu gewährleisten. Diese Abteilung hatte sich in Rostock bereits im Jahr 1990 situationsbedingt durch die Zusammenlegung der drei Referate Planung/Ökonomie, Haushaltswirtschaft und der Kreisstelle für Organisation des Gesundheitsschutzes neu formiert, den beginnenden Umstrukturierungsprozess aktiv begleitet und wurde fester Bestandteil des Gesundheitsamtes.

Meine Abteilung hatte in erster Linie die Aufgabe, die Rahmenbedingungen und dementsprechend die Voraussetzungen für die Arbeitsfähigkeit des Gesundheitsamtes und unter den speziellen Gegebenheiten in der Stadt Rostock bis Mitte 1991 auch für das Sozialamt zu gewährleisten. Dazu gehörten die Koordinierung abteilungsübergreifender Grundsatzthemen und Verwaltungsabläufe, die Entwicklung von entsprechenden Konzepten sowie die Vorbereitung von Grundsatzentscheidungen.

Die Abteilung ist weiterhin für die Haushaltsplanung, -umsetzung und das Controlling zuständig. Dabei müssen sowohl die Erfüllung der Aufgaben aller Fachbereiche gewährleistet als auch die Grundsätze von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit eingehalten werden.

Die Bearbeitung der Personal- und Stellenplanangelegenheiten, der Gebühreneinzug, das Vertragswesen, die Organisation und Koordinierung des Beschaffungswesens zählen ebenso dazu wie die Bearbeitung von Fördermittelanträgen der Verbände, Vereine und Selbsthilfegruppen oder die Mitwirkung bei der Organisation und Durchführung öffentlicher Aktionen und Projekte.

Für viele Jahre stellten diese klassischen Verwaltungsaufgaben jedoch nur einen Teil unseres Aufgabenspektrums dar.

Die folgenden Ausführungen beinhalten die vier wesentlichsten, weit darüberhinausgehenden Aufgabenschwerpunkte:

1. Die bereits beschriebene aktive Begleitung der Umstrukturierung des ambulanten Gesundheitswesens in der Stadt Rostock war eine davon und erforderte zusätzliches Personal, was in der Höhe des Stellenplananteils zum Ausdruck kam.
2. Mit dem neuen Standort des Gesundheitsamtes ergaben sich weitere, völlig untypische Tätigkeitsbereiche.

Bereits Ende 1990 erging an die Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen der Auftrag seitens des Rates der Stadt im Zusammenwirken mit anderen Fachabteilungen, ein Nachnutzungskonzept für die freizuziehenden Objekte der SED Kreis- bzw. Bezirksleitung am Standort Friedrich-Engels-Platz/Reiferbahn (heute St.-Georg-Str. 109 Haus I und II) zu erarbeiten. Es sollte ein Zentrum zur komplexen Betreuung behinderter Menschen werden, u. a. geschützte Arbeitsplätze, Arbeitstherapieplätze, Teilfunktionen der orthopädischen Werkstatt, Ausbildungsplätze für Teilberufsausbildungen sowie diverse Beratungs- und Begutachtungsstellen.

Das Ziel bestand darin, die in unterschiedlichen Gebäuden und Stadtteilen untergebrachten Einrichtungen an einem Standort zu konzentrieren bei gleichzeitiger Gewinnung von dringend benötigten Gewerbeflächen.

Die vor allem für Arbeits- und Werkstattplätze erforderlichen Umbaumaßnahmen der bis dato ausschließlich als Verwaltungsgebäude genutzten Objekte wäre zeitlich und finanziell zu diesem Zeitpunkt jedoch nicht leistbar gewesen.

Nach dem neuen Konzept zogen im Frühjahr 1990 die sich neu etablierenden Ämter Gesundheit und Soziales, die Leitung der Feierabend- und Pflegeheime, diverse Verbände und Vereine sowie die Beratungsstelle für Begutachtungswesen mit dem Anliegen ein, vorrangig soziale und gesundheitspolitische Funktionen zu berücksichtigen.

Bedingt durch die fachliche Trennung der Bereiche Gesundheit und Soziales gab es bis auf Weiteres nur eine Abteilung Allgemeine Verwaltung.

Uns oblag mit dem Bezug des neuen Standortes nicht nur die Erarbeitung der Raumnutzungskonzeptionen für beide großen Häuser I und II in der St.-Georg-Str. 109, wie sie in den folgenden Ausführungen benannt werden, sondern ebenso die komplette Gebäudeverwaltung- und -bewirtschaftung.

WIE SAH DER STATUS QUO BEI DER ÜBERNAHME DER GEBÄUDE AUS?

- 2.103 m² Haus I (u. a. Sitz des Gesundheitsamtes)
- 3.286 m² Haus II (u. a. Sitz des Sozial- und später auch des Jugendamtes)
- Heizung der Objekte mit festen Brennstoffen durch vier Heizer
- eine eigens nur für die beiden Häuser zu nutzende Telefonanlage mit 600 Anschlüssen, die zwingend durch zwei Telefonistinnen zu bedienen war
- zehn Raumpflegerinnen
- pro Gebäude eine Pförtnerloge mit insgesamt sechs Wachkräften und einer 24h-Bewachung einschließlich einer speziellen Schlüsselaus- und -abgabe
- ein technischer Leiter
- zwei Haushandwerker, ein Hofarbeiter
- eine Betriebsküche im Haus I und eine Kantine im Haus II mit insgesamt sieben Küchenkräften
- eine eigene Poststelle

Zur Gewährleistung der sofortigen Arbeitsfähigkeit aller Nutzer am Standort wurde nach erheblichen Anstrengungen das benannte Personal einschließlich einiger Sachbearbeiterinnen übernommen.

Die Abteilung Allgemeine Angelegenheiten umfasste zu diesem Zeitpunkt 44 Mitarbeitende.

Im Interesse einer wirtschaftlichen Betriebsführung wäre es zwingend erforderlich gewesen, diese übernommenen Strukturen zeitnah zu hinterfragen und effizientere Lösungen zu konzipieren.

Doch die Priorität lag vorrangig in der Aufrechterhaltung und dem Ausbau der materiellen und technischen Voraussetzungen für die unmittelbare Arbeitsfähigkeit des Gesundheits- und Sozialamtes.

Von großem Vorteil war, dass die Büroarbeitsplätze in beiden Gebäuden für damalige Verhältnisse eine äußerst komfortable Ausstattung besaßen, wie unterschiedliche Raumgrößen für differenzierte Tätigkeiten, Beratungsräume, ein Telefon an jedem Arbeitsplatz und sogar Panzerschränke und vereinzelt Waschbecken, jedoch nicht in den Räumen, wo sie benötigt wurden.

Für das Gesundheitsamt galt das nur eine begrenzte Zeit. Bestimmte fachliche Aufgabenstellungen, wie z. B. ärztliche Untersuchungen für Kinder und Erwachsene und die Durchführung von Impfungen benötigten spezielle räumliche Anordnungen sowie Waschbecken in genau diesen Räumen.

Nach und nach wurden auch diese Voraussetzungen geschaffen. Für die Arbeitsfähigkeit der Zahnärztlichen Abteilung waren nach dem späteren Umzug von der St.-Georg-Str. 100 in das Haus I die Voraussetzungen für die Installation eines Zahnarztstuhles zu gewährleisten.

Generell fehlten überall zusätzliche Steckdosen für die z. B. nach und nach zu beschaffende Medizintechnik, elektrische Schreibmaschinen und später die ersten Computer, um nur einige wenige Beispiele zu benennen, die sich im laufenden Betrieb ergaben.

Das klingt ziemlich unspektakulär, war aber sowohl von der Umsetzung als auch die Finanzierung betreffend, oft eine besondere Herausforderung.

In den darauffolgenden Jahren galt es, die Raumnutzungspläne für beide Häuser immer wieder den sich verändernden Situationen anzupassen. Das Jugendamt sollte ebenfalls in den Komplex einziehen, somit wurden nicht zum Senatsbereich Jugend, Gesundheit und Soziales gehörende Institutionen und Verbände/Vereine bis auf einige wenige im gegenseitigen Einvernehmen ausgliedert und alle zum Gesundheitsamt gehörigen Fachbereiche im Haus I konzentriert.

Die Betriebsküche, der Wachdienst und die Reinigung gingen in den Jahren 1991 bis Anfang 1993 in eine Privatisierung bzw. wurden an externe Firmen übertragen und die noch manuelle Heizung an die Fernwärmeversorgung angeschlossen.

Damit konnte dem permanenten Anliegen, Stellen im Gesundheitsamt einzusparen, was die Abteilung Allgemeine Angelegenheiten betraf, Folge geleistet werden. Mit der Reduzierung im technischen Bereich ging natürlich auch eine anteilige Stellenreduzierung bzw. anteiliger Stellenabbau im sachbearbeitenden Bereich einher.

MAßNAHMEN, WIE

- die Schaffung zusätzlicher Arbeitsplätze durch den Umbau der ehemaligen Kantine,
- die komplette Erneuerung der ELT- Anlage sowie die Erneuerung der in die Jahre gekommenen Telefonanlage,
- der Einbau des Fahrstuhls im Haus II, finanziert aus Spendengeldern der Partnerstadt Bremen,
- der Bau der Behindertenrampe am Haus II,
- kleinere Umbau- und Renovierungsarbeiten,
- notwendige Reparaturen oder auch
- die Bewirtschaftung des Fuhrparkes für den gesamten Senatsbereich am Standort,
- Umzüge innerhalb und zwischen den Häusern I und II durch unsere Handwerker,

um nur einige Beispiele zu benennen, blieben bis zum Jahr 2004 in der Verantwortung der Abteilung Allgemeine Angelegenheiten.

Insgesamt setzten wir dafür ca. 3,6 Millionen DM ein. Danach ging die gesamte Gebäudeverwaltung und -bewirtschaftung arbeitsteilig an das Hauptamt und den KOE.

3. Mit der Auflösung der ambulanten medizinischen Einrichtungen ab 1991 wurden diese verpflichtet, die Patientenakten und Röntgenfilme aufzunehmen, die nicht durch niedergelassene Ärzte übernommen wurden. Die Zuständigkeit der Gesundheitsämter als Rechtsnachfolger ergab sich aus Art. 21 des Einigungsvertrages, und die Rechtsgrundlage für die Aufbewahrung bildete speziell für Mecklenburg-Vorpommern das Landesdatenschutzgesetz § 34 Abs. 1.

Es waren somit hohe Anforderungen mit der Umsetzung verbunden, wie die

- Sicherung des Aktenbestandes,
- Erfassung und Sortierung der vorhandenen Unterlagen,
- Schaffung von Regelungen im Umgang mit den Unterlagen.

Die im folgenden Abschnitt beschriebene Aufgabe betraf alle Gesundheitsämter der neuen Bundesländer.

Hier ein kurzer Auszug zu den Erläuterungen:

„Der Beauftragte für Archivunterlagen hat darüber zu wachen, dass gewährleistet ist, dass bei der Übersendung von Patientenunterlagen diese nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder gelöscht werden können. Auf Antrag der Patienten ist diesen in die objektiven Feststellungen über die körperliche Befindlichkeit sowie in die Aufzeichnungen über die Umstände und den Verlauf der ihnen zuteil gewordenen Behandlung Einsicht zu gewähren. Auf Antrag eines Arztes oder der Versorgungsverwaltung können die vorhandenen Unterlagen an diese übergeben werden. Hierzu ist die Zustimmung des Patienten erforderlich.“

Wie aber sah die Praxis aus? Wir erhielten die Unterlagen von den Einrichtungen sehr oft kurzfristig, säckeweise und völlig unzureichend geordnet. Vorhandene Ordnungssysteme waren nur bedingt nachzuvollziehen. Eine Zwischenlagerung konnte vorerst nur in diversen Abstellräumen erfolgen. Dabei fehlten noch die Akten von den drei großen Zentren Mitte, Nord und Süd.

Die Situation drohte zu eskalieren. Nach entsprechender Intervention erhielten wir 1992 die Bestätigung für zehn ABM-Stellen. Es konnten Mitarbeiter/innen eingesetzt werden, deren Kündigungsfristen noch liefen, die jedoch keinen eigenen Arbeitsbereich mehr hatten.

Zwischen Januar 1991 und Dezember 1992 übernahmen wir über eine Million Patientenakten und ca. 150.000 Röntgenbilder, die zuerst auf die gesetzliche Aufbewahrungsfrist geprüft, danach registriert und zu guter Letzt nach einem einheitlichen Ordnungssystem archiviert wurden.

Bis Ende 1997 waren damit erst zehn, danach noch sieben ABM-Kräfte und eine festangestellte Sachbearbeiterin beschäftigt. Auf Grund der hohen Anzahl an Unterlagen unterhielten wir Archivräume in den Ärzthäusern Lütten Klein und Paulstraße sowie am eigenen Standort in der

St.-Georg-Str. 109 mit einer Gesamtmietfläche von 900 m² und Mietkosten von knapp 58,5 TEUR (nach der Währungsunion). Insgesamt ein extrem hoher logistischer Aufwand.

Bereits während des Aufbaus des Archives und auch noch bis 2002 konnten auf Anforderungen von Ärzten, Kliniken, Versicherungen und Berufsgenossenschaften unzählige Unterlagen zeitweilig oder auch zum Verbleib zur Verfügung gestellt werden. Damit konnte sehr vielen Bürgern und Bürgerinnen geholfen werden, für die diese Unterlagen mitunter eine außerordentliche Bedeutung hatten, z. B. für weitere wichtige medizinische Behandlungsentscheidungen oder auch zur Anerkennung von Berufskrankheiten. Nach dem Ablauf der Aufbewahrungsfristen erfolgte im Jahr 2004 die datenschutzgerechte Entsorgung des gesamten Aktenbestandes sowie der Röntgenbilder.

Zu erwähnen ist, dass parallel dazu das amtsinterne Archiv aufzubauen war, denn alle in den einzelnen Abteilungen erstellten medizinischen Dokumente unterliegen den gleichen Aufbewahrungsfristen.

4. Ein weiteres Tätigkeitsfeld ergab sich aus dem Sachverhalt, dass das Klinikum Südstadt kommunal und somit als Sondervermögen der Hansestadt Rostock zugeordnet wurde. Der Senator für Jugend, Gesundheit und Soziales erhielt lt. Krankenhausordnung die Aufsicht über den Krankenhausbetrieb und hatte somit die Wahrnehmung bestimmter Rechte und Pflichten als Träger dieser Einrichtung sicherzustellen. In der konkreten Umsetzung wurden diese dem Gesundheitsamt und im Einzelnen der Abteilung Allgemeine Angelegenheiten übertragen.

DAZU ZÄHLTEN IM WESENTLICHEN FOLGENDE AUFGABENBEREICHE:

- Mitwirkung bei der Planung und Organisation des Krankenhausbetriebes
- Mitwirkung bei der Aufstellung der Wirtschafts-, Finanz- und Investitionspläne
- Beteiligung an den Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen
- Mitwirkung bei der Entscheidungsfindung zur künftigen Wirtschaftsform
- Teilnahme an den Sitzungen des Klinikausschusses, nach der Entscheidung, das Klinikum als Eigenbetrieb „Klinikum Südstadt Rostock“ zu führen

Ein über viele Jahre zu begleitender Prozess war die Erarbeitung einer Gesamtkonzeption zur gesundheitlichen Versorgung im stationären Bereich in Rostock. Zunächst erfolgten die verwaltungsorganisatorischen Vorbereitungen zur Bewilligung der Mittel für die Projektierung und den Anbau eines Bettenhauses am Klinikum Südstadt in Zusammenarbeit mit der Leitung des Klinikums, den betreffenden Ämtern der Stadt sowie dem zuständigen Ministerium.

Ein sehr umfangreicher, arbeitsintensiver und langwieriger Arbeitsprozess ergab sich aus dem Kabinettsbeschluss vom 10. September 1996 zur Senkung der Kosten im Hochschulbereich durch die sogenannte „Reorganisation der Klinika am Standort Rostock“. Im Dezember wurde unter Federführung des Kultusministeriums eine entsprechende Projektgruppe mit mehreren Unterarbeitsgruppen einberufen. Die Fusion der beiden Klinika (Universität Rostock und Klinikum Südstadt) als einfache Verschmelzung wurde nach längerer Prüfung und Diskussion als Modell nicht weiterverfolgt.

Die Hauptempfehlung der Projektgruppe lautete, Konzentration der Fächer Urologie, Pädiatrie und Frauenheilkunde an nur einem Standort nach Maßgabe zu vereinbarenden Kooperationsverträge. Im ersten Schritt wurden die Urologie und die Kinderklinik am Standort des Universitätsklinikums zusammengeführt. 2004 fusionierten die beiden Frauenkliniken zur Universitätsfrauenklinik und Poliklinik am Klinikum Südstadt Rostock. 2005 wurde der Funktions-Neubau am Klinikum fertig gestellt. Mit der Zuordnung des Klinikums Südstadt Rostock im Jahr 2008 zum Senatsbereich Finanzen, Verwaltung und Ordnung endete auch die Trägerfunktion des Gesundheitsamtes.

Die Übergabe der für das Gesundheitsamt und somit auch für unsere Abteilung untypischen Aufgabenbereiche an entsprechende Ämter bzw. den Eigenbetrieb KOE bedeutete jedoch auch eine kontinuierliche Reduzierung der Stellen. Durch Vorruhestandsregelungen und Umsetzungen in andere Ämter konnten wir Kündigungen vermeiden.

Heute besteht die zwischenzeitlich umbenannte Abteilung „Verwaltung/Betreuungsbehörde“ aus insgesamt 11 Mitarbeiterinnen, wobei davon sechs im Sachgebiet „Betreuungsbehörde“ tätig sind – ein Fachgebiet, welches dem Gesundheitsamt erst im Jahr 2006 vom Sozialamt angegliedert wurde.

Durch den Kernbereich unserer Abteilung sind, wie bereits im Vorfeld beschrieben, die klassischen Verwaltungsaufgaben, angepasst an die jeweils aktuellen Erfordernisse, umzusetzen. Solche Aktivitäten, wie

- die komplette Organisation der Umzüge des Gesundheitsamtes, zuerst vom Haus I in Haus II infolge von Umbaumaßnahmen und
- ein Jahr später in die Paulstraße 22,
- die Mitwirkung bei den Maßnahmen zum G8-Gipfel,
- die Unterstützung der Impfkationen während der Schweinegrippe,
- die Koordinierung der Einsatzpläne der medizinischen Kräfte während der Flüchtlingswelle im Jahr 2015/2016 für eine von zwei Unterkünften und nicht zuletzt
- die eigenständige Realisierung diverser Aufgaben in der Coronapandemie

ergänzen das vielschichtige Tätigkeitsspektrum.

Zusammenfassend kann man sagen: Veränderte Rahmenbedingungen und Strukturwandel für den ÖGD bedeuten, dass Aufgabenfelder, die von anderen erfüllt werden können, abgegeben werden, neue Aufgaben hinzukommen und zum Teil durchaus auch alte Tätigkeiten wieder verstärkt wahrzunehmen sind.

Eine Entwicklung, die für alle Fachbereiche des Gesundheitsamtes gleichermaßen Gültigkeit hatte und auch weiterhin haben wird.



5.

**SOZIALMEDIZIN/
AMTSÄRZTLICHER DIENST/
ARBEITSMEDIZIN
(ABTEILUNG II)**

CAROLINE TRAUE, MARKUS SCHWARZ

5.

SOZIALMEDIZIN/ AMTSÄRZTLICHER DIENST/ ARBEITSMEDIZIN (ABTEILUNG II)

CAROLINE TRAUER, MARKUS SCHWARZ

Diese Abteilung muss sicherlich als zentraler Bestandteil eines Gesundheitsamtes im deutschen Verwaltungssystem gewichtet werden. Wesentliche Aufgaben einer neutralen, nicht interessengeleiteten Begutachtungsführung sind hier angesiedelt und werden von einem Team, nunmehr bestehend aus einer ärztlichen Abteilungsleiterin und einem ärztlichen Kollegen sowie zwei medizinischen Fachangestellten, realisiert.

Die amtsärztlichen Untersuchungen und Begutachtungen sind hoheitlicher Natur, möchte hier doch der Gesetzgeber sicherstellen, dass der objektiv gegebene medizinische Befund der zu Begutachtenden den gestellten (beruflichen) Anforderungen nicht entgegensteht. Nicht selten ist es erforderlich, intern selbst Befundparameter zu erheben bzw. extern umfangreich Befunde einzuholen.

5.1 STRUKTUR UND AUFGABEN DER ABTEILUNG SOZIALMEDIZIN/ AMTSÄRZTLICHER DIENST

CAROLINE TRAUER

Die Abteilung Sozialmedizin/Amtsärztlicher Dienst gliedert sich in folgende Unterbereiche: der Amtsärztliche Dienst, die Beratungsstelle für onkologische Patienten, chronisch kranke und behinderte Menschen, die Medizinalstatistik und -aufsicht.

Aufgabe des Amtsärztlichen Dienstes ist es, für Personen über 18 Jahre auf Anordnung von Behörden und Institutionen amtsärztliche Untersuchungen, Begutachtungen und Stellungnahmen entsprechend gesetzlicher Vorgaben und Vorschriften durchzuführen. Dazu gehören die Begutachtungen im Beamtenrecht (Verbeamtungsuntersuchungen, Kurnotwendigkeiten, Dienstfähigkeitsuntersuchungen, Untersuchungen nach Beihilfeverordnung), Gutachten bei Prüfungsunfähigkeit und für Sportbefreiungen, Untersuchungen für Gerichte zu Haftfähigkeit, Vernehmungs- und Verhandlungsfähigkeit und Abstammungsgutachten. Außerdem werden Begutachtungen nach Asylbewerberleistungsgesetz, im Rahmen der Eingliederungshilfe nach SGB IX und nach SGB XII sowie Untersuchungen nach § 3 Abs. 4 TVöD und § 3 Abs. 5 TV-L

durchgeführt. Teilweise finden Begutachtungen im Rahmen von Hausbesuchen statt.

Eine weitere amtsärztliche Aufgabe, die zunehmend angefragt und daher mehr Zeit in Anspruch nimmt, ist die Unterstützung des Standesamtes im Rahmen der Beurkundung von Todesfällen bei der Ermittlung von Sterbezeiten, Sterbezeiträumen und Sterbeorten, wenn diese Angaben nicht eindeutig aus den vorliegenden Todesbescheinigungen zu entnehmen sind.

Am 12. Dezember 2021 ist das „Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19“ in Kraft getreten. Alle Personen, die in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen des Gesundheitswesens und der Pflege tätig sind, müssen mit dem neu eingeführten § 20a des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) verpflichtend einen Nachweis ihrer Immunität gegen COVID-19 oder ein ärztliches Zeugnis über das Vorliegen medizinischer Kontraindikationen gegen eine COVID-19-Schutzimpfung vorlegen. Einrichtungs- und Unternehmensleitungen wurden verpflichtet, das Gesundheitsamt der Hanse- und Universitätsstadt Rostock darüber zu informieren und personenbezogene Daten (§ 20a Abs. 2 S. 2, 3 IfSG) zu übermitteln. Die einrichtungsbezogene Impfpflicht betrifft in der Stadt Rostock mehr als 1.410 Einrichtungen mit einigen tausend Personen. Die Umsetzung des Gesetzes bei Nichtvorliegen der notwendigen Nachweise wurde der Abteilung Sozialmedizin/Amtsärztlicher Dienst übertragen und muss trotz des überaus engen Personaltabaus umgesetzt werden.

Der Abteilung assoziiert ist auch das außerordentlich umfangreiche Sachgebiet der Medizinalaufsicht, das einerseits wesentlich die nichtakademischen Heilberufe in der Gebietskörperschaft im Fokus, andererseits die umfangreichen Handlungsstränge der jährlich sicherzustellenden Heilpraktikerprüfungen zu verantworten hat.

5.2 MEDIZINALAUFSICHT/HEILPRAKTIKERPÜFUNG

MELANIE KÖPKE, SABINE SCHMIDT

Die Aufgaben der Medizinalaufsicht dienen insbesondere der Qualitätssicherung zur Erfassung einer möglichen Über- oder Unterversorgung in der medizinischen Infrastruktur, um Versorgungsdissonanzen zu erkennen. Darüber hinaus sollen Patient/innen vor der Ausübung der Heilkunde durch unberechtigte Personen geschützt werden.

Spezielle Aufgaben sind die berufsaufsichtliche Überwachung der ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufe sowie der Heilhilfs-, Gesundheitsfach- und Pflegeberufe in freier, selbstständiger Berufsausübung, wie die Durchführung der Heilpraktikerkenntnisüberprüfungen, Treffen von Aktenlageentscheidungen für die Erlaubniserteilung einer beschränkten Tätigkeit der Heilkunde, Arzneimittelüberwachung freiverkäuflicher Arzneimittel im Einzelhandel und die Beglaubigung von Bescheinigungen zur Mitnahme von Betäubungsmitteln bei Auslandsreisen.

Die Medizinalaufsicht ist darauf ausgerichtet, dass niemand unerlaubt die Heilkunde ausübt oder unerlaubt eine Berufsbezeichnung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens führt. Daher werden Personen überprüft, die berufs- oder gewerbsmäßig Tätigkeiten ausüben, die der Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden beim Menschen dienen, auch wenn sie im Dienst von anderen ausgeübt wird (Definition nach § 1 Abs. 2 des Heilpraktikergesetzes).

Das Gesundheitsamt der Hanse- und Universitätsstadt Rostock führt eine Medizinalkartei über die zugelassenen Personen in ihrem Zuständigkeitsbereich. Außerdem werden im Rahmen von Kontrollen berufsausübungsrechtliche Anzeigepflichten und die Einhaltung der beruflichen Befugnisse überwacht. Im Falle von Befugnisüberschreitungen kann die Berufsausübung eingeschränkt oder sogar verboten werden.

Einen großen Anteil der Tätigkeit im Sachgebiet nehmen die Heilpraktikerkenntnisüberprüfung und deren Vorbereitung ein. Die Aufgabe zur Ausführung dieser halbjährlichen Überprüfung ist den Gesundheitsämtern gesetzlich vorgegeben. Sie finden mit einer fast bundeseinheitlichen Prüfung (mit Ausnahme der Teilnahme des Bundeslandes Schleswig-Holstein) am selben Tag, zur selben Uhrzeit, statt. Es erfordert ganzjährig einen hohen Zeit- und großen Studienaufwand, diese Überprüfungen realisieren zu können.

Bis zum 31. Dezember 2022 ist das Gesundheitsamt Ansbach im Landkreis Mittelfranken noch für die Koordinierung der Fragenkataloge zuständig. Das Gesundheitsamt Rostock ist Ansprechpartner für das Gesundheitsamt Ansbach und hat den Auftrag, in MV diesbezüglich zu koordinieren.

Dazu gehören die regelmäßigen Besprechungen. Im Raum Süddeutschland finden dazu Tagungen statt mit Vertretern aller Gesundheitsämter, die an der fast bundesweiten Überprüfung teilnehmen und klären, welche Fragen in den endgültigen Katalog eingegliedert werden. Dem voraus erfolgt gewöhnlich kurzfristig die Sichtung der möglichen Fragenkataloge, die stets 70 bis 100 Fragen der einzelnen Fachrichtungen enthalten.

Mit der Teilnahme an der (fast) bundeseinheitlichen Überprüfung ergibt sich die Verpflichtung dieser Ämter, an der Erarbeitung von Prüfungsfragen mitzuarbeiten. Die Zuarbeit von fünf schriftlichen HP-Fragen inklusive Quellenangaben für den Fragenkatalog pro Halbjahr je Gesundheitsamt wird erwartet.

Ungefähr vier bis sechs Wochen vor einem Prüfungstermin erhält das Gesundheitsamt Rostock je ein Exemplar Prüfungsfragen aus Ansbach. Diese werden kopiert und an die beteiligten Gesundheitsämter in MV versendet. Diese wiederum vervielfältigen die Fragen anschließend je nach Bedarf entsprechend der Teilnehmerzahl an den Prüfungen. Momentan prüfen in Mecklenburg-Vorpommern lediglich das Gesundheitsamt der Hanse- und Universitätsstadt Rostock im März und das Gesundheitsamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte im Oktober.

In der Bundesrepublik Deutschland gilt in der jeweils aktuellen Fassung das Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) vom 17. Februar 1939 mit der Durchführungsverordnung zum Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) HeilprGDV vom 18. Februar 1939. Das Gesetz wurde nach 2001 zuletzt 2016 verändert.

Die Berufsbezeichnung wurde damit institutionalisiert und genehmigungspflichtig. Trotz der Regelung des Berufes war das Heilpraktikergesetz von 1939 ursprünglich als „Aussterbegesetz“ für den Berufsstand des Heilpraktikers geplant.

Die Aufarbeitung und Novellierung wäre angesichts eines 83-jährigen Gesetzes wünschenswert.

Das Heilpraktikerwesen könnte neu strukturiert werden, um klare Abgrenzungen der Tätigkeitsgebiete zu bestimmen.

Man unterscheidet den Allgemeinen Heilpraktiker („großer Heilpraktiker“), Heilpraktiker, beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie („kleiner Heilpraktiker“) und die sektoralen Heilprakti-

DIE EHEMALIGE

SABINE SCHMIDT ERINNERT SICH:

Nach dem Abschluss der „Medizinischen Fachschule“ in Rostock mit der staatlichen Anerkennung „Große Krankenpflege“ arbeitete ich im stationären Bereich als Krankenschwester im Schichtsystem auf der septischen Station in der „Universitäts-Frauenklinik Rostock“. Ab 1. Januar 1989 hatte ich die Möglichkeit, beim „Rat der Stadt Rostock“, Abteilung „Gesundheits- und Sozialwesen“, als Sachbearbeiterin eine Tätigkeit im Sachgebiet „Organisation des Gesundheitswesens“ aufzunehmen.

Ich sah diese nur als eine günstige Überbrückungsvariante an, da es mein Wunsch war, zukünftig wieder stationär als Krankenschwester zu arbeiten. Insbesondere die stellvertretende Kreisärztin, Dr. med. Renate Oschatz, führte mich mit viel Geduld, Schritt für Schritt in die für mich bis dahin unbekannte Arbeitswelt ein, die mir wider Erwarten Freude machte. Daneben gefielen mir die vorwiegend jungen Mitarbeiterinnen, die mich freundlich, neugierig und sehr hilfsbereit in ihren Kreis aufnahmen. Ab 1990 wurden wir alle von neuen Aufgaben „überrollt“. Die dafür notwendigen neuen Arbeitsstrukturen entstanden unter beratender Mithilfe des Bremer Gesundheitsamtes. Angst vor Arbeitslosigkeit machte sich breit. Bis dahin bestehende Sachgebiete wurden aufgelöst, Mitarbeiter entlassen. Neue Gesetze sollten sofort angewendet werden. Diesbezügliche Nachschlagewerke fehlten jedoch, ebenso Internet und PC.

Das erste „Grüne Gehirn“ als Gesetzessammlung und Basis für die Arbeit eines Gesundheitsamtes war die Spende einer Familie aus dem Süden der Bundesrepublik. Diese Gesetzessammlung studierte ich ausgiebig. So entwickelte ich ein annäherndes Gefühl für die Rechtsanwendung im täglichen Gebrauch und konnte erstes erlesenes Wissen daraus weitergeben.

1991 erhielt ich den Auftrag, an einer Ausbildung zur „Verwaltungsfachangestellte“ mit Berufsab-

ker, beschränkt auf das Gebiet der Podologie, Physiotherapie und Ergotherapie sowie die sektoralen Entscheidungen nach Aktenlage. Eine komplett bundeseinheitliche Überprüfung der Heilpraktikeranwärter wäre ebenfalls indiziert. Das Sachgebiet Medizinalaufsicht/Heilpraktikerprüfung wurde über die Jahre hinweg mit viel Erfahrung durch Sabine Schmidt vertreten.

schluss teilzunehmen. Im Verlauf meiner Tätigkeit am Gesundheitsamt war ich froh, dass ich diesen erfolgreich absolviert hatte.

Meine neue Abteilung war nach der Strukturumwandlung die „Abteilung Sozialmedizin/Amtsärztlicher Dienst“, mein Sachgebiet nannte sich „Medizinalaufsicht“.

Nach der Auflösung von Polikliniken und Betriebsambulanzen war es erforderlich, dass sich unsere gut ausgebildeten Ärzt/innen mit ihren Krankenschwestern privat „niederlassen“ konnten.

Ebenso erging es den Apotheken, die nun „abgewickelt“ und privatisiert werden sollten. Die Körperschaften Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung und Apothekenkammer waren in MV zu diesem Zeitpunkt noch nicht etabliert.

Also erhielt ich die Aufgabe, die Anzeigen auf einen Niederlassungswunsch hinsichtlich der beruflichen Eignung „zu überprüfen“. Später übernahmen diese benannten Körperschaften die „erste und zweite Berufsüberwachung“.

Wir als Kommune waren dann nur noch die „dritte Berufsaufsichtsbehörde“ für die Bereiche Apotheken, Ärzteschaft und Psychotherapeuten im ambulanten niedergelassenen Gesundheitswesen.

Für die nichtakademischen Gesundheitsfachberufe, z. B. Physiotherapeut/innen, Logopäd/innen, Hebammen, Ergotherapeut/innen und Krankenpfleger/innen war das Gesundheitsamt von Anfang an die „erste Berufsaufsichtsbehörde“.

Genauere Kenntnisse der Heilberufsgesetze musste ich mir aneignen. Mit einigen Berufsverbänden entstand eine gute Zusammenarbeit. Ich merkte schnell, dass ein Erfahrungsaustausch mit anderen Gesundheitsämtern hilfreich war.

Eine quantitative Überforderung spürte ich mehr und mehr, da ich vielfach auf mich allein gestellt war. Ich hätte damals gut eine Mitarbeiterin für mein Sachgebiet gebrauchen können.

Eine Weiterbildung auf dem Gebiet der Berufsaufsicht gab es in der ganzen Bundesrepublik nicht. So nahm ich mit Unterstützung der Amtsleitung an einigen artfremden Weiterbildungen der Gesundheitsakademie in Düsseldorf teil, um mit anderen Mitarbeiter/innen der Gesundheitsämter ins Gespräch zu kommen.

Parallel lagen mir inzwischen viele An- und Ummeldungen von Niederlassungen vor. Es wurde immer unübersichtlicher. Ein Computer wurde notwendig. Schneller als gedacht, stand einer auf meinem Schreibtisch.

Ahnung hatte ich weder von Word, noch von Access oder von Excel. Also musste ich Kurse besuchen. Ohne Schreibmaschinenkenntnisse war das gar nicht so einfach. Bei der Entwicklung eines Erfassungsprogrammes für die Berufsaufsicht erhielt ich Unterstützung durch unsere IT-Abteilung. Nun folgten viele Überstunden für die PC Erfassung aller niedergelassenen Berufsgruppen der Gesundheitsfachberufe.

Für die folgenden Jahre war dieser zeitaufwendige Einsatz absolut nützlich. So konnte ich ggf. schnell über die etablierte, aktuelle ambulante Gesundheitsstruktur in Rostock berichten, wie z. B. bei der Absicherung von Veranstaltungen, Evakuierungsmaßnahmen bei Bombenentschärfung, Pandemie und Ähnlichem.

Bald stellte sich auch die erste Heilpraktikerin mit einem Abschluss bei mir vor. Sie war gleichzeitig Leiterin der neuen Paracelsus-Schule in Rostock, die nunmehr Heilpraktiker/innen ausbildete.

Was war nun eigentlich „Heilkunde“, welchen Unterschied gab es zu den „Heilpraktikern beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie“, was war eine „Aktenlageentscheidung“?

Der Kollegenkreis aus anderen Gesundheitsämtern in MV nahm Kontakt zu mir auf, um in einen Erfahrungsaustausch zu treten.

Da entstand die Idee, eine Arbeitsgruppe „Medizinalaufsicht“ zu bilden. Das Gesundheitsamt Rostock war dabei federführend. Wir gewannen dafür

die neuen Fachleute aus dem Sozialministerium MV, u. a. auch Mitarbeiter/innen mit juristischem Sachverstand. Endlich entwickelte sich die Medizinalaufsicht in MV mit Richtlinien und Formularen. Nun machte die Arbeit wieder Spaß.

Als immer mehr Heilpraktiker/innen auf unterschiedlichen Gebieten ausgebildet wurden, beauftragte das Sozialministerium MV auch unser Gesundheitsamt, Heilpraktikeranwärter/innen amtsärztlich zu überprüfen. Wir begannen 2006 mit der Kenntnisüberprüfung der „Heilpraktiker, beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie“. Zwei Jahre später folgte die sogenannte „Große Heilpraktikerkenntnisüberprüfung“.

Zunächst entwickelten wir eigene Prüfungsfragen, stellten jedoch fest, dass diese nicht rechtssicher waren, wir Widerspruchsverfahren und Gerichtsverfahren verloren oder im Vergleich endeten.

Deshalb schlossen wir uns den bundeseinheitlichen Prüfungsfragen für die Kenntnisüberprüfung der Heilpraktikeranwärter (erstellt durch das Gesundheitsamt Ansbach/Mittelfranken) gegen ein Entgelt an.

Im Verlauf meiner Tätigkeit wechselten häufig die Amtsärzte und deren Stellvertreter, die auch jeweils meine Abteilungsleiter waren. Trotzdem gab es immer wieder von allen große Unterstützung bei der Erledigung meiner Aufgaben.

Am beständigsten, konstruktivsten und erfolgreichsten war jedoch die am längsten dauernde Zusammenarbeit mit Dr. med. Markus Schwarz, der vorher auch mein Abteilungsleiter war.

Im Alter von 62 Jahren beendete ich meine berufliche Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen.

Ein Jahr vorher durfte ich eine interessierte junge Mitarbeiterin, Melanie Köpke, einarbeiten.

Meinen beruflichen Werdegang konnte ich damit abschließen und erleichtert in meinen Ruhestand gehen. Letztlich habe ich es nicht mehr bereut, meinen anfänglichen Wunsch als stationäre Krankenschwester zu arbeiten, aufgegeben zu haben.

Ich blicke auf arbeitsreiche, ereignisreiche, erfolgreiche und erfüllte Arbeitsjahre im Gesundheitsamt zurück und hatte das Glück, nie arbeitslos zu sein.

Seit 2021 trägt nun Melanie Köpke Verantwortung für diesen Bereich.

DIE JETZIGE

MELANIE KÖPKE, DIE NACHFOLGERIN VON SABINE SCHMIDT, FÜGT HINZU:

Seit dem 11. Oktober 2021 bin ich offiziell mit dem Posten der Sachbearbeiterin Medizinalaufsicht im Gesundheitsamt der Hanse- und Universitätsstadt Rostock betraut. Ich hatte das große Glück, eine Einarbeitung von der vorherigen Stelleninhaberin Sabine Schmidt zu erfahren, was ja eine Seltenheit im Öffentlichen Dienst darstellt.

Meine Reise im Gesundheitsamt fing als Elternzeitvertretung „Arzthelferin“ am 15. März 2018 in der Abteilung Sozialmedizin/Amtsärztlicher Dienst an. Dadurch kam ich in den Kontakt mit dem Bereich der Medizinalaufsicht und durfte, sofern es meine Tätigkeit zuließ, mich ein wenig in dieses Gebiet einlesen und mitarbeiten. Der Sprung ins kalte Wasser ergab sich im Oktober 2018, durch eine Krankheitsvertretung, die Aufsicht und Organisation der schriftlichen und mündlichen Heilpraktikerkenntnisüberprüfungen an beiden Prüfungstagen.

Ich fand an diesem Tätigkeitsfeld Gefallen und bekam durch das Wohlwollen des Amtsleiters Dr. Schwarz, der Verwaltungsleitung Karin Marquardt und meiner Abteilungsleitung Caroline Traue die Gelegenheit, mich weiterhin Stück für Stück in das breitgefächerte Gebiet der Medizinalaufsicht einzuarbeiten, zumal das Ausscheiden der Stelleninhaberin aus dem Berufsleben unmittelbar bevorstand.

Um mir das fehlende Verwaltungswissen anzueignen, nahm ich an einem schriftlichen und mündlichen Auswahlverfahren der Stadtverwaltung teil und bekam einen der begehrten Plätze an der Fachhochschule für öffentliche Verwaltung, Polizei und Rechtspflege in Güstrow.

Perspektivisch freue ich mich unter anderem auf die Netzwerkarbeit im Rahmen der Berufsaufsicht mit den verschiedensten Ansprechpartnern in den kommenden Jahren.

Das Sachgebiet der Medizinalstatistik ist ebenso seit Konstituierung des Gesundheitsamtes Rostock im Jahr 1991 der Abteilung II zugeordnet mit einer für die Kommune verantwortlichen Sichtung und Kontrolle der Todesbescheinigungen hier verstorbener Bürgerinnen und Bürger sowie die Initiierung einer weiteren Auswertung mit entsprechender Thematik an anderem Ort.

5.3 MEDIZINALSTATISTIK

CATRIN SCHUMACHER

Die Medizinalstatistik dient der Kontrolle der Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen bei der Ausstellung und beim weiteren Umgang mit Todesbescheinigungen. Dazu gehört auch die Vorbereitung der Einleitung rechtlicher Schritte bei Ordnungswidrigkeiten bzw. Gesetzesverstößen. Dabei finden eine Kontrolle, Vervollständigung und Registratur aller Daten zur Todesursachenstatistik in amtsübergreifender Zusammenarbeit mit dem Sozialministerium, Landesamt für innere Verwaltung/Statistisches Amt, zentralem Krebsregister und anderen Stellen statt. Zuarbeit wird geleistet auf Anfrage für Renten- und Versicherungsansprüche. Hinterbliebene werden zu medizinischen und rechtlichen Fragen beraten. Weitere Aufgaben sind das Ausstellen von Leichenpässen, Bescheinigungen zur Überführung oder Exhumierungen Verstorbener. Des Weiteren wird die Medizinalstatistik im Verantwortungsbereich des Gesundheitsamtes koordiniert, und ausgewählte Daten werden für die Gesundheitsberichterstattung aufbereitet und ausgewertet.

Stellvertretend für die diversen Angaben zur regionalen Todesursachenstatistik sei eine – aus Sicht des Gesundheitsamtes – bedenkliche Entwicklung der enormen Reduktion der über die Jahre hinweg realisierten Obduktionen/Sektionen der hiesig Verstorbenen (Abb. 1). Hier gilt es, aus verschiedenen Gründen gegenzusteuern!

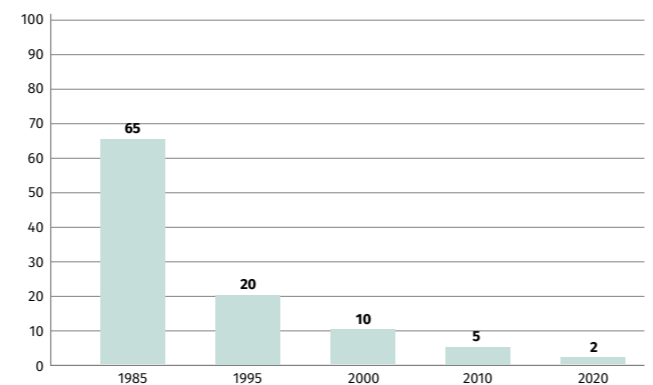


Abb. 1 Anzahl der Sektionen/Obduktionen der in Rostock Verstorbenen in % im Verlauf der letzten 30 Jahre, Quelle: Gesundheitsamt

Seit Arbeitsaufnahme des Rostocker Gesundheitsamtes verantwortet Catrin Schumacher das Sachgebiet „Medizinalstatistik“. Wie reflektiert sie ihren Werdegang im Öffentlichen Gesundheitsdienst?

DIE JETZIGE

CATRIN SCHUMACHER SCHREIBT:

Von 1976 bis 1979 habe ich am Bezirkskrankenhaus Rostock Südstadt und an der Medizinischen Fachschule Greifswald eine Ausbildung zur Medizinisch-Technischen Laborassistentin gemacht, später dann noch eine Qualifizierung zur Medizinisch-Technischen Fachassistentin für Klinische Chemie. Bis 1986 war ich in diesem Beruf am Südstadtklinikum tätig.

Von 1984 bis 1989 war ich Mitglied der Rostocker Stadtverordnetenversammlung (das ist vergleichbar mit der heutigen Bürgerschaft der Stadt). In der „Ständigen Kommission Jugendarbeit, Körperkultur und Sport“ hatte ich bereits viele Kontakte mit den Ämtern beim Rat der Stadt Rostock.

1986 fragte die stellvertretende Kreisärztin, Dr. Renate Oschatz an, ob ich an einer Tätigkeit beim Rat der Stadt Rostock, Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen interessiert wäre. Ich habe die vielseitige Arbeit im Labor des Klinikums sehr geliebt, war aber auch neugierig auf die möglichen neuen Aufgaben in der Verwaltung, zudem machten es persönliche Gründe notwendig, aus dem 3-Schicht-System auszusteigen – so nahm ich das Angebot im Oktober 1986 an.

Ich wurde dem Sachgebiet OGS – Organisation des Gesundheitswesens – zugeordnet; eine Abteilung, die aus heutiger Sicht eine Mischung aus Medizinalaufsicht, Sozialpsychiatrischer Dienst und Verwaltung war. Meine Aufgabengebiete wurden die Todesursachenstatistik und die Jugendarbeit, vor allem die Organisation der MMM („Messe der Meister von Morgen“) – und Neuererbewegung (ähnelt dem heutigen Betrieblichen Vorschlagswesen) in den Bereichen des Gesundheitswesens in der Stadt Rostock. Dazu gehörte auch die Organisation jährlicher Messen, auf denen die Arbeiten der Jugendlichen aller medizinischen Einrichtungen ausgestellt wurden.

1989 – die WENDE – für mich persönlich eine sehr schwere Zeit. Alles war auf einmal anders, viele aus meiner Familie verloren ihre Arbeit, auch im Rathaus standen viele Stellen auf der Kippe, keiner wusste, wie es weitergehen sollte. Der „Runde Tisch“, an dem viele von uns als Vertreter der Be-

hörden auftraten, zeigte, wie viel Unzufriedenheit, ja sogar Wut auf „die Ämter“ – die „Obrigkeit“ und die bestehenden Verhältnisse im Land da waren.

Alles ordnete sich neu, mit Hilfe des Bremer Gesundheitsamtes wurden neue Strukturen aufgebaut und 1991 das neue Gesundheitsamt Rostock gegründet. Die heute bestehenden Abteilungen wurden damals angepasst an bestehende Strukturen und neu gebildet.

„Meine“ Totenscheine blieben mir erhalten – in meinen 36 Jahren Gesundheitsamt sind davon ca. 110.000 durch meine Hände gegangen – allerdings mussten die gesetzlichen Grundlagen für MV neu geschrieben werden.

1990 gab es auf dem Gebiet der ehemaligen DDR eine Generalamnestie für Strafgefangene. An die Haftentlassenen wurde ein Neustart-Kredit von 2.000 D-Mark gezahlt, die Prüfung des Bedarfs im persönlichen Gespräch mit den Betroffenen wurde eine meiner neuen zeitweiligen Aufgaben.

Daraus wiederum ergab sich der Kontakt mit sozial Gestrauchelten, Alkoholkranken und psychisch Erkrankten – somit war ich dann für etwa zwei Jahre der damals noch nicht existierende Sozialpsychiatrische Dienst und organisierte so gut als möglich Betreuung, Unterbringung und Wiedereingliederung der Klient/innen. Später wurde mein Aufgabengebiet der Abteilung Amtsärztlicher Dienst zugeordnet.

1992 bekam unser Amt aus einer der aufgelösten Polikliniken einen Computer. Ich hatte das Glück, ihn für meine Arbeit nutzen zu können – das war der Start für den Aufbau der IT-gestützten Arbeit des Gesundheitsamtes. Ich hatte keine Angst vor der neuen Technik – und somit wurde ich die IT-Koordinatorin des Amtes. Heute haben alle Mitarbeitenden Zugang zu moderner Technik; Rechner, Laptops, Tablets, Mobiltelefone, Videokonferenzen und mobiles Arbeiten sind an der Tagesordnung.

Ich habe in meinen bisher 36 Jahren Gesundheitsamt viele Kolleg/innen kommen und gehen gesehen, bisher sieben Amtsärzte erlebt, mehrfach die Abteilung wechseln müssen – mal sehen, was noch so passiert.

In der ebenso der Abteilung Sozialmedizin/Amtsärztlicher Dienst zugeordneten Beratungsstelle für onkologische Patienten, chronisch kranke und behinderte Menschen wird der sozialmedizinische Aspekt der Abteilung sehr offenkundig. Als Beratungsstelle, die jedem Bürger, jeder Bürgerin offensteht, werden in zunehmender Zahl unterstützende, konkrete Hilfsangebote – nicht selten für die Gruppe der Betroffenen in einer persönlichen Notlage – für die Region Rostock vorgestellt bzw. vermittelt.

Für die Zukunft ist geplant, für isoliert und alleinlebende Bewohnerinnen und Bewohner dieser Stadt, die selbst aktiv über keine nutzbaren Wege ins medizinische Versorgungssystem Rostocks mehr finden, eine entsprechende „soziale Assistenz“ zu offerieren.

5.4 BERATUNGSSTELLE FÜR ONKOLOGISCHE PATIENTEN, CHRONISCH KRANKE UND BEHINDERTE MENSCHEN

CAROLINE TRAUJE, VERENA KLEIN

Die Beratungsstelle für onkologische Patienten, chronisch kranke und behinderte Menschen, die aus dem ehemaligen Städtischen Rehabilitationszentrum hervorgegangen ist, hat die Aufgabe, drohende oder bereits eingetretene Behinderung frühzeitig zu erfassen, vorbeugende beziehungsweise gezielte Behandlungsmaßnahmen einzuleiten, die nachsorgende Betreuung im Zusammenhang mit ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen, den Leistungsträgern der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege, Selbsthilfegruppen und Institutionen, die der gesellschaftlichen und beruflichen Eingliederung dienen, sicher zu stellen. Sie bietet eine kostenlose und der Schweigepflicht unterliegende Beratung an, wobei die Klient/innen und deren Angehörige informiert und begleitet werden können. Sie unterstützt bei sozialer und psychischer Stabilisierung sowie bei der Aktivierung von Selbsthilfepotentialen. Das Leistungsangebot ist mit seinen Möglichkeiten einer aufsuchenden und nachgehenden Fürsorge im Spektrum der Beratungsformen für diese Klientel ein wichtiger Bestandteil. Hilfestellung wird bei persönlichen, familiären und beruflichen Problemen in Form der Krisenintervention geleistet. Außerdem erhalten die Klient/innen Beratung und Unterstützung bei Anträgen, sie bekommen Informationen über zustehende soziale Leistungen wie Erwerbsminderungsrente, Hilfsmittel, Pflegeleistungen, Rehabilitationsmaßnahmen, Schwerbehindertenausweis, Wohngeld, Grundsicherung, Arbeitslosengeld, Krankengeld und Rente. Auf deren Wunsch nehmen die Mitarbeiterinnen der

Beratungsstelle auch Kontakt zu Ärzten und Institutionen wie Behörden, Krankenkassen und weiteren Trägern auf.

DIE EHEMALIGE VERENA KLEIN, ÜBER VIELE JAHRE HINWEG LEITERIN DER BERATUNGSSTELLE, ERINNERT SICH:

In Magdeburg geboren und dort bis zu meinem 27. Lebensjahr gewohnt, absolvierte ich in dieser Zeit meinen zehnjährigen Schulbesuch und eine Fachschulausbildung zur Kinderkrankenschwester, die ich 1979 beendete. Ich arbeitete nur kurz in meinem Beruf, da 1980 unser Sohn geboren wurde und ich nicht im Schichtdienst arbeiten wollte. Nach zwei Jahren startete ich wieder in das Berufsleben, unter anderem als Krippenerzieherin, als Brigadierin im Hauswirtschaftsdienst der Volkssolidarität und als stellvertretende Oberschwester.

1987 zog ich aus privaten Gründen nach Rostock und begann in der damaligen Stadtverwaltung im Wohnungsamt zu arbeiten. Nach drei Jahren wechselte ich dann in das Jugendamt der Hansestadt Rostock. Dort wurde ich als Sozialpädagogin in der Abteilung Jugendförderung und Fachberatung angestellt. Als endlich ein berufsbegleitendes Fachhochschulstudium der Sozialpädagogik/Sozialarbeit in den neuen Bundesländern angeboten wurde, bewarb ich mich sofort. Nach Beendigung dieses Studiums blieb ich bis 2006 weiterhin im Jugendamt. Aufgrund von Umstrukturierungen im Amt und dem damit verbundenen Stellenabbau in unserer Abteilung begann ich, mich nach einer neuen Tätigkeit und neuen Herausforderungen umzusehen.

Zu diesem Zeitpunkt wurden zwei Sozialpädagog/innen im Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock gesucht. Mich interessierte die Arbeit in der Beratungsstelle für onkologische Patienten, chronisch kranke und behinderte Menschen in der Abteilung Amtsärztlicher Dienst. Meiner Meinung nach brachte ich durch die Ausbildung als Kinderkrankenschwester und Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin für diese Stelle gute Voraussetzungen mit.

Die Beratungsstelle war mit zwei Planstellen ausgestattet, welche der Abteilung Amtsärztlicher Dienst unterstellt waren. Beide Kolleginnen hatten die gleiche Stellenbeschreibung. Unsere Aufgaben waren sehr vielfältig und umfangreich. Sie umfassten unter anderem die Beratung zum Anspruch auf Krebshilfe, Schwerbehinderung, Arbeitslosengeld I und II, Rentenversicherung, Pflege- und Krankenversicherung, Hilfsmittel, Rehabilitation und hauswirtschaftliche Hilfen.

Schon kurz nach Beginn meiner Tätigkeit spürte ich, dass meine Vorstellungen teilweise falsch waren und ich mein Wissen über die verschiedensten Erkrankungen und Hilfsmöglichkeiten für die Klient/innen erweitern musste. Aber der Begriff „Beratungsstelle“ hatte mich in die Irre geführt. Ich stellte fest, dass neben der reinen Beratung vor allem aufsuchende Sozialarbeit dringend notwendig war. Auch die Bedarfe nach psychosozialer Beratung der Klient/innen hatte ich unterschätzt.

Unsere Klienten kamen aus allen Schichten der Bevölkerung. Aber vor allem gering gebildete Menschen mit niedrigen Einkommen und ohne soziales Umfeld benötigten Hilfe, um ihre Ansprüche durchzusetzen. Das hieß z. B., erst einmal in der Häuslichkeit, Papiere zu ordnen, um überhaupt einen Antrag stellen zu können oder mit der Amtstierärztin verwarhloste Hunde unterzubringen. Damit Hilfen durch uns installiert werden konnten, war es notwendig, mit den verschiedensten Ämtern und Behörden, nichtstaatlichen Organisationen, Ärzt/innen, Pflege- und Hauswirtschaftsdiensten, Vermietern, Sozialpädagog/innen, Angehörigen und vielen anderen zusammenzuarbeiten.

Einen großen Stellenwert meiner Arbeit nahm die psychosoziale Beratung ein. Manche Klient/innen begleitete ich auf die Palliativstation, in das Hospiz oder in der Häuslichkeit, bis zu ihrem Lebensende. Onkologische Patient/innen benötigen besondere Aufmerksamkeit. Ihre Belastung auf Grund der Diagnose ist sehr hoch. Für alltägliche Aufgaben fehlt die Kraft und, auf Grund der notwendigen Behandlungen, die Zeit. Oft sind Lebenskonzepte zu überdenken und neue zu entwickeln. Hier wird Hilfe benötigt, die zeit- und kraftaufwendig ist. Um diese Arbeit bestmöglich bewältigen zu können, bemühte ich mich um eine Weiterbildung. Mir

wurde die Weiterbildung psychosoziale Onkologie beim WPO e. V., ermöglicht, welche durch die Deutsche Krebsgesellschaft zertifiziert wird, um mit onkologischen Patient/innen noch professioneller zu arbeiten.

Im Dezember 2021 beendete ich nach 15 Jahren meine Arbeit im Gesundheitsamt der Hanse- und Universitätsstadt Rostock. Nach langer Krankheit ging ich aus gesundheitlichen Gründen in die Rente.

Ich konnte vielen Menschen in schwierigen Lebenslagen Hilfe anbieten und Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Erkrankungen geben. Oft empfand ich Hochachtung vor den Klient/innen beim Umgang mit ihren Lebenssituationen, und ich konnte von ihnen lernen. Ich habe die Anbindung der Beratungsstelle für onkologische Patienten, chronisch kranke und behinderte Menschen an das Gesundheitsamt immer sehr positiv gesehen. Durch die Unterstützung von Kolleg/innen aus anderen Ämtern und damit verbundene kurze Informationswege konnten Hilfen teilweise schnell realisiert werden. Oft habe ich mir auf Grund unserer hohen Arbeitsbelastung gewünscht, dass die Beratungsstelle personell aufgestockt und die digitalen Arbeitsbedingungen ausgebaut würden.

Rückblickend hat mich die Arbeit im Gesundheitsamt ausgefüllt und mir große Freude bereitet. Ich erhielt immer Wertschätzung, Unterstützung und fachlichen Rat durch meine Abteilungsleiterinnen, Dipl.- Med. Marianne Bielke, Dr. med. Anja Rutzen, Caroline Traue und vor allem auch durch den Amtsleiter, Dr. med. Markus Schwarz.

Dafür meinen herzlichen Dank, Verena Klein

5.5 SOZIALMEDIZIN/AMTSÄRZTLICHER DIENST – EINE PERSÖNLICHE BETRACHTUNG DER ABTEILUNGSLEITERIN

CAROLINE TRAUÉ

1974 bin ich in Mainz geboren worden. Nach meinem Abitur trat ich 1994 als Sanitätssofiziersanwärterin in die Bundesmarine ein. Im Verlauf meiner Dienstzeit wurde ich zur Fachärztin für Allgemeinmedizin ausgebildet und nahm u. a. an Einsätzen im Kosovo und Mali teil. Meine Verpflichtungszeit endete im August 2017 am Standort Rostock, anschließend begann ich meine Tätigkeit im Gesundheitsamt Rostock als Abteilungsleiterin des Amtsärztlichen Dienstes/Sozialmedizin.

Ein halbes Jahr vor meinem Beginn als Abteilungsleiterin und Amtsärztin im Gesundheitsamt übernahm Simone Oldenburg, aus der Klinik kommend, die eine schon längere Zeit vakante Stelle der Amtsärztin. Zuvor war die Abteilung über einen längeren Zeitraum nicht mehr ärztlich besetzt gewesen. Die dringlichen und unaufschiebbaren Aufgaben wurde zu dieser Zeit vom Amtsleiter Dr. Markus Schwarz übernommen, der sie auch in die wichtigsten Aufgaben einwies und mich, da ich zu einem Zeitpunkt im Gesundheitsamt begann, als Simone Oldenburg im Urlaub war. Zu Beginn meiner Tätigkeit bekam ich große Unterstützung durch Stefanie Wagner, Arzthelferin der Abteilung. Trotzdem musste ich mir sehr viele Fertigkeiten zunächst durch intensive Literaturrecherche und eigene Erfahrungen aneignen, dabei konnte ich aber sehr stark auf meine Berufserfahrung, die ich als Ärztin bei der Bundeswehr v. a. im Bereich der Begutachtung und in der Truppenarztsprechstunde gesammelt hatte, zurückgreifen.

Leider entsprach die Stellenbesetzung bisher noch nie dem Soll der ursprünglich im Stellenplan verankerten Stellenpositionen. Daher musste bisher in allen Bereichen der Abteilung eine Priorisierung der Aufgaben stattfinden.

Die Stellenaufstockung auf drei Sozialarbeiter/innen in der Beratungsstelle für onkologische Patienten, chronisch kranke und behinderte Menschen wurde durch den zunehmenden Beratungsbedarf der Rostocker Bürger/innen und der demographischen Bevölkerungsveränderung notwendig. Aufgrund von Krankheit und Elternzeit ist es aber bisher nicht gelungen, die Beratungsleistung mit drei Mitarbeiter/innen zu gewährleisten, so dass weiterhin die Arbeit kaum zu realisieren ist.

Generell die Abteilung II betreffend, stellen Sonderaufgaben wie z. B. im Rahmen der Coronapandemie und die Aufgaben, die sich aus der einrichtungsbezogenen Impfpflicht ergeben, eine nicht zu verachtende Erschwernis dar, eigene originäre Aufgaben zu erledigen.

Der Bereich Sozialmedizin/Amtsärztlicher Dienst ist extrem vielseitig in den Aufgabenbereichen und den zu begutachtenden Aufträgen. Sehr sinnhaft sind die Begutachtungen im Rahmen der Eingliederungshilfe und die Fragestellungen des Sozialamtes. Menschen ohne Lobby, die ohne diese Anträge wenig Unterstützung bekämen, profitieren ebenso von der Expertise der Beratungsstelle und einem mittlerweile aufgebauten Netzwerk aus verschiedenen Ärzt/innen, Therapeut/innen und Einrichtungen. Die Stellung des Amtsarztes ermöglicht eine schnelle und kollegiale Kontaktaufnahme mit Ärzten, Ämtern und Einrichtungen, so dass häufig schnelle und pragmatische Lösungen für die Betroffenen gefunden werden können.

Problematisch sehe ich die Stellung des Amtsarztes in Fragen der Prüfungsunfähigkeit. Da wir hier ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von niedergelassenen Kollegen auf Richtigkeit im Sinne einer Prüfungsunfähigkeit überprüfen müssen, suggeriert dies, dass hausärztliche Gutachten Gefälligkeitsgutachten im Sinne des Patienten sind. Leider entbehren viele Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen jeglicher medizinischen Grundlage. Dies ist auch im Zusammenhang mit Überweisungen, Attesten und Stellungnahmen im Rahmen anderer gesetzlicher Vorgaben wie dem Asylbewerberleistungsgesetz zu beobachten, wobei hierbei dann der Amtsarzt, der die Leistung als „außerhalb“ der gesetzlichen Regelung bewertet, nicht selten als Leistungsverweigerer dasteht.

5.6. DIE EHEMALIGEN ERINNERN SICH

Drei ehemalige Amtsärztinnen, allesamt tätig in der Abteilung „Sozialmedizin/Amtsärztlicher Dienst“ zu deutlich differenten Zeiten, nehmen Stellung:

DR. MED. RENATE OSCHATZ (1983–2005) VON DER STELLVERTRETENDEN KREISÄRZTIN ZUR AMTSÄRZTIN IM GESUNDHEITSAMT ROSTOCK

Als ich am 22. September 1982 während einer angiologischen Untersuchung in der Abteilung für kardiovaskuläre Diagnostik der Radiologischen Universitätsklinik mit Sitz in der Klinik für Innere Medizin durch einen Anruf aus dem Sekretariat des Kreisarztes mit der Einladung zu einem Gespräch unterbrochen wurde, ahnte ich zu diesem Zeitpunkt noch nicht, dass sich mein Berufsweg in den kommenden Monaten drastisch ändern sollte...

Bis zu diesem Ereignis hatte ich kaum etwas von der Existenz eines Kreisarztes gewusst, geschweige denn von dessen Aufgaben und Funktion. War doch nach dem Staatsexamen mein medizinischer Weiterbildungsweg ausschließlich an universitären Einrichtungen des Bereiches Medizin an der Universität Rostock erfolgt. Es blieb wenig Zeit zum Nachdenken über den Anlass des Gespräches, da ich zeitnah noch am gleichen Tag beim Kreisarzt vorstellig wurde. Meine Gedanken verdichteten sich dahin, ob ich möglicherweise durch ärztliches Fehlverhalten grobe Fehler begangen hatte, wie z. B. das Ausstellen eines fehlerhaften Rezeptes?? Letztendlich verliefen all meine grüblerischen Gedankenspiele ergebnislos. Im Gesprächsverlauf wurde dann schnell durch den Kreisarzt, Dr. Rolf Herrmann, das Anliegen formuliert. Die Planstelle für den stellvertretenden Kreisarzt war vakant, es ging um die Neubesetzung. Wie Paukenschläge klang es in meinen Ohren, als ich vernahm, dass das breit gefächerte Aufgabengebiet des Kreisarztes die Durchsetzung der gesundheitspolitischen Aufgaben im kommunalen Gesundheitswesen der Stadt Rostock beinhaltet. Schwer beeindruckt von den vorgebrachten allgemeinen gesundheitspolitischen Grundsatzaufgaben, muss ich mich wohl sehr zurückhaltend, nachdenklich und abwartend verhalten haben. Lag doch meine geplante berufliche Perspektive eindeutig im universitären Bereich. Die Promotion B war in Vorbereitung.

Die Facultas docendi (Lehrbefähigung) für den Facharzt Radiologie/Röntgendiagnostik hatte ich am 8. Oktober 1975 erworben. Wissenschaftliche Publikationen waren eingereicht, Vorträge und Vorlesungen gehalten worden. Zum Schluss bat ich mir Bedenkzeit aus. Nach Abwägung des Für und Wider, einige enge Freunde und Bekannte rieten mir dringend ab, die Funktion des stellvertretenden Kreisarztes zu übernehmen, da das eine „Mädchen-für-alles“ – Funktion sei, und der Versuch, meine weitere berufliche Perspektive am Bereich Medizin realistisch einzuschätzen, gab ich am 13. Oktober 1982 meine verbindliche Zusage zur Übernahme der Funktion. Am 1. April 1983 wurde ich dann zur stellvertretenden Kreisärztin beim Rat der Stadt Rostock, Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen, berufen.

Nicht unerwähnt bleiben soll in diesem Kontext, dass bei dieser Entscheidungsfindung, die mich persönlich schwer belastete, da aufgebaute, bislang erstrebenswerte Berufsziele plötzlich aufgegeben wurden, auch den Ausschlag gegeben hat, dass mein prekäres Wohnungsproblem möglicherweise durch den neuen Arbeitgeber gelöst werden könnte, was in den 18 Jahren Universitätszugehörigkeit nicht möglich gewesen war.

Die Übernahme meines neuen Aufgabengebietes glich einem Sprung ins kalte Wasser. Musste ich mich doch sehr rasch in das vielfältige neue Aufgabengebiet hineinfinden und sofort agieren. Anfangs blieb kaum Zeit zur Aneignung von Grundwissen auf dem Gebiet des Gesundheits- und Sozialwesens. Sofort mussten Arbeitsgruppen geleitet, an Planungen mitgearbeitet, Beschlussvorlagen vorbereitet werden und, und, und ... Diese äußerst intensive, praktisch orientierte Lehrzeit überschritt normalerweise immer das Pensum eines regulären Achtstundentages. Bereits ein Jahr später, 1984/85, musste ich als amtierender Kreisarzt fungieren, da Dr. Rolf Herrmann am 22. Moskauer WHO-Lehrgang teilnahm. Fachspezifische Kenntnisse im Gesundheits- und Sozialwesen konnte ich

durch Teilnahme am 3. Lehrgang des Zusatzstudiums für Kreisarztfunktion an der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Berlin 1985/86 erwerben. Die qualitativ gut vermittelten Lehrinhalte waren für mich später im Berufsalltag eine wertvolle Hilfe in der Ausübung der stellvertretenden Kreisarztfunktion.

Die Ereignisse im Herbst 1989 haben sich in der Erinnerung bei mir nicht nur in politischer Hinsicht deutlich eingepreßt, sondern v. a. auch durch das enorme außergewöhnliche Arbeitspensum. Die zahlreichen organisierten Dialogveranstaltungen stellten aus inhaltlicher und logistischer Sicht hohe Anforderungen an die Fachabteilungsleitung des Gesundheits- und Sozialwesens. Viel Zeit, Mühe und Kraft musste auch bei der Nachbereitung dieser politisch brisanten Veranstaltungen aufgebracht werden. Mit der Herausbildung neuer Strukturen in der Stadtverwaltung nach der Wiedervereinigung 1990 auf dem Gebiet des ehemaligen Gesundheits- und Sozialwesens der DDR entstand das Gesundheits- und Sozialamt.

Konzipiert wurden die für uns fremden Verwaltungsstrukturen mit Unterstützung von erfahrenen Mitarbeitern aus den alten Bundesländern, die durch Amtshilfe versuchten, uns beim Aufbau des Gesundheits- und Sozialamtes zu begleiten. Für die Besetzung der Planstellen in den neuen Ämtern lagen zahlreiche Bewerbungen vor, da im Zuge der Wiedervereinigung im kommunalen Gesundheitswesen durch Auflösung und Zerfall DDR-typischer Einrichtungen zahlreiche Arbeitsplätze wegfielen und viele berufserfahrene, qualifizierte Mitarbeiter sozusagen von heute auf morgen auf der Suche nach neuen Beschäftigungen waren. Während aus der ehemaligen Fachabteilung des Gesundheits- und Sozialwesens beim Rat der Stadt ein Mitarbeiterstamm in das neu gegründete Gesundheits- und Sozialamt wechselte, suchten und fanden einige Mitarbeiter neue Beschäftigungsverhältnisse.

Letztendlich ist rückblickend festzuhalten, dass es zum damaligen Zeitpunkt keine Schwierigkeiten gab, die neuen Amtsstrukturen personell zu untersetzen.

Aufgrund meiner stellvertretenden Kreisarzt-tätigkeit mit Schwerpunkt sozialer Aufgaben-

bereiche fungierte ich vordergründig bei der konzeptionellen Strukturentwicklung des Sozialamtes mit und war von Mai 1990 bis März 1991 amtierende stellvertretende Leiterin des Sozialamtes. Erst bei einer Hospitation im Bremer Sozialamt wurde mir bewusst, dass eine Leitungsfunktion einer Ärztin in einem Sozialamt nach bundesdeutschen Gepflogenheiten undenkbar war. Kurze Zeit später wurde dieser Umstand auch korrigiert, und ab März 1991 wurde ich dann offiziell Mitarbeiterin im Gesundheitsamt.

Zunächst vor allem mit sozialmedizinischen Begutachtungen für Hilfeempfänger des Sozialamtes beschäftigt, ergab sich spätestens 1993/94 die Notwendigkeit zu amtsärztlichen Begutachtungen im amtsärztlichen Dienst. Mein Tätigkeitsprofil erhielt damit eine deutliche allgemein sozialmedizinische Prägung. Durch kollegiales Miteinander gelang mir mit Unterstützung meiner „Amtsschwester“, Dipl.-Med. Marianne Bielke, ein schnelles Einarbeiten. Nun gab es im amtsärztlichen Dienst zwei Untersuchungsteams, die den Ansturm der Untersuchungsaufträge besonders in Hinblick der Verbeamtungen zu beherrschen versuchten. Was nach anfänglichen Schwierigkeiten schließlich auch gelang. Zu meinem Untersuchungsteam gehörte Gerda Brunsendorf, ausgebildete Krankenschwester mit professionellen Fähigkeiten zum Maschinenschreiben. Zum damaligen Zeitpunkt war ein ärztlicher Mitarbeiter immer auf einen Maschineschreibkundigen angewiesen. Bezüglich der freien Gutachten gab es immer viel zu schreiben.

Im Nachhinein gebührt meiner ehemaligen Mitarbeiterin, Gerda Brunsendorf, ein großes Dankeschön für das unermüdliche Abtippen meiner Skripten. Die Tätigkeit im amtsärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes zeigte sich rückblickend als vielschichtiges, breit gefächertes, interessantes Aufgabenspektrum. Wenngleich sich im Laufe der Zeit eine gewisse Routine einstellte, so sorgten neue Aufgabenstellungen doch immer wieder für Herausforderungen. Die 90er-Jahre waren auch geprägt durch eine Vielzahl von Angeboten sozialmedizinischer Fortbildungsveranstaltungen. In Abhängigkeit von den anstehenden aktuellen Untersuchungsaufträgen machte ich davon reichlich Gebrauch, erweiterten die Fortbildungsveranstaltungen ja nicht nur den fachlichen Horizont.

Interessant waren für mich dabei auch immer die sogenannten Pausengespräche mit Kolleginnen und Kollegen aus den alten Bundesländern. Nicht selten erfuhr man dabei auch verblüffte Anerkennung über die Tatsache, wie wir das wohl so schnell geschafft hätten nach bundesdeutscher Sozialgesetzgebung zu entscheiden und zu begutachten.

Nach Festigung der Strukturen im Amt und deren personeller Besetzung stellte sich für uns ein gut eingespielter Routineamtsalltag ein. Persönlich habe ich in den 15 Jahren Amtszugehörigkeit meine klar definierten Arbeitsaufgaben immer als eine Herausforderung gesehen. Regelmäßige interdisziplinäre wöchentliche Zusammenkünfte, initiiert unter der Federführung von Dipl.- Med. Marianne Bielke, trugen zum fachlichen Austauschdialog und zur Entscheidungsfindung in problematisch schwierigen Begutachtungsfällen bei. Sicherlich sehr positiv hat sich in dieser Epoche aber auch ausgewirkt, dass wir Mitarbeitenden des Gesundheitsamtes prinzipiell alle gut miteinander auskamen. Es wurde sich untereinander noch ausgetauscht, verständnisvoll zugehört, aber auch mitunter emphatisch diskutiert. Noch fand sich Zeit, nach dem Mittagessen gemeinsam einen Kaffee zu trinken. Zu den Geburtstagen wurde gratuliert und eine kleine Geburtstagsrunde bei Kaffee und Kuchen organisiert. Nun bin ich die Letzte, die dem Feiern im Amt das Wort reden möchte. Aber im maßvollen Rahmen abgehalten, sind solche Zusammenkünfte der Mitarbeitende von unschätzbarem Wert für ein gesundes Arbeitsklima.

Mit 65 Jahren, am 1. April 2005, musste ich meine Tätigkeit im Gesundheitsamt beenden. Damit waren arbeitsrechtlich die Möglichkeiten, im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig zu sein, ausgereizt. Auf das Ausscheiden aus dem Berufsleben war ich innerlich vorbereitet; so schmerzhaft wehmütig einerseits, so freudig, neugierig gespannt in Hinblick des Erlebens eines neuen Lebensabschnittes, des sogenannten Ruhestandes, war ich andererseits. Endlich Zeit zu haben für Dinge, die man schon immer einmal ausprobieren wollte. In den erlebten Ruhestandsjahren hat sich bei mir vor allem das Kleingärtnern als echtes Hobby herausgebildet. Das in Wohnnähe gelegene Gärtchen bietet genügend Freiraum, um die Seele baumeln zu

lassen. Gerade in Pandemiezeiten ist solch ein Rückzugs- und Erholungsort von unschätzbarem Wert.

Zum Schluss die Kardinalfrage „Quo vadis Gesundheitsamt“? Ich fühle mich überfordert, nach 17-jähriger Ruhestandszeit fachlich fundiert die Frage zu beantworten. Nur so viel: Es muss auch zukünftig ein Gesundheitsamt vor Ort in zentraler Lage in Rostock geben. Die Leitung des Gesundheitsamtes sollte meines Erachtens einem Arzt oder einer Ärztin vorbehalten sein. Inwieweit das Aufgabenspektrum des Gesundheitsamtes in Zukunft auch noch so breit gefächert sein muss wie bisher, wäre zumindest einer konzeptionellen Bestandsaufnahme und kritischer Bilanz wert, um möglicherweise Schwerpunktaufgaben neu zu formulieren, wie z. B. auf dem Gebiet der Hygiene. Wäre dies nicht eine konsequente Lehre aus der Corona-Pandemie?

**STADTMEDIZINALOBERRÄTIN
DIPL.-MED. MARIANNE BIELKE (1992–2013)
TÄTIG ALS VERBEAMTETE ÄRZTLICHE KOLLEGIN**

Am 11. Mai 1950 wurde Marianne Bielke (geb. Rüter) in der alten Mecklenburgischen Vorstadt Parchim geboren und wuchs – man würde nach alter Manier sagen – in „behüteten Verhältnissen“ in der Familie, zusammen mit einem jüngeren Bruder, auf. Nicht unwichtig zu erwähnen ist es, dass ein angeborenes Hüft-/Wirbelsäulenleiden nicht nur eine verzögerte Bewegungsentwicklung als Kleinkind beobachten ließ, sondern auch dazu führte, dass bereits ab 1951 ständig Klinikaufenthalte in der Universität Rostock mit diversen operativen Eingriffen erforderlich waren; Rostock selbst wurde so zur Wahlheimat.

Immer in Sorge, den Ansprüchen der „gesunden Welt“ nicht genügen zu können, trotz einer überaus schnellen Auffassungsgabe, führte dazu, dass aus eigenem Verzicht Angebote, einzelne Klassenstufen zu überspringen oder den Besuch der Erweiterten Oberschule zu avisieren, nicht realisiert wurden, hatte sie doch in der Schule trotz Behinderung und Sportverbot Freunde gefunden.

Mit 16 Jahren, von 1966 bis 1969, besuchte Marianne Bielke die Medizinische Fachschule in

Schwerin und erwarb dort vorfristig die staatliche Anerkennung als Säuglings- und Kinderkrankenschwester. Zeitgleich zur Berufsausbildung absolvierte sie an der EOS Goethe-Schule am Pfaffenteich in Schwerin die Voraussetzungen zum Erwerb des Reifezeugnisses. Erste Berufserfahrungen sammelte Marianne Bielke bereits zu dieser Zeit im Bezirkskrankenhaus Schwerin. Die Zulassung zum Studium der Humanmedizin erlangte sie an der „Ernst-Moritz-Arndt-Universität“ in der Stadt Greifswald für das Jahr 1970. Die Ein-Jahres-Vakanz nutzte sie, um an der Universitäts-Kinderklinik Greifswald neue Erfahrungen zu erlangen und in ihrem Beruf zu arbeiten. Der Umgang mit den jüngsten Kindern machte ihr sichtlich Freude, kein Wunder also, dass Marianne Bielke als alleinstehende Schwester für viele Haupt- und Ersatzdienste zur Verfügung stehen musste.

Waren noch die ersten Jahre bis zum Physikum von Selbstzweifeln geprägt, die ungeheure Menge an naturwissenschaftlichen Daten und Fakten überhaupt akquirieren zu können, zeigte sich während der universitären klinischen Ausbildungsjahre, dass die Wahl des Studienganges die richtige Entscheidung gewesen war. Während des Studiums folgten Heirat und die Geburt des ersten Kindes. Zielgerichtet, auch während des Studiums, begann Marianne Bielke mit einem Thema aus der Geburtshilfe das Promotionsverfahren, welches auch beendet wurde. Jedoch setzten Weisungen einer DDR-Hochschulreform unter dem Einfluss des Ministeriums für Gesundheitswesen, die nunmehr einen akademischen Grad Dipl.-Med. für alle Humanmediziner/innen vorsahen, mit dieser Maßnahme die intendierte Promotion herab.

Mit der Approbation zur Ärztin begann die Suche nach einem Ausbildungsplatz zum Erwerb der Facharztanerkennung für Physiotherapie. Zusammen mit ihrem Ehemann, der die Allgemeinmedizin Ausbildung fokussierte, versuchte sie, den „Sehnsuchtsort Rostock“ als Ausbildungsplatz realisieren zu können. Letztlich war es hier die desolate Wohnraumsituation, die einen „Strich durch die Planung“ machte: Die Lenkung und Leitung der beiden „Jungmediziner“ führte nach Bad Salzelmen/Schönebeck, südlich von Magdeburg gelegen. Von 1975 bis 1979 wurden die entsprechenden Ausbildungsinhalte dort in ihren vielen Facetten absolviert. 1979 gelang die Übersiedlung nach Rostock und die Arbeitsauf-

nahme als Ärztin in Weiterbildung in der Poliklinik „Salvador Allende“ in Rostock-Lütten Klein. Der schmerzliche Verlust des Ehemannes 1980, die Facharzt-Prüfungen für „Physiotherapie“ (1982) und für „Allgemeinmedizin“ (1984) lassen heute nur noch erahnen, von welcher großen psychischen und physischen Belastungen der Beginn der Rostocker Tätigkeit für Dipl.-Med. Marianne Bielke begleitet war. Neben dem „normalen poliklinischen Dienstbetrieb“ einer Allgemeinarztpraxis im einwohnerstarken Lütten Klein galt es bis 1988, auch Einsätze der SMH (Schnellen Medizinischen Hilfe) nach Dienstschluss mit den familiären Verpflichtungen zu garantieren. Ende der achtziger Jahre erfolgte dann der Wechsel in das Betriebsgesundheitswesen für Klein- und Mittelbetriebe in der Stadt Rostock – eine Arbeitsaufgabe, die zumindest mit weniger Dienstobliegenheiten für eine alleinerziehende Mutter zweier Schulkinder verbunden war, aber den Abschluss als „Betriebsarzt“ notwendig machte. Als Leiterin der Sanitätsstelle für HO-Gaststätten der Stadt Rostock war Marianne Bielke dann bis zum April 1991 beschäftigt, eine Anstellung, die nach der Vereinigung beider deutscher Staaten im Jahre 1990 ihre „Existenzberechtigung“ verloren hatte. Noch in den Jahren des Umbruchs konnte sie die Zusatzbezeichnungen „Naturheilverfahren“ sowie „Balneologie und medizinische Klimatologie“ absolvieren.

Trotz dieser hohen Qualifikation bot sich zunächst unter den Bedingungen einer Neuordnung der Medizinalinfrastruktur und den Bedingungen der Marktwirtschaft in Rostock keine Beschäftigungsalternative. Wegen des chronischen Hüftleidens war die Möglichkeit der Niederlassung selbst für Frau Bielke versperrt. Um unter diesen schwierigen Bedingungen das Leben der Familie zu garantieren, nutzte sie das Angebot des Kurortes Warnemünde vom April 1991 bis September 1992 als Badeärztin im Kurhaus des Ortes eine Krankheitslinderung der chronisch kranken Gäste zu begleiten.

Letztlich waren dann im September 1992 ihre Bemühungen, am sich etablierenden Gesundheitsamt der Stadt Rostock eine Anstellung zu finden, von Erfolg gekrönt. Zusammen mit der Abteilungsleiterin, Dr. Ingrid Müller, Dr. Renate Oschatz und später auch unter (teilweiser) Mitwirkung von DM Monika Wennendorf (Arbeitsmedizin) wurde die Abteilung Amtsärztlicher Dienst/Sozialmedizin aufgebaut und für den Sektor der amtsärztlichen

Begutachtung von Marianne Bielke verantwortet.

Von 1999 bis 2002 übernahm Dr. Sabine Bitter die Leitung der Amtsärztlichen Abteilung, von 2002 bis 2005 folgte kommissarisch Marianne Bielke auf diesen Posten.

Letztlich – aus großem zeitlichen Abstand gesehen – kann Dipl.-Med. Marianne Bielke einschätzen, dass die Tätigkeit in der Abteilung genau den Vorstellungen von einer gutachterlichen, integrierenden Tätigkeit entsprach. Diverse Gutachtenformen (Diensttauglichkeiten, Arbeitsfähigkeiten, Prüfungs-, Reise- und Hafttauglichkeiten sowie Pflegebegutachtungen in der Häuslichkeit etc.) zu bearbeiten, verschiedene Gutachtennormen gemäß unterschiedlicher Rechtsgrundlagen zu bedienen und die Verflechtung zu anderen Gutachten erstellenden Abteilungen vorzunehmen, war Herausforderung und Freude am Handeln zugleich. Über Jahre hinweg leitete sie die Gutachterrunde des Gesundheitsamtes Rostock. Als nachfolgender Abteilungsleiter für den Amtsärztlichen Dienst/ Sozialmedizin des hiesigen Amtes (von 2005 bis zum Jahre 2011) kann ich (M. Schwarz) feststellen, dass die Zusammenarbeit in der Abteilung, das umfangreiche interdisziplinäre gutachterliche Wissen von Frau DM Bielke nutzend, für jede Kollegin, jeden Kollegen eine große Bereicherung war. In unzähligen komplexen gutachterlichen Entscheidungen war der Rat von Marianne Bielke von außerordentlichem Wert! Noch heute ist Kollegin Bielke ob der erfahrenen beruflichen Vielfalt dankbar, im Gesundheitsamt tätig gewesen zu sein.

Als Stadtmedizinaloberrätin schied Dipl.-Med. Marianne Bielke Ende Mai 2013 aus dem Gesundheitsamt aus. Trotz der „gewonnenen Freiheit“ darf sie aus heutiger Sicht betonen, dass es für alle werdenden Rentner/innen nach einem Berufsleben mit vielfältigen Aufgabenstellungen schon eine große Herausforderung ist, den neuen Lebensabschnitt sinnvoll zu strukturieren und die Stellung innerhalb der Gesellschaft und der Familie neu zu finden. Förderlich dafür waren ihr eine neue, seit nunmehr 40 Jahren, bestehende Partnerschaft und spätere Ehe sowie die Freude an den Familien der Tochter und des Sohnes mit den inzwischen drei erwachsenen Enkeln.

Transkript im März 2022, Dr. Markus Schwarz

DR. MED. ANJA MONIKA RUTZEN (2009–2015) ERFAHRUNGSBERICHT DER AMTSÄRZTIN UND ABTEILUNGSLEITERIN

Ich bin Hausärztin, in Baden-Württemberg geboren und aus familiären Gründen häufig umgezogen.

Bis zu meiner Tätigkeit im Gesundheitsamt Rostock habe ich in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens gearbeitet:

Nach meinem Studium in Bochum und Berlin war ich mehrere Jahre in Berlin und Toulouse (Frankreich) an akademischen Lehrkrankenhäusern und Unikliniken in allen Bereichen der Inneren Medizin als Assistenz- und Stationsärztin tätig. Unterschiedliche Fachgebiete und Erfahrungen, u. a. in der Notfallmedizin, der Reise- und Impfmedizin, dem Gutachterwesen und der Somnologie sowie der Forensik und der Gerontopsychiatrie kamen so zustande.

Mit der Familiengründung führte mich mein Weg auch in die Arbeitsmedizin, spezialisiert auf medizinische Begutachtungen.

In Berlin betreute ich als Betriebsärztin die AOK, den Cornelsen-Verlag und Finanzämter, spezialisiert auf Mediation in der Arbeitsmedizin. Halbtags war mir eine Praxistätigkeit als Hausärztin möglich. Nach Rostock zog ich aus familiären Gründen, hier war ich als stellvertretende Truppenärztin bei der Bundeswehr am Fliegerhorst Laage, gutachterlich bei der Rentenversicherung Bund und für die Seediensttauglichkeiten bei der Knappschaft-Bahn-See tätig.

Anschließend ging ich in die Niederlassung als Hausärztin in der Rostocker Innenstadt.

Zu diesem Zeitpunkt erkrankte mein ältestes Kind schwer. Zur Aufrechterhaltung der familiären Strukturen bei einem freiberuflich tätigen Ehemann suchte ich nach einer Tätigkeit als Ärztin im Öffentlichen Dienst.

TÄTIGKEIT IM GESUNDHEITSAMT

Zum Rostocker Gesundheitsamt kam ich über eine Stellenanzeige in der Tageszeitung. Ich bewarb mich und wurde zum Vorstellungsgespräch ein-

geladen. Hinsichtlich meiner Erwartungen an eine Fachverwaltung mit einer vielfältigen Tätigkeit inmitten einer Vielzahl qualifizierter Berufsgruppen wurde ich im Gespräch zunächst enttäuscht, so dass ich die Bewerbung zurückzog. Auch störte mich, als Angestellte beschäftigt und neben der fehlenden kurativen Tätigkeit wegen der Tarifautonomie auch noch unterbezahlt zu werden. Nach ausführlichen Gesprächen mit der Abteilungsleiterin Organisation, Karin Marquardt, und Dr. med. Markus Schwarz, dem Amtsleiter, konnte dann eine Situation mit abwechslungsreicher Perspektive für mich geschaffen werden, so dass ich im November 2009 meine Arbeitsstelle am Gesundheitsamt Rostock antrat. Der Einkommensunterschied wurde angepasst, und die Arbeit im Amtsärztlichen Dienst konnte wesentlich Interessanteres beinhalten, als ich mir vorgestellt hatte.

Hierzu hat vor allem Dr. med. Markus Schwarz beigetragen. Durch ihn war eine abteilungsübergreifende ärztliche Tätigkeit möglich, ebenso ein fachlicher Austausch auf aktuellem und hohem Niveau mit Einbeziehung und Transparenz – soweit möglich – der stadtpolitischen Verwaltungsabläufe. Ich begann also meine Tätigkeit als Ärztin im Amtsärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes Rostock im November 2009 und setzte sie sechs Monate später als Abteilungsleiterin bis zum Sommer 2015 fort.

ENTWICKLUNG EINER NEUEN STRUKTUR DER ABTEILUNG SOZIALMEDIZIN/AMTSÄRZTLICHER DIENST
Bereits bei der Deutschen Rentenversicherung Bund bzw. der Knappschaft-Bahn-See war ich in Rostock im Öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen. Die Tätigkeit als Rentengutachterin dort kann allerdings nicht mit dem Amtsärztlichen Dienst im Gesundheitsamt Rostock verglichen werden.

Nach der Eingewöhnungsphase mit freundlicher Unterstützung der Mitarbeiterinnen meiner Abteilung wurde mir klar, dass es sich bei diesem Gesundheitsamt neben den offiziellen Funktionen um eine Einrichtung mit sozialkompensatorischen Leistungen handelte, eine Art Auffangeinrichtung für „übrig gebliebene Gesundheitsaufgaben“ und Probleme, die das Gesundheitssystem nicht erfasste und bewältigen konnte.

Ich stellte schnell fest, wer als Arzt im Öffentlichen Gesundheitsdienst der Hansestadt Rostock arbeitet, braucht ein gutes Selbstbewusstsein, eine gute Toleranz der Hilflosigkeit des Systems gegenüber, ein hohes Verantwortungsbewusstsein gegenüber dem gesprochenen und geschriebenen Wort sowie hohe fachliche- und Sozialkompetenz.

Im Amtsärztlichen Dienst lag der Tätigkeitsschwerpunkt auf Begutachtungen verschiedenster Klienten zu jeglichem Anlass. Begutachtet wurde hier, unter vielem anderen, zu Fragen der Dienstfähigkeit und Verbeamtung, Reisefähigkeit von Asylsuchenden hinsichtlich Rückführung, Haft- und Verhandlungsfähigkeit von Delinquenten, Sportunfähigkeit und Prüfungsfähigkeit von Auszubildenden, Arbeitsunfähigkeit von Studierenden – ebenso die medizinische Plausibilität von Verordnungen von medizinischen Hilfsmitteln, Medikamenten, medizinischen Behandlungen, Umzügen, behinderungsgerechter Wohnungsumbauten, Transportmittel inklusive Behindertenfahrrädern, Autos, Sicherheitsgurte, persönlicher Budgets und deren Verwendung, Pflegestufen, Treppenhilfen, u. v. a. m.

Die Beauftragung erfolgte jeweils durch andere Ämter und Behörden, speziell dem Sozialamt, den Gerichten etc.

Oft wurden Dolmetscher/innen oder Betreuer/innen und Familienangehörige für die Begutachtungsgespräche benötigt. Manche Begutachtungen erforderten im Vorfeld regelrechte Detektivarbeit.

Medizinisch-fachlichen Austausch zwischen den Abteilungen fand ich bei den wöchentlichen Gutachterrunden, wo interdisziplinäre Fälle vorgestellt und besprochen wurden.

Das Gutachten selbst lag natürlich in der eigenen Verantwortung des jeweiligen ärztlichen Gutachters, aber der kollegiale Austausch erleichterte manchmal Entscheidungen, die interdisziplinäres Wissen und Erfahrung nötig machen.

Hier zeigte sich, wie abwechslungsreich und anspruchsvoll der ÖGD hinsichtlich der Begutachtungen sein konnte, vom kleinsten Begutachtungsanlass bis hin zu existenzsichernden Fragestellungen.

Zur Ergänzung des klinischen Teils meiner Arbeit war mir neben den Tätigkeiten im Amtsärztlichen Dienst noch eine regelmäßige Mitarbeit in der Reise- und Impfsprechstunde sowie Beratung und Untersuchung in der Sprechstunde für sexuell übertragbare Infektionserkrankungen der Abteilung Hygiene möglich.

Später wurde dies noch ergänzt durch die Hafenärztliche Sprechstunde im Seemannsclub „Hollfast“.

Externe Begehungen und Beratungen wurden zusammen mit der Abteilung für übertragbare sexuelle Infektionskrankheiten erweitert, genauso wie die Sprechstunden für Untersuchung und Beratung in den Bordellen. Hier konnten wir nicht nur vor Ort Ordination und HIV-Tests anbieten, sondern auch dezentral in Stadtteil- und Begegnungszentren. Die Zusammenarbeit mit der Polizei hinsichtlich Minderjährigenarbeit und Kriminalität in der Sex-Worker-Szene wurde ausgebaut und strukturiert.

Im Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen bildete ich mich fort und nahm Teil an den ersten Schritten zu dessen Einführung in das Gesundheitsamt.

In Zusammenarbeit mit der Abteilung Hygiene begannen wir mit den ersten Sprechstunden für Asylsuchende in den Flüchtlingsunterkünften, organisierten hier die Unterstützung und Teilnahme der niedergelassenen Kolleg/innen unter Vernetzung mit Medinetz und vielen anderen.

Unter der Initiative des Amtsleiters arbeiteten die Abteilungen oft übergreifend und gut miteinander, die Hierarchie war flach strukturiert und die amtsinterne Kommunikation sicherlich „amtsüblich“ schnell.

ZEITPUNKT DES AUSSCHIEDENS – EIN RÜCKBLICK
Nach meiner schweren Erkrankung 2015 mit nachfolgender Berufsunfähigkeit und Berentung habe ich das Gesundheitsamt aus gesundheitlichen Gründen verlassen müssen.

Rückblickend möchte ich betonen, dass ich meine Tätigkeit am Gesundheitsamt entgegen aller Vorbehalte in meinem Umfeld als die Vielfältigste, Anspruchsvollste und Abwechslungsreichste in meinem bisherigen Lebenslauf empfinde.

Natürlich gibt es ein starres Gesundheitssystem und eine oft zweifelhafte Stadtpolitik. Im Gesundheitsamt Rostock ist unter dem Amtsleiter Dr. med. Markus Schwarz jedoch alles Menschenmögliche getan worden, diese Schwächen auszugleichen. Ich habe in dieser Zeit viel gelernt.

Es bestand eine erstaunliche Hilfsbereitschaft unter den Mitarbeiterinnen in meiner Abteilung, auch wenn ich zunächst „unsere erste Wessi-Ärztin überhaupt“ im wenig durchmischten Amt war. Ich bin ihnen zutiefst dankbar für die Zusammenarbeit, Unterstützung und Empathie, die mir auch und gerade in schwierigen Zeiten entgegengebracht wurde.

Mein spezieller Dank gilt dem Amtsleiter, Dr. med. Markus Schwarz, der mir fachlich und menschlich ein Vorbild war und der das für uns alle oft Unvorstellbare geschafft hat, unter oft schwierigen Bedingungen und bei unzureichendem Personalschlüssel und fehlender Außenakzeptanz aus dem Gesundheitsamt Rostock eine qualitativ hochwertige Koordinationsinstanz zur Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung für die Bürgerinnen und Bürger der größten Stadt in MV zu machen.

Modernisierungsziele sind häufig leider nur Maßnahmen zur Haushaltskonsolidierung, und viele Gesprächsrunden mit Politikern bestehen aus Selbstdarstellung und reiner Reformrhetorik.

Für das Gesundheitsamt – und den gesamten ÖGD – ist inzwischen die Effizienzfrage zur Existenzfrage geworden.

Die Pandemie zeigt drastisch den Stand des ÖGD. Es ist dringend notwendig, einen dauerhaft stabilen, funktionsfähigen und zielgerichteten öffentlichen Gesundheitsdienst zu erhalten und weiter zu entwickeln. Den ÖGD nur als Erfüllungsgehilfen der Politik zu verstehen, wie z. B. zur Realisierung einer Impfpflichtkontrolle, wäre ein trauriger Entwicklungsweg.

5.7 SACHGEBIET ARBEITSMEDIZIN (1991–2018)

Über viele Jahrzehnte hinweg wurde der Abteilung Sozialmedizin/Amtsärztlicher Dienst auch die Unterabteilung „Arbeitsmedizinischer Dienst“ der Stadtverwaltung Rostock zugeordnet, eine Besonderheit, die es in anderen Gesundheitsämtern der Bundesrepublik Deutschland so nicht gab!

Allein die betriebsärztliche Versorgung der Mitarbeitenden der Stadtverwaltung sollte nicht singular als „medizinische Einrichtung“ innerhalb der Verwaltungsstrukturen der Gebietskörperschaft fungieren, sondern aus sehr pragmatischen Gründen zusammen mit den (medizinischen) Strukturen des Gesundheitsamtes agieren.

Anfang der 90er-Jahre, zunächst für ein Jahr, wurde der Bereich Arbeitsmedizin in den Strukturen des Gesundheitsamtes von Dr. Birgit Freiburger geleitet, um dann erst wieder ab Ende 1995 (autark als Abt. VII, Arbeitssicherheit/Arbeitsmedizin) mit arbeitsmedizinischer Aufgabenstellung und dem Nichtmediziner Eckard Baumgarten als Abteilungsleiter zu bestehen. Nach seinem Ausscheiden in den Ruhestand übernahm ab Mitte 2004 Dipl.-Med. Monika Wenndorf den Bereich der Arbeitsmedizin, jetzt als Sachgebietsleiterin subsumiert, unter der Abteilung Sozialmedizin/Amtsärztlicher Dienst. Kollegin Wenndorf prägte über viele Jahre hinweg das „Gesicht der Abteilung“. Nach ihrem Ausscheiden im Sommer 2017 und der kurzen Periode arbeitsmedizinischer Aufgabenerfüllung in gesundheitsamtlichen Strukturen – im ersten Halbjahr 2018 – durch Henrike Pfeleiderer, erfolgte letztlich die Beendigung der Anbindung des Sachgebietes Arbeitsmedizin an das Gesundheitsamt.

Seit 2021 werden arbeitsmedizinische Aufgaben wieder, separiert von den Leistungen des Gesundheitsamtes, für die Angestellten und Beamten der Stadtverwaltung erbracht.

DIE EHEMALIGE

DIPL.-MED. MONIKA WENNDORF (1991–2017)

ERINNERT SICH:

1976 begann meine Ausbildung zum „Facharzt für Arbeitshygiene“ mit späterer offizieller Umbenennung in „Facharzt für Arbeitsmedizin“. Meine berufliche Tätigkeit startete ich im April 1983 als Betriebsbereichsärztin im Hafenzentralen Dienst, Ambulatorium Stadthafen, beim Medizinischen Dienst des Verkehrswesens (MDV), Direktion Schifffahrt. Zu meinen Aufgaben gehörte die komplette Betreuung von ca. 2.800 Beschäftigten der Seeverkehr- und Hafengewirtschaft im Sinne von Einstellungs- und Überwachungsuntersuchungen (Prophylaxe), kurativer Versorgung (Therapie) einschließlich Erster Hilfe vor Ort sowie Rehabilitation (z. B. Verfahren zur Kuranerkennung, einer Berufserkrankung und ggf. Arbeitsplatzwechsel).

1978 begann der Aufbau der Schnellen Medizinischen Hilfe (SMH) in Rostock, damit für mich verbunden auch monatliche Pflichteinsätze beim Dringenden Hausbesuchsdienst (DHD). Ab 1994 ergaben sich auch Bereitschaftsdienste im Hafenzentralen Dienst des Überseehafens mit funktionsärztlicher Beratung von Seeleuten auf Seeschiffen.

Mit den Arbeitsschwerpunkten Arbeitsplatzbegehungen, Begutachtung von Gefährdungspotentialen bei hoher Gesundheitsgefährdung (ökonomisch, physikalisch, physisch), auch Sanktionsmöglichkeiten, trat ich ab 1. Oktober 1988 als Fachärztin und Fachbereichsleiterin für Arbeitsmedizin in der Arbeitshygiene-Inspektion beim Rat der Stadt Rostock eine neue Tätigkeit an, die am 3. Dezember 1990 nach Auflösung dieser Einrichtung mit der Übernahme in den Senatsbereich Jugend, Gesundheit und Soziales fortgesetzt werden konnte. Ab 1. Mai 1991 gehörte ich offiziell zum Gesundheitsamt.

Im Rahmen der Städtepartnerschaft Rostock – Bremen ergaben sich schnell Kontakte zum Arbeitsmedizinischen Dienst der Hansestadt Bremen. Die dortige Leiterin, Frau Dr. Körner, selbst Mitte der 80er-Jahre vom MDV kommend, hatte einen effektiven Dienst aufgebaut und konnte mich umfangreich, insbesondere hinsichtlich der geltenden bundesdeutschen Gesetzeslage, beraten.

Konkrete Hilfeleistungen erfolgten bei der Beschaffung notwendiger Gerätetechnik, um erforderlichen Untersuchungsmodalitäten (z. B. bei der Feuerwehr, Forst- und Straßenarbeitern u. v. a. m.) entsprechen zu können. Zunächst erfolgte die räumliche Unterbringung in der Rostocker Johannesstraße 8, ein seit mehr als 100 Jahren in städtischem Besitz befindliches Haus mit großem geschichtlichen Hintergrund.

Das Aufgabenprofil als Fachärztin für Arbeitsmedizin umfasste Einstellungs- und Überwachungsuntersuchungen von Mitarbeiter/innen der Stadtverwaltung sowie des Zoos, Theaters, Finanzamtes und der Oberfinanzdirektion.

Der Umzug 1995 in das Verwaltungsgebäude der ehemaligen Neptunwerft (Werftstraße 6) brachte optimale räumliche Gegebenheiten für alle erforderlichen Untersuchungen, die Archivierung der Patientenakten unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Erfordernisse sowie direkten Kontakt zu den Fachkräften für Arbeitssicherheit.

In der Stadtverwaltung gründete sich ein Jahr später auf Initiative des Personalrates die Arbeitsgruppe „Suchtprävention“ mit einem niedrigschwelligen Angebot für Mitarbeiter/innen mit Suchtproblemen sowie Schulung der Führungskräfte zu Suchtentstehung und Umgang mit Betroffenen. Die Mitglieder der Gruppe waren divers, vielschichtig und sachkundig (trockene Alkoholiker, Psychologin, Betriebsarzt). Mit der Übernahme der AG „Suchtprävention“ durch die AG „Betriebliche Gesundheitsförderung“ erlosch die bis dato große Akzeptanz von Seiten der Mitarbeiter/innen der Stadtverwaltung.

Mit der Aufgabe des Verwaltungsstandortes Werftstraße 6 war im Jahre 2005 eine dramatische Umstrukturierung der bis dato autark organisierten arbeitsmedizinischen Untersuchungsstelle verbunden.

Personelle Veränderungen im Gesundheitsamt (Renteneintritt einer Amtsärztin mit Vollzeitstelle sowie der einzigen Untersuchungsassistentin im Arbeitsmedizinischen Dienst) hatten erhebliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Betriebsärztin. Das Bekanntwerden, dass die Betriebsarztstelle seit 1995 mit einem „KW-Vermerk“ versehen war, brachte zudem Verunsicherung.

Kompromisse zur Lösung der komplexen Problemstellungen wie Sicherung der betriebsärztlichen Untersuchungen der Mitarbeitenden in der Stadtverwaltung, Sicherung der amtsärztlichen Untersuchungen/Begutachtungen, vertraglich verankerte Regelungen unter Beachtung der jeweilig geltenden Befugnisse (u. a. Arbeitszeitregime 60 %/40 %, Personalkompetenz, Datenschutz/Patientenakte) waren unumgänglich.

Die Einbindung des Betriebsärztlichen/Arbeitsmedizinischen Dienstes ins Gesundheitsamt war nicht nur auf personeller Ebene eine große Herausforderung: Ein Jahr lang war er unter extrem beengten Bedingungen (ohne räumliche Geschlossenheit) im Haus I der St.-Georg-Straße 109 untergebracht.

Nach dem Umzug des gesamten Gesundheitsamtes in die ehemalige Kita in der Paulstraße 22 war zwar eine räumliche Abgeschlossenheit, aber keine Unterbringungsmöglichkeit für die Patienten- und Kundenakten im Sinne des Datenschutzes vorhanden.

Ein dritter Umzug innerhalb des Gebäudes in eine in sich geschlossene Räumlichkeit brachte in jeder Hinsicht optimale Bedingungen (Sanitärausstattung, Einhalten der Datenschutzbestimmungen für Akten).

Die insgesamt desolate personelle Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes spiegelte sich auch im Gesundheitsamt Rostock wider. In allen Abteilungen gab es personelle Engpässe bei zunehmenden Aufgaben. Zeitweise übernahm ich komplett die Erstellung von amtsärztlichen Untersuchungen und Begutachtungen mit der Folge einer erheblichen Reduktion gesetzlich notwendiger betriebsärztlicher Betreuungsleistungen, erhielt aber zu keinem Zeitpunkt eine adäquate Vertretung bei betriebsärztlichen/arbeitsmedizinischen Belangen.

Die Zunahme gesundheitlicher Probleme, auch im Sinne von Überlastungsreaktionen, bewegte mich letztlich zur Kündigung vor dem Renteneintrittsalter. Für mich war es eine außerordentlich schwierige Entscheidung im Bewusstsein bzw. mit der Befürchtung einer Abwicklung des Arbeitsmedizinischen Dienstes in der Stadtverwaltung Rostock und damit verbunden, das

„Alleinlassen“ der Mitarbeiter/innen nach 25 Jahren intensiver Betreuung.

Die Pandemie fungierte letztlich als Katalysator für die seit vielen Jahren bestehenden und bekannten, schwerwiegenden Defizite im Öffentlichen Gesundheitsdienst!

Politisches Unvermögen, ggf. auch Unwille, verhindert eine Würdigung bzw. Wertschätzung der geleisteten Arbeit. Eine Vernachlässigung von Ausbildung und Qualifikation betrifft nicht nur die ärztlichen Mitarbeitenden im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

*Auch die eklatante Herabwürdigung der Ärzte und Ärztinnen durch eine auffällige Vergütungsdifferenz mit einer Aberkennung der Gleichwertigkeit zu anderen Mediziner*innen in der Klinik oder Niederlassung kennzeichnet die Situation ebenso wie die zunehmend älteren Mitarbeitenden im Gesundheitsamt mit der Folge einer „natürlichen“ Ausdünnung (Rente, Krankheit) und damit Verschärfung der Gesamtsituation.*

Die ständige Überforderung und Überlastung, insbesondere jetzt, in der Pandemie, wo unzureichende personelle und technische Ausrüstung das Nachverfolgen von Infektionsketten verhindern, führt zum Teil zum völligen Erliegen anderer, auch gesetzlich fixierter Begutachtungsanforderungen (z. B. Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Sozialpsychiatrischer Dienst).

Meine Befürchtung für die Zukunft ist: Zurückbleiben eines „Rumpf-Amtes“ mit absolut nicht tauglichem Infektionsschutz, Ausgliederung bisheriger Aufgabenbereiche, z. B. Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Sozialpsychiatrischer Dienst und damit Übernahme seitens Niedergelassener bzw. anderer Institutionen außerhalb der öffentlichen Hand.



6.

HYGIENE UND INFEKTIONSSCHUTZ/ HAFENÄRZTLICHER DIENST (ABTEILUNG III)

KERSTIN NEUBER, MARKUS SCHWARZ

6.

HYGIENE UND INFektionSSCHUTZ/ HAFENÄRZTLICHER DIENST (ABTEILUNG III)

KERSTIN NEUBER, MARKUS SCHWARZ

6.1 DIE EHEMALIGE UND DIE JETZIGE

DIE EHEMALIGE

DR. MED. URSULA WERNER (1991–2001)

AUFBAU DER ABTEILUNG

Bis zum Beginn meiner Tätigkeit in der Kreishygieneinspektion (KHI) 1970 studierte ich zunächst Humanmedizin an der Universität Rostock, absolvierte 1965/66 im Kreiskrankenhaus Lübben die Pflichtassistentenzeit und anschließend bis 1970 eine Ausbildung an der Kinderklinik Rostock zur Fachärztin für Pädiatrie. Unmittelbar danach startete ich am 1. Mai 1970 mein Berufsleben als Kreisepidemiologin und Stellvertreterin des Leiters und Kreishygienearztes, Dr. med. Ottfried Schubert.

Die Epidemiologie der Infektionskrankheiten, ihre Erkennung, Verhütung und antiepidemische Maßnahmen, prophylaktische Gesundheitsfürsorge wie Impfungen waren für mich nun ein verantwortungsvolles Aufgabengebiet. Gemeinsam mit zwei Fachinspektor/innen für Infektionsschutz engagierten wir uns erfolgreich bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in Rostock. Die antiepidemische und kommunalhygienische Arbeit zur Durchsetzung bestehender gesetzlicher Bestimmungen erfolgte durch Kontrollmaßnahmen, Beratungen, Ermittlungen oder auch durch Bearbeitung von Eingaben. In den Sachgebieten Infektionsschutz, Kommunalhygiene, Impfwesen und Lebensmittelhygiene waren vorwiegend Hygiene- und Fachinspektor/innen beschäftigt. Die fachliche Anleitung und regelmäßige Fortbildung der Mitarbeiter erfolgte bis 1989 durch das Landeshygieneinstitut (LHI).

Mit der Gründung des Gesundheitsamtes im Februar 1991 wurde die Kreishygieneinspektion am 30. April 1991 nahtlos als Abt. III (Hygiene, Infektionsschutz und Umweltmedizin) übernommen, das ehemalige Sachgebiet Lebensmittelhygiene 1992 dem Veterinäramt, Abteilung Verbraucherschutz und Lebensmittelüberwachung zugeordnet. Eine Beratungsstelle für sexuell übertragbare Erkrankungen ergänzte das Spektrum der neuen Abteilung. Alle übernommenen Mitarbeiter/innen der KHI waren dankbar, dass sie ihre bisherige

Arbeit engagiert weiterführen konnten.

Die Pflichtaufgaben der Abt. III gleichen der Aufgabenstellung der ehemaligen KHI. Sie umfassten die Initiierung, Organisation und Koordination der fachlichen Aufgaben des Sachgebiets Infektionsschutz einschließlich Tuberkulosefürsorge, Beratungsstelle STD und AIDS (sexuell übertragbare Erkrankungen), Impfberatung und Tropenmedizin sowie Umweltmedizin und Hafenhgiene.

Gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) hatte ich als Abteilungsleiterin die Grundsatzangelegenheiten der Seuchenabwehr zu regeln, musste darüber hinaus als Fachberaterin im Katastrophenfall tätig werden und bei Epidemien und Erkrankungshäufungen die fachliche Anleitung der Gefahrenabwehr in der Kommune übernehmen, ebenso bei Trinkwasserhavarien und Umweltschäden mit gesundheitlicher Gefährdung.

Weitere Pflichtaufgaben sind wie folgt zu skizzieren:

- Erstellung von amtsärztlichen Zeugnissen auf gesetzlicher Grundlage
- Durchführung von Schutzimpfungen und tropenmedizinischen Beratungen für die Bevölkerung
- Sicherstellung des Hafenäztlichen Dienstes entsprechend den nationalen und internationalen Forderungen
- Koordinierung der Pilzberatertätigkeit in der Hansestadt Rostock als Aufgabe des ÖGD, einschließlich Mitwirkung bei der Aufklärung von Pilzvergiftungen
- Verantwortung für die Organisation der medizinischen Betreuung der Asylsuchenden in der Hansestadt Rostock.

Gern erinnere ich mich an meine damaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die durch ihr Wirken dafür sorgten, dass die erfolgreiche Arbeit der Abteilung sichtbar wurde.

Im Sachgebiet Infektionsschutz waren zwei Fachinspektorinnen für Infektionsschutz bis zu ihrem

Ausscheiden tätig. Zu ihren Aufgaben gehörten, bei meldepflichtigen Erkrankungen bzw. Erkrankungshäufungen Ursachen zu ermitteln, Untersuchungen anzuordnen, Absonderungsmaßnahmen und Quarantäne zu veranlassen. Durch jahrelange Erfahrungen und umfangreiches Wissen konnten Ruhr-, Salmonellen- und andere Erkrankungshäufungen rasch geklärt und erfolgreich bekämpft werden.

Im Sachgebiet Umweltmedizin war eine Diplom-Physikerin Sachgebietsleiterin. Ihr zur Seite standen eine Hygieneingenieurin und zwei Fachinspektorinnen für Kommunalhygiene. Ihr Aufgabenprofil umfasste Ursachenermittlung bei hygienisch-medizinischer Umweltbelastung, regelmäßige Probenahme von Bade- und Trinkwasser, Kontrollen und Beratungstätigkeit in hygienisch relevanten Einrichtungen wie Kindergärten und Schulen, Bearbeitung von Eingaben und gutachterliche Tätigkeit.

Die Impfstelle war neben der Abteilungsleiterin jahrelang auch durch Dr. med. Herbert Grunwald und Schwester Marion Voß besetzt. Es wurden für die Bevölkerung Schutzimpfungen verabreicht und zu tropenmedizinischen Fragestellungen beraten.

Die Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten (STD) und AIDS sicherten Dr. med. Fred Schumacher und Erika Kranold als Sozialarbeiterin ab. Zu ihren Aufgaben gehörten Beratungen und Untersuchungen der Bürgerinnen und Bürger sowie Hilfsangebote für Prostituierte.

In der Tuberkulosefürsorge arbeiteten Gudrun Hannes und Antje Haack. Bei Erkrankungen an Tuberkulose sicherten sie die Umgebungsuntersuchungen bei Kontaktpersonen und leiteten die erforderlichen Maßnahmen ein.

Der Hafenäztliche Dienst war durch Angela Helsper vertreten.

Die Abteilung Hygiene, Infektionsschutz und Umweltmedizin hat sich immer als Dienstleisterin für die Bevölkerung verstanden, Gesundheitsgefahren zu erkennen, erforderliche Maßnahmen auf gesetzlicher Basis einzuleiten und gewissenhaft umzusetzen. Durch qualifizierte Aus- und Weiterbildung sowie jahrelange Berufserfahrung konnte sowohl in der Kreishygieneinspektion als auch im Gesundheitsamt Rostock durch die Hygiene-, Fachinspektor/innen und Hygieneingenieur/innen hervorragende Arbeit geleistet werden.

Erfolgreiche antiepidemische Arbeit setzt qualifiziertes Personal voraus. Daher ist es unbedingt erforderlich, Fachpersonal auf den Gebieten Hygiene, Infektionsschutz und Umweltmedizin auszubilden.

20 Jahre nach meinem Ausscheiden am 31. Juli 2001 kann ich auf ein erfülltes Arbeitsleben zurückblicken. Entscheidend dazu beigetragen haben meine zuverlässigen und engagierten Mitarbeiter/innen, die ich als erfolgreiches Team zurückgelassen und in die guten Hände meiner Nachfolgerin übergeben habe.

DIE JETZIGE

DR. MED. KERSTIN NEUBER

FORTFÜHRUNG UND WEITERENTWICKLUNG AB 2002

Nach meinem Studium an der Friedrich-Schiller-Universität in Jena und an der Sanitär-hygienischen Fakultät des 1. Medizinischen Instituts I. M. Setschenov in Moskau nahm ich eine Tätigkeit als wissenschaftliche Assistentin auf und begann meine fünfjährige Ausbildung zur Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin am Institut für Allgemeine und Kommunale Hygiene der Universität Rostock, welches später in Institut für Gesundheitswissenschaften umbenannt wurde.

Obwohl mir die Tätigkeit in Laboren sowie in der Lehre Spaß machte und abwechslungsreich war, fehlte mir die Arbeit mit den Menschen. Ich hatte das Gefühl, dass sich eine immer größere zeitliche Distanz zwischen Grundlagenforschung und der praktischen Anwendung am Patienten aufbaute. Viele neue wissenschaftliche Erkenntnisse werden erst nach Jahren für Therapie und Prävention umsetzbar. Es stand die Frage, sich in die Forschung einzubringen oder sich neu zu orientieren. Diese Möglichkeit eröffnete sich am 1. August 2002, als ich die Tätigkeit als Abteilungsleiterin der Abteilung Hygiene, Infektionsschutz und Umweltmedizin in der Stadtverwaltung Rostock begann. Ich wurde mit einer Aufgabe betraut, die ich mir am Ende meines Studiums in Moskau in der Sanitär- und Epidemiologischen Station praktisch vorgestellt hatte. Diese Tätigkeit war zur Gewährleistung der Sicherheit der Gesundheit der Bevölkerung notwendig. Der Schutz der Bevölkerung vor schädigenden Einflüssen auf die Gesundheit, die Prävention durch Beratung und Impfung sowie Aufklärungsarbeit wurden damit vor Ort umsetzbar.

6.2 ALLGEMEINE AUFGABEN UND STRUKTUR DER ABTEILUNG III

Die Aufgaben in der Abteilung Hygiene und Infektionsschutz sind sehr vielseitig. Dazu gehören das umfassende Sachgebiet Umwelthygiene, das Sachgebiet Infektionsschutz und Epidemiologie, der Hafenärztliche Dienst, die Impf- und Reiseberatung sowie die Beratungsstelle für HIV und sexuell übertragbare Infektionen.

Hauptaufgabe unserer Abteilung ist die Sicherstellung von Gesundheitsvorsorge und -schutz für die Bevölkerung der Hanse- und Universitätsstadt Rostock.

Die gesetzliche Grundlage unserer Tätigkeit ist das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern (Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst – ÖGDG MV) vom 19. Juli 1994.

Die Hanse- und Universitätsstadt Rostock nimmt die ihr nach diesem Gesetz obliegenden Aufgaben des übertragenen Wirkungskreises wahr. Den größten Umfang haben die im § 9 des ÖGDG MV festgeschriebenen Überwachungsaufgaben. Von den 17 benannten Schwerpunkten der gesundheitsrechtlichen Überwachung sind durch die Abteilung Hygiene und Infektionsschutz 14 umzusetzen. Dazu gehören

- medizinische Einrichtungen (Arzt- und Zahnarztpraxen, ambulante OP)
- Einrichtungen der Notfallrettung und des Krankentransportes, der Blut- und Plasmaspende
- Praxen zur Behandlung und Pflege (Physiotherapie, Fußpflege, Heilpraktiker)
- Einrichtungen der Körper- und Schönheitspflege (Kosmetik, Friseur, Piercing- und Tattoostudios)
- Alten- und Pflegeheime sowie
- Tagesstätten für psychisch Kranke, behinderte Menschen und Suchtkranke

Regelmäßig sind die hygienischen Bedingungen in Hotels und größeren Beherbergungsbetrieben (Pensionen, Wohnheime) zu kontrollieren. Bei Beanstandungen in Ferienwohnungen, die uns meistens von Gästen der Stadt oder der Tourismuszentrale gemeldet werden, agiert die Abteilung anlassbezogen. Schwerpunkte bilden die

Begehungen von Schulen, Kinder- und Jugendeinrichtungen sowie Ferienlagern, Reiterhöfen usw.

Gemeinschaftsunterkünfte für Asylbewerber, Spätaussiedler und Flüchtlinge sowie Obdachlosenunterkünfte haben eine hohe Priorität, da sich hier viele Menschen unterschiedlichster Kulturen und mit unterschiedlichem Hygieneverhalten auf engem Raum aufhalten. In diesen Einrichtungen finden viele Kontakte statt, und es können Ausbrüche von Infektionen schnell einen größeren Umfang erreichen.

Der Überwachung unterliegen auch Sport- und Freizeitanlagen (Fitnessstudios, Wellnessbereiche, Schwimmhallen, Saunen). In der Badesaison werden das Flussbad und die Badestellen der Ostsee kontrolliert.

Sehr umfangreich ist die Beaufsichtigung der Trinkwasserqualität in der Stadt. Öffentliche Toiletten unterliegen dem Management des Umweltamtes. Trotzdem ist das Gesundheitsamt der häufigste Ansprechpartner bei unhygienischen Zuständen aufgrund eines insuffizienten Reinigungsregimes.

Die Hygieneüberwachung des Leichen- und Bestattungswesens wird über die Umwelthygiene in Zusammenarbeit mit dem Amt für Stadtgrün, Naturschutz und Friedhofswesen realisiert.

Die Abteilung setzt nach § 7 ÖGDG MV den gesundheitlichen Verbraucherschutz bei der Begehung von Piercing- und Tattoostudios um.

Darüber hinaus wird die Beratung der Bevölkerung über die Essbarkeit von wildwachsenden Pilzen und die Aufklärung zu Pilzvergiftungen von ehrenamtlich tätigen Pilzberatern/innen wahrgenommen, die eine Vereinbarung mit dem Gesundheitsamt geschlossen haben.

Nach § 8, Abs. 3 ÖGDG MV obliegt den Gesundheitsämtern die Überwachung des Einzelhandels mit für den Menschen bestimmten Arzneimitteln außerhalb der Apotheken.

Nach § 10 ÖGDG MV wirkt der Öffentliche Gesundheitsdienst auf einen ausreichenden Impfschutz der Bevölkerung hin. Er fördert die Durchführung öffentlich empfohlener Impfungen und kann diese selbst durchführen. Diese Aufgabe wird durch die Impf- und Reisesprechstunde des Gesundheitsamtes umgesetzt.

6.2.1 KRANKENHAUSHYGIENE

Da Rostock eine Hafenstadt ist, gehört zu den Aufgaben der Abteilung III die Hygieneüberwachung im Übersee-, Stadt-, Fischerei- und Yachthafen Hohe Düne nach § 9, Punkt 13 ÖGDG MV. Außerdem werden die Maßnahmen nach § 11 Internationaler Verkehr, Häfen durch den Hafenärztlichen Dienst umgesetzt.

Die §§ 19 und 20 ÖGDG MV sind die Aufgaben der Beratungsstelle für HIV/AIDS und sexuell übertragbare Infektionen (STI) fixiert.

Entsprechend dem o. g. Gesetz gehören der Schutz vor gesundheitsschädigenden Umwelteinflüssen (§ 6), die Gesundheitsförderung (§ 13) sowie die HIV- und AIDS-Beratung (§ 20) zum eigenen Wirkungskreis der kreisfreien Stadt Rostock.

Nach der Benennung der umzusetzenden Überwachungsaufgaben erfolgt eine detaillierte Beschreibung der Tätigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung Hygiene und Infektionsschutz.

Die Inspektion der Alten- und Pflegeheime wird einmal jährlich durchgeführt. Hierbei arbeitet die Abteilung eng mit der Heimaufsicht der Hanse- und Universitätsstadt Rostock und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zusammen.

Die Alten- und Pflegeheime unterliegen dem Gesetz „Zur Förderung der Qualität in Einrichtungen für Pflegebedürftige und in Räumlichkeiten für Menschen mit Behinderung sowie zur Stärkung ihrer Selbstbestimmung und Teilhabe“ (Einrichtungenqualitätsgesetz – EQG MV) vom 17. Mai 2010. Diese haben nach § 3 Punkt 6 des o. g. Gesetzes die Hygienevorschriften zu beachten, sicherzustellen und werden nach § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG) durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht.

In Hygieneplänen sind innerbetriebliche Verfahrensweisen festzulegen. Die Mitarbeitenden der Abteilung stehen ihnen dabei fachlich beratend zur Seite. Anvisiert wird die gemeinsame Umsetzung von Terminplänen, die von der Heimaufsicht aufgestellt werden. Die Begehungen nehmen teilweise auch die Trinkwasserqualität im Hausnetz in den Blick.

Viele Patient/innen sind aufgrund von erreichtem hohen Lebensalter, chronischen Erkrankungen und der Einschränkung des Immunsystems bei modernen therapeutischen Maßnahmen durch Krankenhausinfektionen (nosokomiale Infektionen) gefährdet. In den letzten Jahren erfuhr die Krankenhaushygiene eine Aufwertung. Um medizinische Einrichtungen zu verpflichten, Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen sowie Krankheitserregern mit Resistenzen zu ergreifen, wurde am 22. Februar 2012 die Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygVO MV) erlassen. In MV überwacht das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGuS) die großen Kliniken. Da das örtliche Gesundheitsamt für die Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes und der Trinkwasserverordnung in Krankenhäusern zuständig ist, beteiligt es sich an den Begehungen des LAGuS in den Kliniken der Universitätsmedizin Rostock sowie des Klinikums Südstadt. Das Gesundheitsamt ist für die Überwachung der Arzt- und Zahnarztpraxen, von Einrichtungen für ambulantes Operieren und Dialyseeinrichtungen zuständig.

Das dringend notwendige, regelmäßige Aufsuchen von Arzt- und Zahnarztpraxen konnten aus personellen Gründen noch nicht realisiert werden. Hier sind wir nur anlassbezogen bei Beschwerden tätig.

In den letzten Jahren sind wir bemüht, bei der Konzipierung von neuen ambulanten medizinischen Einrichtungen mitzuwirken. Allerdings ist dies nur möglich, wenn Ärzte und Zahnärzte, die ihre Niederlassung planen, aktiv auf unsere Abteilung zugehen. Planer und Architekten haben die Möglichkeit, mit uns die Umsetzung von Forderungen der Krankenhaushygiene vor Neubau, Umbau und Inneneinrichtung zu besprechen. Hier ist es immer wieder notwendig, die räumlichen Gegebenheiten optimal zu nutzen und den Wunsch der Praktikabilität im Praxisalltag und die Forderungen der Krankenhaushygiene aufeinander abzustimmen.

Die Aufbereitung von Medizinprodukten wird in Mecklenburg-Vorpommern vom LAGuS überwacht. Deshalb arbeitet unsere Abteilung eng mit der Abteilung Arbeitsschutz und technische Sicherheit der Landesbehörde zusammen.

6.2.2 SACHGEBIET UMWELTHYGIENE

KERSTIN NEUBER, ELKE SCHÜNEMANN

Die wichtigste Aufgabe der Umwelthygiene ist die Trink- und Badewasserhygiene. Dazu sind unsere Hygieneinspektor/innen und Sachbearbeiter/innen in der Probenentnahme geschult. Sie unterliegen dem Qualitätsmanagement des Trinkwasserlabors im LAGuS. Auf der Grundlage der Trinkwasserverordnung sind Probenahmepläne erstellt worden.

Zur Entlastung der Hygieneinspektoren arbeitet seit 2016 ein offizieller Probenehmer für Trinkwasser im Sachgebiet.

Die Wasserversorgungsanlagen für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sind einmal jährlich zu prüfen.

Die Trinkwasserverordnung trat am 21. Mai 2001 in Kraft. Seitdem gab es sechs Änderungsverordnungen. Die Betreiber von Trinkwasser-Installationen, in denen sich eine Großanlage zur Trinkwassererwärmung befindet, müssen es, sofern das Trinkwasser im Rahmen einer ausschließlich gewerblichen Tätigkeit abgegeben wird (zum Beispiel in größeren Wohngebäuden), routinemäßig alle drei Jahre untersuchen lassen, was zu einem enormen Anstieg von Meldungen an das Gesundheitsamt führte.

2011 wurden der Technische Maßnahmenwert für Legionellen in die Trinkwasserverordnung eingeführt und auch einige chemische Parameter angepasst, zum Beispiel stufenweise der Grenzwert für Blei herabgesetzt. Seit dem 1. Dezember 2013 beträgt der neue Grenzwert nur noch 10 µg/l.

Gebäudeeigentümer und Wasserversorger mussten Bleirohre austauschen. In Rostock wurden die Hausanschlussleitungen durch den Wasserversorger im öffentlichen Raum ausgewechselt.

Am 26. November 2015 trat die Verordnung zum Schutz der Bevölkerung vor radioaktiven Stoffen in Kraft. Vorab fanden Untersuchungen des Rostocker Trinkwassers statt. Es gab keinen Grund, besondere Maßnahmen zu ergreifen.

Bei der Gewinnung, Aufbereitung und Verteilung von Trinkwasser dürfen nur Stoffe oder Gegenstände im Kontakt mit dem Roh- oder Trinkwasser genutzt und nur physikalische oder chemische Verfahren angewendet werden, die bestimmungsgemäß der Trinkwasserversorgung dienen.

Der Bundesrat hatte am 20. Dezember 2019 der vierten Änderung der Trinkwasserverordnung zugestimmt, die am 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist und zu einer Fristverlängerung zur Umsetzung des § 17 Absatz 7 TrinkwV bis zum 9. Januar 2025 führte.

Das Trinkwasser in Rostock wird aus Oberflächenwasser gewonnen. Die Gewinnung ist sehr anfällig für äußere Einflüsse. Die Trinkwasserschutzgebiete müssen regelmäßig kontrolliert werden. Einmal jährlich führt das Gesundheitsamt eine Begehung des Wasserwerkes durch, Beratungen mit der Nordwasser GmbH finden zweimal im Jahr statt. Es besteht in Rostock zwischen dem Wasserversorger und dem Gesundheitsamt eine sehr enge Kooperation. Auch die Kläranlagen von Rostock werden von der Nordwasser GmbH betrieben und vom Gesundheitsamt Rostock überwacht.

Im Sommer kontrollieren wir acht Badestellen an der Ostsee nach der Badegewässer-Landesverordnung MV.

Vom 20. Mai bis 10. September jeden Jahres werden die Qualität des Badewassers überprüft und die Ergebnisse auf der Internetseite der Stadt veröffentlicht. Außerdem hat man auf der Online-Badewasserkarte Einsicht auf die Qualität des Badewassers. Unsere Abteilung erstellt die Badegewässerprofile der Badestellen und hat diese bei Bedarf jährlich zu aktualisieren (Abb. 1). Die Einstufung der Badegewässer bezieht sich auf die Untersuchungsergebnisse der letzten vier Jahre. In den vergangenen Jahren wurden die Badestellen in Rostock mit ausgezeichnet bewertet.



Abb. 1 Hygieneinspektorin bei der Badewasserkontrolle, Foto: Elke Schünemann

Die Ostsee unterliegt im Jahresverlauf verschiedenen Einflüssen. Besonders beim Auftreten von Blaualgen und Quallen oder Strandverunreinigungen durch Havarien bzw. illegale Einleitungen

in das Ostseewasser ist der Einsatz des Gesundheitsamtes notwendig. In Zusammenarbeit mit der unteren Katastrophenschutzbehörde, der Tourismuszentrale, dem Stadtamt und dem Umweltamt sind dann Entscheidungen zu einem Badeverbot zu treffen, das bei Nichteinhalten der Grenzwerte für bakterielle Belastungen ausgesprochen wird.

Aufgrund der Änderung des Klimas der letzten Jahre spielt der Nachweis von *Vibrio vulnificus* eine zunehmende Rolle. Das ist ein Erreger, welcher bei Personen mit stark eingeschränktem Immunsystem und vor allem nicht intakter Haut zu schweren Infektionen führt, die auch tödlich enden können. Dazu müssen regelmäßige Aufklärungen für Touristen, aber auch für medizinisches Personal erfolgen.

Im Rahmen der Vorbereitung der Badesaison werden jedes Jahr unter der Federführung der Tourismuszentrale EINSATZPLÄNE erarbeitet. Darin sind die Aufgaben und Erreichbarkeiten des Gesundheitsamtes festgelegt. Das einzige Freibad in Rostock ist das Flussbad. Auch hier erfolgt kontinuierlich die Kontrolle der Badewasserqualität. Orte in der Stadt Rostock, in denen die Bevölkerung im Sommer badet, die aber nicht als offizielle Badestellen ausgewiesen sind, werden vereinzelt durch das Gesundheitsamt untersucht, um Risiken für die Badenden zu überprüfen und zu bewerten. Dazu gehören ebenfalls der Strand vom IGA-Gelände, von Riekdahl und vom Schnatermann (reger Badeverkehr). Auch das Warnowschwimmen wird mit Beprobungen begleitet.

Das Wasser von Springbrunnen untersuchen wir hin und wieder vor Ort, wenn von den Mitarbeitenden ein reger Betrieb im Hochsommer beobachtet wurde. Da sich dort vorwiegend kleine Kinder aufhalten, besteht ein besonderes Erkrankungsrisiko. Jedes Jahr muss darauf hingewiesen werden, dass das Wasser keine Badewasserqualität hat.

Die Hallenbäder der Stadt sowie von Hotelanlagen werden einmal jährlich auf die Badewasserqualität amtlich überprüft. Dazu gehören die Kontrolle der Aufbereitungsanlagen sowie die Hygiene im Dusch- und Umkleidebereich.

Aufgabe der Umwelthygiene ist die enge Zusammenarbeit mit dem Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt. Hauptgrund ist das Auftreten von Ratten im Zusammenhang mit nicht sachgerechter Mülllagerung bzw. -entsorgung von Imbissbetrieben bzw. Restaurants. Baumaßnahmen vertreiben sie aus ihren natürlichen Arealen und

führen zu Beanstandungen durch Bürger/innen im Stadtgebiet. Trotz mehrmaliger Versuche der Implementierung gibt es bis heute keine Rattenbekämpfungsverordnung.

Auch das gehäufte Auftreten von verwilderten Haustauben in verschiedenen Stadtgebieten oder nicht ordnungsgemäß betriebene Futterstellen für freilaufende Katzen können zu notwendigen gemeinsamen Aktivitäten führen. In Warnemünde besteht ein Fütterungsverbot für Möwen.

Das Umweltamt bezieht das Sachgebiet Umwelthygiene in bestimmte Maßnahmen ein, die im Zusammenhang mit den regionalen Klimaänderungen zu erwarten sind.

Die Bebauung der Stadt verdichtet sich und geht zu Lasten der früheren Belüftungskorridore.

Die regionalen Klimainformationen, die für Rostock seit Januar 2019 vorliegen, lassen einen Anstieg der mittleren Jahrestemperatur für alle Jahreszeiten erkennen. Im Extremfall könnten sich die Anzahl der Sommertage (Tagestemperatur über 25 Grad Celsius) verdoppeln und die der Hitzetage (Tagestemperatur über 30 Grad Celsius) verdreifachen. Somit kann der Faktor „Wärmebelastung und Hitzestress“ an Bedeutung gewinnen.

Doch nicht nur höhere Durchschnittstemperaturen sorgen für Herausforderungen, sondern auch Hitzewellen mit gleichzeitig einhergehender Trockenheit wie 2018.

Im Oktober 2018 hatte der Senator für Bau und Umwelt die Fachämter der Stadtverwaltung und Betriebe der Daseinsvorsorge zu einem Arbeitstreffen zur Erstellung des Hitzeaktionsplans eingeladen. Kurzfristige Maßnahmen wurden diskutiert, langfristige fokussiert, die in die zukünftige Klima angepasste Stadtentwicklung einfließen sollten.

Wir arbeiten gemeinsam an Vorhaben (Altlastensanierungen und Flächenrecycling), bei denen eine Umweltunverträglichkeitsprüfung gefordert ist.

Die fachliche Anleitung der Hygieneinspektorinnen lag bis zum Ende des Berufslebens in den Händen der Sachgebietsleiterin, Dipl.-Umweltwissenschaftlerin Elke Schünemann.

DIE EHEMALIGE

**DIPL.-UMWELTWISSENSCHAFTLERIN
ELKE SCHÜNEMANN ERINNERT SICH:**

Nur die Gesundheitsämter Frankfurt am Main und Rostock „leisten“ sich eine/n Dipl. Umweltwissenschaftler/in im Team.

Wie kam es dazu? 1975 beschloss ich, ich werde Hygieneinspektorin. Damals war die Hygieneinspektion Rostock eine kleine nachgeordnete Einrichtung des Rates der Stadt. 1982–1985 absolvierte ich ein Fernstudium zum Hygieneingenieur (FH). Auf dieser Basis gelangte ich 1991 mit meinen damaligen Kolleginnen ins neu gegründete Gesundheitsamt.

Doch schon 1992 gab es die erste Umstrukturierung. Ein Mitarbeiter durfte im Amt bleiben, alle anderen Kolleg/innen der Lebensmittelhygiene mussten ins Veterinäramt umziehen. Ich entschied mich zu bleiben und mich auf meine Kenntnisse der Kommunalhygiene zu besinnen.

Kommunalhygiene/Umwelthygiene – was war das? Trinkwasser, Badewasser, Krankenhäuser, Altenpflegeheime, Kindergärten, Schulen, Friedhöfe, Zeltplätze, Schwimmhallen, Sporthallen und, und, und ... Für alles gab es Festlegungen. Diese zu kontrollieren und darüber zu beraten, war zukünftig meine Aufgabe zusammen mit drei weiteren Kolleginnen.

Das Fachgebiet war so speziell, dass eine Naturwissenschaftlerin, diplomierte Physikerin, Leiterin des Sachgebietes wurde.

Aber auch für die langjährigen Mitarbeiterinnen (ich war Mitte 30 und 15 Jahre jünger als meine Kolleginnen) musste ein Umdenken einsetzen, weil die Wende uns neue Gesetze und eine erhebliche Ausweitung des Arbeitsgebietes und -pensums brachte.

Wir stellten uns der Aufgabe, und ich wünschte mir, mehr von Bauleitplanungen, Umweltkompartimenten, Boden, Wasser, Luft, Lärm, Klima, Umweltverträglichkeit zu verstehen. So begann ich 1998 (mein Sohn saß im Abitur, ich im Fernstudium), an der Rostocker Uni Umweltschutz zu studieren und endete 2003 mit dem Diplomabschluss.

Meine Kolleginnen haben mich in dieser Zeit unterstützt. Die damalige Sachgebietsleiterin war meine beste Chefin, die ich je hatte, und sie ließ mich frei und verantwortungsvoll allein arbeiten. Es waren unbestritten die zwölf schönsten Arbeitsjahre für mich.

Ich lernte in der Zeit ganz viel, auch darüber, was andere Ämter tun und was wir gemeinsam unternehmen können. So setzte ich mich spontan mit meiner Leiterin zusammen und arbeitete in vielen Bereichen persönlich mit:

- im Gesunde-Städte-Projekt, von dem Rostock heute profitiert und wofür vor allem die ehemalige Koordinatorin für Gesundheitsförderung maßgeblich verantwortlich war. Die damals erarbeiteten Leitlinien zur Stadtentwicklung gelten bis heute.
- Lärminderungsplanung,
- Bodenschutzkonzept,
- Altlastenverfahren,
- Bauleitplanung (viele neue Flächen wurden bebaut),
- Hochwasserschutz,
- Spülfeldproblematik,
- Notwasserversorgung, Oberflächengewässer, Grundwasser,
- Katastrophenschutz,
- moderne Technologien der Trink- und Abwasserbehandlung,
- Kultivierung und Renaturierung von Deponien,
- nachhaltige Energie.

Der nachgewiesene Klimawandel bringt neue Aufgaben mit sich, wie einen Hitzeplan zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung oder ein Klimaanpassungskonzept für Rostock, welches immer wieder nach neuesten Erkenntnissen überarbeitet wird.

2003 ging meine Sachgebietsleiterin in den Ruhestand, und ich übernahm die vielfältigen Aufgaben mit individuell sehr unterschiedlichen Mitarbeiter/innen, die später dazu kamen. Fast 20 Jahre durfte ich dieses spannende Sachgebiet leiten und 45 Arbeitsjahre in der Hygiene tätig sein.

**6.2.3 SACHGEBIET INFektionSSCHUTZ
UND EPIDEMIOLOGIE**

KERSTIN NEUBER, ANTJE HAACK, MARLIS BUCHHOLZ

Das Sachgebiet Infektionsschutz und Epidemiologie unterliegt den umfassendsten und schnellsten Änderungen von gesetzlichen Grundlagen. Wurde das Infektionsschutzgesetz seit Inkrafttreten im Jahr 2000 bis 2018 zwanzig Mal geändert, so erfolgten im Zeitraum 2019 bis Ende 2021 dreißig Änderungen. Um diesen Neuerungen gerecht zu werden, ist ein hoher Kraftaufwand notwendig. Außer den hochfrequenten Änderungen des Gesetzes durch das Auftreten von SARS-CoV-2 führten das Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten im Jahr 2017 sowie das Masernschutzgesetz 2020 zu den aufwendigsten Änderungen im Infektionsschutz, weil sich daraus Aufgaben ergaben, die mit 1,5 Stellen im Arbeitsgebiet nicht mehr realisierbar wurden.

Vor allem mit der neuen Computertechnik erhöhten sich die Anforderungen. Da sich zur Einführung des Deutschen Elektronischen Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) in Mecklenburg-Vorpommern niemand bereit erklärte, in einer Arbeitsgruppe des Robert-Koch-Institutes (RKI) mitzuwirken, entschied sich unser Mitarbeiter Andi Friese trotz einer erhöhten Belastung im Rahmen seiner berufsbegleitenden Ausbildung zur Hygienefachkraft als Praktiker aus dem Infektionsschutz, dabei zu sein. Mit DEMIS wird seit 2020 das existierende Meldesystem für Infektionskrankheiten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) weiterentwickelt und hinsichtlich des Aufwandes verbessert. Informationen zu auftretenden Infektionskrankheiten können künftig schneller bei den Verantwortlichen in den Gesundheitsämtern, den zuständigen Landesbehörden und am RKI vorliegen und auch große Infektionsereignisse effektiver bearbeitet werden. Förderlich für den Prozess der Umsetzung wirkte hier die erste Ausbaustufe, indem zuerst die Möglichkeit der Übermittlung für SARS-CoV-2 geschaffen wurde. Die weiteren Ausbaustufen erfolgen ab 2022.

Die Hauptaufgabe des Infektionsschutzes ist die Umsetzung der Meldepflichten an das LAGuS und RKI, die Bearbeitung von Häufungen von Infektionserkrankungen in Kindertagesstätten, Schulen, Krankenhäusern, Pflegeheimen, anderen Gemeinschaftseinrichtungen und Arbeitsstätten. Dabei ist die Abteilung auf eine kooperative Zusammenarbeit mit den betroffenen Einrichtungen angewiesen. Eine Ermittlung vor Ort war momentan nur durch den Einsatz von Hygieneinspektoren aus der

Umwelthygiene möglich. Die personelle Besetzung ist zu gering, um neben der Meldepflicht dort auch Unterstützung zu geben. Bei der Klärung und Beendigung von Ausbrüchen ist es von Vorteil, wenn es Hygienefachkräfte bzw. hygienebeauftragtes Personal in den Einrichtungen gibt. Diese Personen haben die fachliche Kompetenz und können die Empfehlungen des Gesundheitsamtes umsetzen. Gute Erfahrungen haben wir mit den Kliniken Rostocks, dem Michaelshof und den Einrichtungen des DRK.

In Schulen und Kindertagesstätten beobachten wir seit Jahren das regelmäßige Auftreten von Kopfläusen. Eine nicht sachgerechte Anwendung von Mitteln gegen Kopfläuse ist oft die Ursache für Rückfälle. Es kann aber auch die Entwicklung von Resistenzen eine Rolle spielen.

Kopfläuse sind ein ästhetisches Problem. Über diese Parasiten werden keine pathogenen Krankheitserreger übertragen. Leider beobachten wir in Schulen und Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder eine Ausgrenzung Betroffener.

Problematisch ist die Bearbeitung von Scabies in Pflegeeinrichtungen. In Rostock gibt es zu wenige Dermatologen, die solche Einrichtungen fachlich unterstützen können. Eine gleichzeitige Behandlung von Bewohnern und Personal ist aufgrund verschiedener Zuständigkeiten oft nicht realisierbar. Betriebsmediziner und die Unfallkasse sind für das Personal zuständig und die Hausärzte für die Bewohner. Nicht jede Einrichtung hat einen sie betreuenden Arzt. So kann sich der Ablauf eines Ausbruchs über mehrere Wochen hinstrecken.

Gute Kenntnisse der englischen Sprache sind inzwischen Grundvoraussetzung der Kommunikation. In Rostock studieren und arbeiten viele Ausländer/innen, welche die deutsche Sprache nicht beherrschen, da im Arbeitsprozess vorwiegend englisch gesprochen wird.

Anders sieht es aus mit den Sprachfähigkeiten von Asylbewerbern bzw. von nachziehenden Angehörigen der Personen, die ein Aufenthaltsrecht für Deutschland haben. Bei ihnen sind ein Dolmetschereinsatz notwendig und ausreichend Aufklärungsmaterial in der entsprechenden Muttersprache vorzuhalten, da sie oft kein Englisch sprechen und manchmal Analphabeten sein können.

Eine wichtige Aufgabe des Infektionsschutzes ist die Kontrolle der Tuberkuloseerkrankungen in der Bevölkerung.

Nach dem Auftreten von Tuberkulosefällen bei Personen, die sich in Rostock aufhalten, erfolgen Therapieüberwachung in den niedergelassenen pulmonologischen Praxen, Ermittlung der Kontaktpersonen und Einladung zum Quantiferontest. Bei einem positiven Ergebnis veranlasst das Amt die Betroffenen zu einer Röntgenuntersuchung der Lunge und bei Verdacht der Ansteckung die Vermittlung in eine Tuberkulosetherapie. Von 1995 bis 2021 unterstützte bei dieser Aufgabe Dr. med. Hartmut Gill das Gesundheitsamt auf Vertragsbasis. Er stand dem Gesundheitsamt als Facharzt beratend zur Seite.

Derzeit steht das Amt vor der Aufgabe, neue Fachärzte zu gewinnen, die sich in die Behandlung der Tuberkulose im Auftrag des Gesundheitsamtes einbringen.

Bei Obdachlosen vor der Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung entsprechend dem § 36 Absatz 4 Infektionsschutzgesetz wird die Lunge röntgenologisch untersucht. Diesen Auftrag organisiert das Gesundheitsamt vor allem bei Perso-

nen ohne entsprechende Krankenversicherung.

Nach wie vor ist die Tuberkulose eine Infektion, die nicht schnell erkannt wird, vor allem die Lunge befällt, aber auch andere Organe betreffen kann. Um eine Ansteckung weiterer Personen zu verhindern, sind das frühzeitige Erkennen und der Beginn der medikamentösen Behandlung wichtig. Eine Behandlung ist langwierig und konsequent durchzuführen, da es sonst zu einem erneuten Ausbruch der Krankheit sowie zur Resistenzentwicklung von Antibiotika kommen kann.

BELEHRUNGEN NACH § 43 INFektionSSCHUTZGESETZ

In der Abteilung Hygiene und Infektionsschutz des Gesundheitsamtes erfolgen die Belehrungen nach § 43 Infektionsschutzgesetz für Beschäftigte im Umgang mit Lebensmitteln. Anschließend wird den Teilnehmenden ein Nachweisheft als Bescheinigung zum erstmaligen Ausüben von im § 42 Abs. 1 IfSG bezeichneten Tätigkeiten ausgestellt. Voraussetzung dafür ist zusätzlich eine Unterweisung durch den zukünftigen Arbeitgeber innerhalb von

DIE EHEMALIGE

TUBERKULOSEFÜRSORGE IM GESUNDHEITSAMT ANTJE HAACK ERINNERT SICH:

Bis 1989 arbeitete ich als Fürsorgerin in der Poliklinischen Abteilung für Lungenkrankheiten und Tuberkulose in der Paulstraße, einer Außenstelle des Medizinischen Zentrums Mitte (damals zuständig für die Stadt Rostock und Rostock Land).

Die Tuberkulosefürsorge war eine Pflichtaufgabe des neu gegründeten Gesundheitsamtes. Die Fürsorgerinnen, Gudrun Hannes und ich, wie auch Dr. med. Ingeborg Vierus, die 1994 in den Ruhestand ging, wurden übernommen. Es erfolgte ein Umzug von der Paulstr. 12 in die St.-Georg-Straße 109. Die Tuberkuloseüberwachung wurde der Abteilung Hygiene, Infektionsschutz und Umweltmedizin angegliedert.

Die damaligen Aufgaben der Tuberkuloseberatung umfassten:

- Erkennen von Infektionsketten
- Ermittlung und Untersuchung von Kontaktpersonen zu Tuberkuloseerkrankten
- Durchführung des Tuberkulin-Tests nach Mendel-Mantoux
- Anordnung von Röntgenaufnahmen des Thorax

- nach positivem Tuberkulin-Test
- Abnahme von Sputum für die mikrobiologische Untersuchung
- Begleitung und Überwachung einer ambulant durchgeführten antituberkulösen Therapie
- Durchführung einer Therapie und deren Sicherstellung bei Unversicherten
- Verlaufskontrollen nach Beendigung der Therapie
- Zuarbeit für die Ausstellung von Gesundheitszeugnissen im Lebensmittelverkehr nach § 17 Bundesseuchengesetz und Lehrpersonal
- Veranlassung von Röntgenaufnahmen bei Obdachlosen für die Aufnahme in Gemeinschaftseinrichtungen
- Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen für finanzielle Hilfen im Sozialamt (Ernährungszuschüsse, Renovierung der Wohnung usw.)

Die Arbeit im Gesundheitsamt war für mich eine sehr erfüllende Aufgabe, mit der ich mich identifizieren konnte.

drei Monaten nach der Ausstellung. Die Beschäftigten im Lebensmittelverkehr erhalten Aufklärung über Infektionen, die zu einem Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot führen können, außerdem zu Lebensmitteln, deren unsachgemäßer Umgang ein Risiko für die Übertragung von Krankheitserregern darstellt.

DIE EHEMALIGE

MARLIS BUCHHOLZ ERINNERT SICH: VOM BETRIEBSGESUNDHEITSWESEN DER STADT ROSTOCK ZUM INFektionSSCHUTZ

Von Dezember 1966 bis August 1973 arbeitete ich als Betriebskrankenschwester in der Poliklinik Neptun Werft, Interne Abteilung. Ab August 1973 übernahm ich die Betriebssanitätsstelle im Dr.-Lorenz-Weg in der Ingenieurschule für Veterinärmedizin mit der Betreuung von zehn Klein- und Mittelbetrieben z. B. Zoo, Pflanzenschutzamt, Fernsehfunk, Bezirksinstitut für Veterinärmedizin und natürlich auch der Studierenden und Mitarbeitenden der Schule.

Meine Aufgaben waren die Vorbereitung der Reihenuntersuchung, ärztliche Sprechstunde und Hygienebetriebsbegehungen mit Betriebsärztin, Sigrid Garlt, später Dr. Birgit Freiberger. 1990 wurde die Sanitätsstelle geschlossen.

Über Mundpropaganda erfuhr ich, dass in Lichtenhagen eine Außenstelle für Asylbewerber eingerichtet und dort eine Krankenschwester gesucht würde. Da ich die ganzen Jahre selbständig gearbeitet hatte, bewarb ich mich und wurde zum 1. April 1991 eingestellt. Für die damaligen Arbeitsbedingungen standen zwei Krankenzimmer und ein Behandlungsraum zur Verfügung.

Dr. Herbert Grunwald führte die Erstuntersuchung der Asylbewerber durch. Die weitere Organisation, Blutentnahme, Termine bei anderen Ärzten, so auch z. B. Röntgentermine für Asylbewerber bei Frau Dr. Maul in Lütten Klein, lagen in meinen Händen. Die Arbeit war manchmal nicht einfach, aber andererseits schön, wenn wir helfen konnten und die großen Augen der Kinder einen anschauten. Schwierigkeiten bereiteten die verschiedenen Sprachen (ich konnte kein Englisch). An manchen Tagen kontaktierte ich Menschen aus bis zu fünf verschiedenen Nationalitäten, z. B. aus Eritrea, Togo, Rumänien, Afghanistan usw. Die Verständigung

In der Pandemie wurde die Pflicht zur Belehrung allerdings aufgrund mangelnder Möglichkeiten der Präsenz nur ausgesetzt und muss nach der Coronapandemie durch die Arbeitgeber verstärkt veranlasst werden.

Marlis Buchholz war bis zuletzt im Infektionsschutz der Abteilung Hygiene tätig. Ihr beruflicher Werdegang verlief in unterschiedlichen Arbeitsfeldern.

gung haben wir aber immer gut gemeistert, wenn auch „mit Händen und Füßen“. Später waren die Kinder unsere Dolmetscher.

Die zentrale Aufnahmestelle für Asylbewerber wurde infolge der Krawalle in Lichtenhagen (Abb. 2) nach Hinrichshagen in die Baracken des ehemaligen NVA-Objektes verlegt. (Abb. 3)



Abb. 2 Lichtenhagen Sonnenblumenhaus 1. April 1991, Foto: Marlis Buchholz



Abb. 3 Unterbringung in Hinrichshagen, Foto: Marlis Buchholz

Gemeinsam mit Frau Dr. Fischer richteten wir die Räume ein. Die anliegenden Aufgaben erfüllten wir bis zur örtlichen Schließung und Verlegung der zentralen Aufnahmestelle nach Horst.

Anschließend begann meine Tätigkeit in der Abteilung Hygiene, Infektionsschutz und Umweltmedizin bei Dr. Ursula Werner. Der Umfang meiner Aufgaben umfasste Gesundheitsschulungen für Mitarbeiter/innen in Lebensmittelbetrieben, Hygienekontrollen in Alten- und Pflegeheimen, Kita usw. sowie die Vertretung in der Impfsprechstunde. Für die Asylbewerber in der Satower Straße und für die jüdischen Immigranten in den Heimen Elisabethwiese und Grubenstraße hielten Dr. Herbert Grunwald und ich gemeinsam einmal wöchentlich eine Impfsprechstunde ab (Abb. 4).

Am 28. März 2007 war mein letzter Arbeitstag. Ich ging mit einem weinenden und einem lachenden Auge.

Meine Tätigkeit habe ich durch das Kennenlernen vieler Nationalitäten und Kulturen in sehr guter Erinnerung. Viele Begegnungen mit Menschen aus anderen Ländern, besonders mit Kindern sind auch heute noch unvergessen (Abb. 5 und 6).



Abb. 4 Impfsprechstunde mit Dr. Grunwald und Marlis Buchholz, Foto: Ursula Werner



Abb. 5 und 6 Asylbewerber, Fotos: Marlis Buchholz

6.2.4 IMPFBERATUNG

KERSTIN NEUBER, MARION VOß, BIRGIT POLLAND

In der Beratungsstelle für das Impfen findet dienstags eine Sprechstunde für die Bürgerinnen und Bürger der Hanse- und Universitätsstadt Rostock statt. Schwerpunkt ist die Durchführung der Impfungen entsprechend den Empfehlungen der STIKO des RKI. Zum Kreis der zu Impfenden gehören Asylbewerber/innen, die noch keine Krankenversicherung haben und Personen, die nach Deutschland einreisen, weil ein Familienmitglied die Aufenthaltserlaubnis hat.

Sicherlich ist es auch eine Hauptaufgabe der Niedergelassenen, die Impfungen bei ihren Patienten und Patientinnen durchzuführen, vor allem die von den gesetzlichen Krankenkassen getragen.

Trotzdem gibt es viele Anfragen in der Beratungsstelle. Das Bestellsystem des Gesundheitsamtes hat den Vorteil, dass die Wartezeiten minimiert sind und man im Wartebereich keinen Kontakt zu symptomatischen Patienten hat. Die Stadtverwaltung gestattet das Angebot einer Reiseberatung, obwohl diese nicht zu den (primären) Aufgaben des übertragenen Wirkungskreises gehört.

Die Ärztinnen und Ärzte des Gesundheitsamtes nehmen regelmäßig an den Refresherkursen des LAGuS zur Erweiterung ihres Wissens zu Impfungen und Impfstoffen sowie zur Verlängerung der Gültigkeit ihrer Impfbefugnisse teil. Außerdem werden alle zwei Jahre die Kenntnisse zu den Reiseimpfungen über Kurse des Centrum für Reisemedizin (CRM) bzw. die angebotenen Weiterbildungen auf der Tourismusmesse aktualisiert.

Das Gesundheitsamt ist offizielle Gelbfieberimpfstelle in Mecklenburg-Vorpommern. Diese Möglichkeit besteht, da Rostock als Hafenstadt mit einem Überseehafen das Angebot zur Gelbfieberimpfung für Seemänner vorhalten muss. Es lassen sich aber auch die Mitarbeiter/innen von in und um Rostock ansässigen Unternehmen impfen, da diese Firmen ihre Produkte ins Ausland exportieren und Wartungs- sowie Reparaturleistungen für ihre Kunden erbringen.

In Rostock wird ein Sicherheitstraining für Personen angeboten, die ihre Tätigkeit auf Kreuzfahrtschiffen aufnehmen. Diese nehmen die Möglichkeit zur Gelbfieberimpfung während der Kurse dankend wahr, da sie in der Nähe ihres Wohnortes keine Gelbfieberimpfstellen haben.

Die Reisesprechstunde nehmen sowohl die Bewohner/innen der Stadt Rostock als auch des Umlandes in Anspruch. In den letzten Jahren verzeichnen wir zunehmend Langzeitreisen von jungen Menschen. Sie nutzen die Zeit unmittelbar nach der Ausbildung bzw. dem Studium, um verschiedene Länder kennenzulernen. Die Dauer der Reisen umfasst drei Monaten bis zu einem Jahr.

Den Trend, dass viele Familien die Elternzeit mit Langzeitreisen verbringen, sehen wir sehr ambivalent. Kinder besitzen in einigen Fällen nicht komplett den Grundschutz bzw. können nicht alle Reiseimpfungen erhalten, weil die Impfstoffe für die Altersklassen noch nicht zugelassen sind.

Als Universitätsstadt haben wir viele Student/innen in der Sprechstunde, die in den gesetzlichen Krankenkassen aufgrund internationaler Verträge versichert sind, z. B. aus China oder Vietnam.

In den letzten zwei Jahren besteht auch die Nachfrage von Auszubildenden oder medizinischem Fachpersonal aus Syrien, Iran, Irak und anderen Ländern, die in Pflegeeinrichtungen bzw. Krankenhäusern tätig sind. Diese haben oft keine hausärztliche Betreuung in Rostock.

Betriebsärzte/-ärztinnen oder betriebsärztliche Zentren, die auf dem Territorium der Hanse- und Universitätsstadt Rostock praktizieren, schließen mit dem Gesundheitsamt Vereinbarungen zum Bezug von Impfstoffen zur Durchführung der STIKO-empfohlenen Impfungen vom Land MV. Die gesamte Logistik erfolgt durch die Impfbereiterin.

EINER GROSSEN ZEITANTEIL DER IMPFBERATUNGSSTELLE NIMMT DIE ÖFFENTLICHKEITSARBEIT EIN:

- aktuelle Auskünfte für telefonische Anfragen von Bürger/innen und Arzt/innen (Zu bestimmten Themen ist die Nachfrage sehr hoch und die telefonische Erreichbarkeit nicht immer gewährleistet.)
- Nutzung von Medien bzw. die Internetpräsentation zur Informationsvermittlung
- Beteiligung an Gesundheitstagen in Einrichtungen oder offiziellen Veranstaltungen der Stadt, z. B. Weltkindertag

Leider wurde diese Möglichkeit durch die SARS-CoV-2 Pandemie seit Ende 2019 sehr eingeschränkt, suchten doch viele Bürgerinnen und Bürger gern die Möglichkeit eines Gespräches.

Weiterer Schwerpunkt der Arbeit im Impfbereich ist die Umsetzung des Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention vom 10. Februar 2020 (Masernschutzgesetz). Seit 1984 verfolgen die 53 Mitgliedsstaaten der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Ziel der Elimination der Masern, ebenso der Röteln seit 2005.

Für das Jahr 2018 wurden 33 der 53 Staaten der WHO-Region Europa der Status der Elimination für die Masern wie auch für Röteln ausgesprochen. 37 Staaten übersandten Daten, die eine Unterbrechung der endemischen Transmission über mindestens 12 Monate für die Masern belegten; 42 Staaten war dies für die Röteln gelungen.

Deutschland zählte damals zu jenen neun Staaten, für die 2018 weiterhin eine endemische Transmission sowohl der Masern- wie auch der Rötelnviren angenommen wurde. Das heißt, das Ziel der WHO, die Infektion an Masern auszurotten, konnte in Deutschland weiterhin nicht realisiert werden. Als Konsequenz trat das Masernschutzgesetz in Kraft.

Alle Kinder nach vollendetem erstem Lebensjahr haben beim Eintritt in den Kindergarten, die Kindertagespflege oder in die Schule die von der Ständigen Impfkommission des RKI empfohlenen Masern-Impfungen vorzuweisen. Nach 1970 geborene Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen oder medizinischen Einrichtungen arbeiten, sind dazu verpflichtet. Auch Asylbewerber/innen und Geflüchtete müssen vier Wochen nach Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft einen entsprechenden Schutz haben.

Von den Gemeinschafts- und medizinischen Einrichtungen werden dem Gesundheitsamt die Kinder und Personen gemeldet, welche diese Forderungen nicht erfüllen können bzw. wollen. Es ist dann unsere Aufgabe, besonders des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes, in Zusammenarbeit mit der Impfstelle Aufklärungsarbeit zu leisten, zu mahnen oder in Zusammenarbeit mit dem Stadtamt Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz zu ergreifen.

Bis zum Jahr 2018 führte der Arbeitsbereich als unabhängige Stelle jährlich Blutentnahmen und Speichelteste im Zusammenhang mit Vaterschaftsbestimmungen durch. Sie werden vom Jugend- und Sozialamt oder Gerichten veranlasst.

DIE EHEMALIGE **IMPFSCHWESTER MARION VOß** **ERINNERT SICH:**

Am 1. September 1985 nahm ich in der Kreishygiene-Inspektion Rostock (KHI) meine Tätigkeit in der Abteilung Impfwesen als Impfschwester auf.

Wir waren vier Mitarbeiterinnen, eine leitende Impfschwester, eine Impfschwester und zwei Sachbearbeiterinnen.

Unsere Aufgaben bestanden in der Beschaffung und Ausgabe von Impfstoffen. Die Impfstoffe wurden vom Jugendgesundheitschutz, den Mütterberatungen, von den Impfschwestern der Krippen und Heime bestellt und in der KHI abgeholt. Grippeimpfstoffe wurden für Polikliniken, Betriebs- und Sanitätsstellen bereitgestellt.

Die Impfschwestern waren für die Kontrollen der Impfstellen zuständig.

In den Stadtteilen Reutershagen und Lütten Klein befanden sich Impfstellen für Tetanus- und Gripeschutzimpfungen. Die KHI lud jährlich einen Jahrgang zur Tetanus-Impfung ein. Die gemeldeten Impfungen wurden ständig durch Listen (An-, Ab- und Ummeldungen) aktualisiert.

1988 nahm ich an einem Ausbildungslehrgang für Schwestern mit Impferlaubnis in Berlin teil, so dass ich Polio-Immunsierungen und unter ärztlicher Aufsicht Tetanus-Impfungen durchführen durfte.

1991 mit der Gründung des Gesundheitsamtes, Abteilung Hygiene, Infektionsschutz und Umwelthygiene wurden vier Mitarbeiterinnen übernommen. Ab 1998 gehörte zum Team noch eine übernommene Impfärztin.

Die Impfsprechstunde mit Impf- und reisemedizinischer Beratung fand einmal wöchentlich statt. Das Gesundheitsamt führte Impfungen gegen Hepatitis B für Beschäftigte der Stadt Rostock (Rettungsdienst, Klinikum Südstadt, Polizei) durch.

Nach amtsinternen Umstrukturierungen 1993 blieb ich als einzige Mitarbeiterin unseres Teams übrig. Das Sachgebiet Impfen wurde

kurzfristig dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst angegliedert.

In der Impfsprechstunde erfolgten ein- bis zweimal wöchentlich Beratungen zu öffentlich empfohlenen und Reiseimpfungen durch Ärztinnen und Ärzte des Gesundheitsamtes, auch durch den Hafendarzt.

Meine Aufgaben bestanden in der Vorbereitung und Durchführung der Impfsprechstunde, der Impfberatung für Bürgerinnen und Bürger sowie Beantwortung von Anfragen von Ärzten zur von mir geführten Impfkartei. Die Betriebsärzte erhielten die bestellten Impfstoffe. Die Aktualisierung der Empfehlungen des Reisemedizinischen Centrums Düsseldorf (CRM) zählte ebenfalls zu meinem Aufgabenbereich.

Seit Ende der 90er-Jahre führten wir im Auftrag des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Rostock Vaterschaftstests bei Vätern, Müttern und ihren Kindern durch. 2005 übertrug man mir zusätzlich die Vorbereitung und Assistenz für die Blutentnahme bei Kontaktpersonen zur Tuberkulose.

Als 2007 die Kolleginnen des Infektionsschutzes in den Ruhestand gingen, übernahmen eine Mitarbeiterin und ich bis 2008 die Aufgaben des Infektionsschutzes und der Tuberkuloseberatung.

Nach dem Ausscheiden der Kollegin setzte ich allein die Tuberkuloseberatung fort.

Ab Mitte 2007 war ich für die Organisation und Durchführung der Impfungen für Asylsuchende in Rostock zuständig, die zunächst zweimal im Monat auf Einladung im Gesundheitsamt, ab 2013/14 dann in den Einrichtungen stattfanden.

Die Arbeit in der Impf- und Reiseberatung sowie in den Impfsprechstunden habe ich mit viel Freude erledigt. Es war eine abwechslungsreiche Tätigkeit. Ab 2017/18 ging ich in die Alterszeit und seit Januar 2019 befinde ich mich im Ruhestand.

Ich denke gern an meine Zeit im Gesundheitsamt zurück.

In der Zeit zwischen dem Ausscheiden von Marion Voß und der Neubesetzung der Impfberatungsstelle organisierten die Schwestern des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes einen Impfersatzdienst.

**DIE JETZIGE
BIRGIT POLLAND ZUR
IMPFBERATUNG AKTUELL:**

Am 1. Mai 2018 übernahm ich die Stelle in der Impfberatung im Gesundheitsamt. Nach langjähriger Tätigkeit auf der Intensivstation im Klinikum Südstadt als ausgebildete Kinderkrankenschwester und Fachkraft für Leitungsaufgaben in Gesundheits-, Sozial- und Pflegeeinrichtungen, war dies ein völlig neues Arbeitsfeld. Zu diesem Zeitpunkt war Schwester Marion Voß bereits fünf Monate nicht mehr aktiv tätig.

Nach einer kurzen Einweisung durch die Impfschwester des KJÄD, führe und begleite ich die Vor- und Nachbereitung der wöchentlichen Impfsprechstunde. Ebenfalls obliege mir die selbständige Blutentnahme für Antikörperbestimmungen und Quantiferon-Tests sowie die unterstützende Mitwirkung bei Blutentnahmen im STI-Bereich.

Weiterhin werden die vom Gesundheitsamt vertraglich gebundenen Betriebsärzte mit STIKO-empfohlenen Impfstoffen ganzjährig versorgt und der Kontakt mit dem LAGuS gehalten. Derzeit betrifft das 16 Betriebsarztzentren und einzeln tätige Betriebsärzte, die beispielsweise an Grippeimpfstoffen folgende Impfdosen verbrauchten:

2018/19	2.770
2019/20	3.600
2020/21	8.040
2021/22	7.070

Extrem hoch war der Bedarf an Grippeimpfstoff in der Saison 2020/21. Bei insgesamt 10.600 an das Gesundheitsamt gelieferten Impfdosen kam es zu 51 persönlichen Abholvorgängen durch die Betriebsärzte.

Saisonal zusätzliche Impfsprechstunden waren, wie in den Jahren zuvor, ebenfalls notwendig. Die Mitarbeitenden der Stadtverwaltung größerer Ämter erhielten vor 2020 das Angebot mobiler Grippeimpfaktionen.

Aktuell werden alle Sprechstunden und Bürgerkontakte genutzt, um Impflücken zu schließen und Empfehlungen für notwendige Impfungen zu geben. Auffällig ist der erhöhte Bedarf an Impfungen für Arbeitnehmer/innen, Praktikant/innen und Auszubildende. Im Jahr 2021 handelte es sich in der Hauptsache um Personen aus Vietnam und Syrien, die einen umfassenden Impfschutz und Beratung für Ihre Tätigkeiten im Gesundheitswesen benötigten.

Auch bei der Beratung und Durchführung von Reiseimpfungen ist eine enorme Nachfrage zu verzeichnen. Begründet ist dies in der gestiegenen Reisefreudigkeit der Bürger/innen und des Bestehens der Gelbfieberimpfstelle im Gesundheitsamt als eine von zwei Stellen in Rostock. Von Firmen und dem Ausbildungs- und Förderzentrum Rostock wird diese Möglichkeit für Mitarbeitende und Azubis ebenfalls genutzt.

2018 erfolgten 510 und 2019 541 Gelbfieberimpfungen. Ein Rückgang der Impfungen war coronabedingt 2020/21 sichtbar.

Außerdem zeichnet sich die Impfberatung verantwortlich für Vollständigkeit und Aktualität des Notfallequipments im Gesundheitsamt sowie in den Außenstellen in Evershagen und im Hafen.

Vertretungsweise – 2019/20 war das für 12 Monate der Fall – werden die Tbc-Überwachung und das Einleiten entsprechender Maßnahmen ebenfalls von der Impfberatung übernommen.

Ein Schwerpunkt der Impfberatung ist die Öffentlichkeitsarbeit. Beispiele hierfür sind das jährliche Weltkindertagsfest (Abb. 7 und 8) sowie Veranstaltungen in Stadtteil- und Begegnungszentren, Tage der offenen Tür und Gesundheitstage im Rathaus. Mit Beginn der Pandemie endeten diese Aktionen abrupt.



Abb. 7 und 8
Impfaufklärung am Weltkindertag,
Fotos: Katrin Liebscher

Während der Coronapandemie, mit Beginn im März 2020, nahm der Bedarf an Reiseimpfungen schnell ab. Das Budget für die Reiseimpfstoffe stellte nun kein Problem mehr dar.

Die Impfberatung wurde in die Fall- und Kontakt-ermittlung sowie die Übermittlung von Einreise-meldungen eingebunden. Auch um der Flut von Veranstaltungsanfragen gerecht zu werden, war anfänglich hier die Mitarbeit erforderlich.

PCR-Testungen von Schulklassen und anderen Personengruppen erwiesen sich als notwendig. Diese erfolgten anfangs durch die Impfberatung unter provisorischen Bedingungen, wie z. B. im Eingangsbereich des Seiteneingangs des Gesundheitsamtes. Im Verlauf übernahmen diese Tests Teams des DRK mit Begleitung durch die Impfberatung.

Auch unter Pandemiebedingungen fanden die wöchentlichen Impfsprechstunden, bei jedoch reduzierter Personenzahl, statt.

Die sich ständig verändernden Verordnungen in der Coronapandemie spiegeln sich in einer enormen Erhöhung des Bürgeranfrageaufkommens, telefonisch und per E-Mail, wider. Viele Bürger/innen erscheinen unabhängig von den Sprechzeiten täglich vor Ort, um Fragen zu klären.

Im Herbst 2020 stieg der Bedarf an Grippe-schutzimpfungen aufgrund coronabedingter Aufrufe sehr stark. Drastische, hierbei auftretende Liefereng-pässe verlangten außerordentlich viel Engage-ment und Improvisation.

Seit Beginn der Impfungen gegen Covid-19 im Dezember 2020 waren dann die Anfragen hierzu kaum zu beherrschen. Die Impfpriorisierung führte 2021 in den ersten vier Monaten zu Dauertelefona-ten. Die Erledigung des Tagesgeschäftes gestaltete sich zunehmend als undurchführbar. Dieses wie-derholte sich mit Beginn der „Boosterimpfungen“ von September bis November 2021 leider noch einmal. Die Grenze der Belastbarkeit war längst überschritten.

Nebenher übernahm die Impfberatung ab April 2021 die täglich bei Bedarf (794 Tests) durchgeführ-ten Schnelltests (Antigentests) für die Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamtes. Für einzelne not-wendige PCR-Testungen steht das Team der Impf-beratung weiterhin im „Standby“ Modus bereit.

Auch die Verteilung der Test-Kits an Pflegeeinrich-tungen erfolgte teilweise über die Impfberatung.

Die Aufnahme der POCT Meldungen (Corona-Schnelltest/Antigentest) der Testzentren und Ver-arbeitung der Daten obliegt ebenfalls der Impf-beratung. Die Bearbeitung wurde im Februar 2022 eingestellt, da sie logistisch nicht mehr geleistet werden konnte.

Ein neues Masernschutzgesetz trat zum 1. März 2020 in Kraft. Pandemiebedingt verlängerte sich die Nachweispflicht eines Masernschutzes, in vul-nerablen Bereichen für einen bestimmten Perso-nenkreis bereits zum zweiten Mal. Aktuell soll der Nachweis bis 31. Juli 2022 erfolgen. Die erforder-lichen Voraussetzungen, die Meldemodalitäten bei nicht erfülltem Masernnachweis betreffend, etab-lierte die Impfberatung „nebenbei“. Ein konkreter Handlungsleitfaden im Umgang mit diesen Mel-dungen wird zu den künftigen Aufgaben gehören.

6.2.5 BERATUNGSSTELLE FÜR HIV UND SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFEKTIONEN

KERSTIN NEUBER, MADLEN ZIMMER, MARKUS SCHWARZ

Die Beratungen zu sexuell übertragbaren Infektionen im Gesundheitsamt erfolgen anonym.

Untersuchungen auf HIV-Antikörper und Syphilis sind für Personen, die unsere Einrichtung aufsuchen, kostenfrei. Durch dieses niederschwellige Angebot können vor allem Menschen mit erhöhtem Risiko für diese Infektionen erreicht werden. Bei Bestätigung der Infektionen wird in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen Rostocks (Universitätsmedizin, Dermatologen, Urologen und Gynäkologen) die Behandlung sichergestellt. Eine sehr wichtige Aufgabe ist die sozialmedizinische Beratung, Betreuung und Begleitung von Klienten. Zur Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen sind persönliche Aufklärungsgespräche eine Möglichkeit. Durch die Mitwirkung der Beratungsstelle an Veranstaltungen für die Öffentlichkeit wird ein größerer Teil der Bevölkerung Rostocks erreicht.

Von 1991 bis 2011 arbeitete eine AIDS-Koordinierungsgruppe unter der Federführung des Gesundheitsamtes. In diesem Gremium waren Vertreter/innen der Landesbehörden (Sozialministerium, Landeshygieneinstitut (LHI)), später Landesamt für Gesundheit (LAG) bzw. Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGuS)), die AIDS-Hilfe Rostock, „Rat und TAT“ e. V. und die Dermatologische Universitätsklinik tätig.

Neue Kooperationspartner waren ab 1992 das Jugendamt sowie das Mobile AIDS-Team MV (MAT), welches 1997 zum Mobilen Aufklärungs-Team zu Sexualität und AIDS MV umbenannt wurde. Zur Erweiterung des Kreises der Beteiligten kamen 1993 die Rostocker Stadtmission, Pro Familia bis 1995, die Caritas und die Telefonseelsorge dazu. Ab 1995 waren auch der Landkreis Bad Doberan und die Medizinische Universitätsklinik für Infektionskrankheiten vertreten.

Bis zur Einführung des Infektionsschutzgesetzes arbeitete die Beratungsstelle des Gesundheitsamtes auf der Grundlage des Gesetzes zur Verhütung der Geschlechtskrankheiten, nach dem Prostituierte auf Syphilis, Tripper, weichen Schanker und venerische Lymphknotenentzündungen kontrol-

liert wurden. Sie galten im Sinne des Geschlechtskrankengesetzes § 4 als dringend verdächtig, geschlechtskrank zu sein und Geschlechtskrankheiten weiter zu verbreiten.

Es bestand die Pflicht, dem Gesundheitsamt auf Verlangen das Zeugnis eines Arztes über ihren Gesundheitszustand vorzulegen. Prostitution war laut Bundesgerichtshof von 1953 eine als sittenwidrig eingestufte Tätigkeit. Die Prostituierte galt weder als abhängige Arbeitnehmerin noch als Selbständige. Sie war von der Sozialversicherung ausgeschlossen und trotzdem einkommenssteuer- und umsatzsteuerpflichtig. Wenn die Arbeitsbedingungen für Prostituierte zu günstig waren, hatte das für den Bordellbetreiber eine Bestrafung nach § 180 a StGB zur Folge, weil der Tatbestand der Förderung der Prostitution erfüllt war. Mit der Duldung der „Dirnenwohnheime“ durch den BGH seit 1975 und der Sperrgebietsverordnung von 1974 wurde die Prostitution verstärkt Objekt der staatlichen Kontrolle. Da Rostock 1995 keine Sperrgebietsverordnung hatte, waren alle Einrichtungen flächendeckend über die Stadt verteilt.

Der Bau eines „Dirnenwohnheims“ war geplant. Es formierte sich eine offene Rostocker Rotlichtszene. Bordellähnliche Einrichtungen, wie die „Wagenburg am Mühlendamm“ und die „Seven Girl-Bungalow-Siedlung“ an der Stadtautobahn entstanden, ebenso Bars mit Pensionsbetrieb, Clubs und Apartments. Daneben boten sich Anmierfrauen und -männer in den Nachbars bzw. für Sex in Wohnungen mit Haus- und Hotelbesuch an. Ein Straßenstrich etablierte sich in Rostock nicht.

Die bekannten Einrichtungen wurden ab 1991 durch aufsuchende Sozialarbeit mit Informationen zu Untersuchungs- und Betreuungsangeboten sowie Aufforderungen zu Kontrolluntersuchungen begleitet. Von Anfang an engagierten sich Erika Kranold als Sozialarbeiterin und Dr. med. Fred Schumacher in diesem neuen Umfeld (Abb. 9).



Abb. 9 Erika Kranold und Dr. Fred. Schumacher - erste Besetzung der Beratungsstelle nach der Wende, Foto: Antje Haack

Ab 1996 waren Sexuaufklärung und die Arbeit mit Schülern/innen und Jugendlichen neue Aspekte der Arbeit in der Beratungsstelle. Mit der Kassenärztlichen Vereinigung verhandelte man, um interessierte Ärzt/innen zur Bildung von AIDS-Schwerpunktpraxen zu gewinnen. Zu diesem Zwecke gründete sich eine Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in MV.

Ab 2000 bot das Gesundheitsamt täglich AIDS-Beratungen und den HIV-Antikörpertest an. Es erfolgten mehr Präventionsveranstaltungen für Schüler/innen, Lehrlinge und Lehrgänge des Arbeitsamtes.

Im Dezember jeden Jahres fanden regelmäßig die Zentralen Fortbildungen „HIV/AIDS“ der Ärztekammer MV (ÄK MV) statt.

Die neue Institutsambulanz der Universitätsmedizin lief 2001 gut an. Die Erteilung der Institutsermächtigung durch die Kassenärztliche Vereinigung MV (KV MV) sowie die Laborermächtigung des Klinikleiters ermöglichten ein komplexes Herangehen an das Krankheitsbild AIDS.

In der AIDS-Kommission der ÄK MV entstand eine Empfehlung zur postexpositionellen Prophylaxe (PEP) der HIV-Infektion. Ziel war es, dass jeder Bürger und Urlauber in MV innerhalb von ein bis zwei Stunden ein Zentrum erreichen kann, um prophylaktisch intervenieren zu können. Es war die erste derartige Regelung in der Bundesrepublik Deutschland.

Die Aufnahme von Hepatitis in das Präventionsprogramm war neu. Die STD- und AIDS-Beratung des Gesundheitsamtes beobachtete Probleme bei Spätaussiedlern, die aufgrund ihres kulturellen Hintergrundes einen anderen Umgang mit Sexualität hatten. Eine differenzierte Aufklärung erwies sich als notwendig.

6.2.5.1 ÜBERBLICK UND AUFGABENZUORDNUNG

Zusätzlich zur Betreuung von vorwiegend Schulklassen und Jugendgruppen zeigten sich neue Aufgaben. Es entstanden Flyer zu den Themen „Hilfe im Beruf“ für mittleres medizinisches Personal. Die Risikobereitschaft für Sex ohne Kondom nahm wieder zu. Bei der Behandlung von HIV-Infektionen erhöhte sich der Anteil der Ausländer/innen.

Die Zahl der HIV-Neuinfektionen ging in der Bundesrepublik Deutschland langsam zurück. Sieben Prozent der Fälle wurden in den neuen Bundesländern beobachtet.

Mit dem Ausscheiden des ärztlichen Leiters der Beratungsstelle Dr. med. Fred Schumacher übernahmen die Abteilungsleiterin Dr. Kerstin Neuber und Dr. Markus Schwarz die Sprechstunden.

Aufgrund der Personaleinschränkung konnte die aufsuchende Sozialarbeit bei Sexanbieter/innen nur sehr reduziert angeboten werden.

Die männlichen Sexarbeiter wurden über Rat und Tat e. V., die Minderjährigen vom Jugendamt über das kostenfreie und anonyme Untersuchungsangebot des Gesundheitsamtes informiert.

Da sich die Praxis von Dr. Susanne Kreft in Rostock umprofilierte, baten HIV-Positive im Gesundheitsamt um Unterstützung bei der Vermittlung von hausärztlicher Betreuung.

Zu dieser Zeit fielen vermehrt AIDS-Phobiker in der Sprechstunde und auch in der Telefonseelsorge auf. Die Beratungsstelle versuchte, durch regelmäßige Tests die Ängste zu verringern und diese Klientel an erfahrenen Sozialarbeiter/innen zu vermitteln. Die Ambulanz der Klinik für Innere Medizin der Universitätsmedizin (KIM) hatte nur eine Spezialsprechstunde in der Woche. Um die Anonymität zu wahren, suchten Betroffene verstärkt Ambulanzen außerhalb von Rostock auf.

In der AIDS-Koordinationsgruppe bestand der Bedarf zum Austausch mit der Spezialambulanz der KIM zur medikamentösen Behandlung von HIV-Positiven und AIDS-Kranken, zu ihrer sozialen Stellung (Sozialhilfe, Beratung) bzw. zum Umgang im Arbeitsprozess. Es stand auch die Frage, mit welchen Krankenkassen und Hausärzten/innen man gut zusammenarbeiten konnte.

Der Schwerpunkt der Arbeit richtete sich auf die Aufklärung von Homosexuellen zu Infektionen mit Hepatitis A. Aufgrund des Anstiegs von Syphilis-erkrankungen erwog man zusätzlich zum HIV-Test die Untersuchung auf Syphilis. Vom Jugendamt eingestellte Streetworker intensivierten die Aufklärungsarbeit.

2003 waren in Rostock sechs Clubs, vier Massage-salons und Begleitagenturen in Privatwohnungen bekannt. Frauen aus Osteuropa behandelten sich mit freiverkäuflichen Medikamenten aus ihrer Heimat selbst, was das Resistenzrisiko erhöhte. Soziale Notlagen, Versicherungsprobleme, Hygienemängel und Betreiberprobleme in Arbeits-stätten konnten abgeklärt werden. Es wurden z. B. 68 Rezepte verordnet und fünf Arbeitsverbote ausgesprochen. Von 526 Untersuchten waren 486 Sexarbeiterinnen.

2004 registrierte die Universitätshautklinik einen Anstieg von Erkrankungen mit Gonorrhö und Syphilis. Das Stadium II der Syphilis wurde mit Arzneimittelreaktionen verwechselt. Prof. Dr. Gerd Gross regte dazu eine Weiterbildung für Dermatologen, Gynäkologen, Urologen und andere medi-zinische Fachrichtungen für das Jahr 2005 an. In diesem Jahr überwies die Universitätsklinik noch Patient/innen zur Diagnostik und Therapie an den Niederlassungsbereich, da bestimmte Behandlungen nicht durch die Universitätsklinik finanziert werden konnten.

Die gezielten Aufklärungskampagnen zu HIV und AIDS ließen andere sexuell übertragbare Infektionen in Vergessenheit geraten. Das betraf nicht nur die Allgemeinbevölkerung, sondern auch medizinisches Personal einschließlich der Ärzte/innen. Die Universitätshautklinik bot eine Vulva-Sprechstunde an und beteiligte sich am STD-Sentinel des RKI.

Seit der Inkraftsetzung des Infektionsschutzgesetzes und des Gesetzes zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Prostituierten veränderte sich die Arbeit der Beratungsstelle. Es kamen mehr Bürger/innen zur Beratung und Untersuchung. Prostituierte stellten sich vorwiegend mit klinischen Beschwerden vor. Nach § 19 IfSG hatte das Gesundheitsamt in Einzelfällen die ambulante Behandlung durch einen Arzt sicherzustellen, wenn dies in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen nicht möglich war. Das betraf vorwiegend nichtversicherte Personen oder sich illegal in Deutschland aufhaltende Menschen. Es war ein Zugang zu Versorgungssystemen zu er-

möglichen und dies aus öffentlichen Mitteln zu be-streiten. Im Bedarfsfall frequentierten Frauen und Männer aus anderen Städten die Sprechstunde des Gesundheitsamtes. Die aufsuchende Sozial-arbeit musste ausgebaut werden und konnte im Rotlichtmilieu nur zu zweit erfolgen.

Am 1. Januar 2005 startete BORDERNET – ein grenz-überschreitendes europäisches Programm zur Prävention von STD und HIV. Es wurde gemeinsam durch das Sozialpädagogische Institut Berlin, das MAT, die Universitätsklinik Rostock und polnische Mitstreiter/innen aus dem Stettiner/Swinemünder Raum mit Leben erfüllt.

Im Jahre 2011 gestaltete das Gesundheitsamt Rostock zum 20-jährigen Bestehen der STD/HIV Beratungsstelle ein Poster, welches zur Bundes-jahrestagung der Deutschen STI-Gesellschaft in Frankfurt/Main vorgestellt wurde.



Zur kompletten Ansicht in unserer Online Galerie



2006 zog das Gesundheitsamt in die Paulstraße 22 um und richtete für die STD- und AIDS-Beratungs-stelle einen großräumigen Arbeitsbereich ein (heute Amtsärztlicher Dienst).

Zwischen 2000 und 2007 wurde eine Veränderung im sexuellen Risikoverhalten mit einer deutlichen Zunahme der HIV-Neuinfektionen beobachtet. Deshalb forderte der Landtag MV am 12. Dezember 2007 die Landesregierung auf, Leitlinien für spezi-fische Zielgruppen zu erarbeiten.

Im Juni 2008 legte das Sozialministerium einen Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention vor. Die Maßnahmen zur individuellen Verhaltensprävention sollten mit einer gesundheitsfördernden Gestaltung der Rahmenbedin-gungen verknüpft werden. Isolierte Präventions-maßnahmen hatten sich als nicht ausreichend

wirksam erwiesen. Die AIDS-Prävention wurde in eine Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention eingebettet. Die Lebenswelten Kommune (hier wurde beispielhaft die Rostocker Kommunale Gesundheitsförderungsstrategie aus-gewiesen), Schule, Betrieb/Arbeitswelt fanden be-sondere Berücksichtigung.

In den Jahrgangsstufen 1 bis 13 sollten nicht nur Aufklärungsaktionen stattfinden, sondern allge-meine Lebenskompetenzen der Schülerinnen und Schüler gefördert werden. Dieser Aktionsplan galt bis 2010.

Neben der Finanzierung von kommunalen Be-ratungsstellen an den Gesundheitsämtern über-nahmen die Kommunen auch die Förderung von HIV/AIDS-Projekten an den Beratungsstellen freier Träger. Es wurden Leitlinien zur zielgrup-penspezifischen Aufklärung, Prävention und Bildung erarbeitet. Zu den Zielgruppen gehörten die Allgemeinbevölkerung, „Junge Alte“, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, Menschen mit Migrationshintergrund und Sextouristen. 2010 wurde das AIDS-Zentrum zum Centrum für sexuel-le Gesundheit (CSG) umbenannt, um den neuen Aufgaben gerecht zu werden. Ab 2011 durfte das CSG HIV-Schnellteste anbieten, allerdings mit einem Unkostenbeitrag von 12 EUR. Tests klärten bestandene Risiken schneller ab. Bei einem posi-tiven Ergebnis konnten die Diagnostik sowie eine Behandlung frühzeitig eingeleitet werden.

Ende 2011 nahmen die neuen Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes, Dr. Anja Rutzen, als Abtei-lungsleiterin im Amtsärztlichen Dienst und eine Sozialarbeiterin in der Beratungsstelle STD und AIDS ihre Tätigkeit auf.

Mit Beginn 2013 wurden alle zwei Wochen Unter-suchungsmöglichkeiten und eine ärztliche Sprechstunde im Eroscenter angeboten und Test-möglichkeiten auf HIV 14-tägig im Stadtteil- und Begegnungszentrum Rostock-Dierkow und monat-lich in Groß Klein geschaffen.

Die kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit verteilte sich über das ganze Jahr, nicht mehr nur auf den Welt-AIDS-Tag.

Am 24. Mai 2013 gab es einen sehr umstrittenen „Appell aus Rostock zur Prävention der HIV-In-fektion in Deutschland“ vom AIDS-Ausschuss der Ärztekammer MV. Der Appell hatte das Ziel, das Recht auf Nichtwissen aufzuheben und die HIV-Infektion als meldepflichtige, nicht anony-misierte Infektion im Infektionsschutzgesetz zu verankern.

Es wurden die Präventionsstrategien der Bun-deszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Deutschen AIDS Hilfe und der regionalen und lokalen Selbsthilfegruppen in Frage gestellt. Dieser Appell lähmte die weitere Zusammen-arbeit mit dem AIDS-Ausschuss.

Durch die Flüchtlingswelle Ende 2015 musste die Beratungsstelle andere Prioritäten setzen, so dass die Arbeit dort zum Erliegen kam.

Ab November 2016 aktivierte Madlen Zimmer die Beratungsstelle für HIV und sexuell übertragbare Infektionen mit neuen Ideen.

6.2.5.2 NEUES AIDS UND ALTE BILDER – RÜCKBLICK AUF FÜNF JAHRE TÄTIGKEIT IN DER HIV- UND STI-BERATUNGSSTELLE MADLEN ZIMMER

Als ich im November 2016 meine Stelle, in der da-mals noch „Beratungsstelle für AIDS und andere sexuell übertragbaren Erkrankungen“ antrat, fand ich ein Arbeitsumfeld vor, das mir – im Rahmen des ÖGD – völligen Handlungsspielraum ließ. Dies habe ich sicherlich der Vorarbeit meiner beiden Vorgängerinnen zu verdanken. War die Beratungs-stelle in den 90er-Jahren noch das „Schmuddel-kind“ in der hinteren Ecke des Amtes, konnte ich von gewachsenen Strukturen profitieren und meine Arbeit zielgruppenspezifisch und auf die Einheit von Primär-, Sekundär- und Tertiärprä-vention ausrichten. Kurz formuliert: Infektionen verhindern und/oder früh erkennen und/oder Fol-geschäden abwenden. Ein sicherlich hehres Ziel, aber ein bisschen Wahnsinn benötigt man einfach, um in diesem Bereich zu arbeiten.

Ich erinnere, dass mein erstes Vorhaben, näm-lich das Testangebot auch als „Bringstruktur“ zu etablieren, gnadenlos scheiterte. Über einen Pro-jektzeitraum von einem Jahr boten wir monatlich Testtage im Eros-Center sowie den beiden SBZ in Toitenwinkel und Lichtenhagen an. Begleitet und unterstützt wurde ich an diesen Exkursionstagen

von Dr. Jeanette Sinha vom LAGuS oder Fachärztin Simone Oldenburg vom Amtsärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes. Angenommen wurde das Angebot, trotz guter Öffentlichkeitsarbeit durch die beiden Stadtteilbegegnungszentren, jedoch nicht. Dennoch habe ich zwei Dinge gewonnen. Erstens, die Erkenntnis, dass ein HIV/STI-Angebot für die Allgemeinbevölkerung und für Sexarbeitende eher in einer „Kommstruktur“ sinnhaft scheint. Zweitens durch die regelmäßige Anwesenheit im SBZ Toitenwinkel ergab sich eine dauerhafte Netzwerkverbindung, die in den folgenden Jahren aufrechterhalten werden konnte.

Selbstverständlich stand jedem Menschen das Angebot des Gesundheitsamtes offen. Jedoch war das Ziel meiner Arbeit für das Testangebot, vor allem Hauptbetroffenengruppen zu erreichen.

Diese sind in Deutschland klar definiert:

- Männer, die Sex mit Männern haben,
- Menschen aus Hochprävalenzländern und
- intravenös Drogen gebrauchende Menschen.

Mein Fokus lag hier sicherlich auf den MSM (Männern, die Sex mit Männern haben).

Die Szene der intravenös Drogen Konsumierenden in Rostock ist sehr überschaubar und bis zur Einführung der Interferonfreien HCV-Therapie 2014 eher mit den Problemen einer Hepatitis-C-Infektion konfrontiert.

Bei den Menschen aus hochprävalenten Gebieten sieht es ein wenig anders aus. Rostock mit seiner doch recht großen russischsprachigen Gemeinschaft wäre prädestiniert für eine zielgruppenspezifische Präventionsarbeit, da sowohl Russland als auch die Ukraine die weltweiten Rankings der HIV-Neudiagnosen seit Jahren anführen. Der Zugang hier ist ohne Peers jedoch so gut wie nicht möglich.

Für die größte Gruppe derer, die von HIV und anderen STI betroffen sind, konnten wir das Portfolio der Beratungsstelle durch folgende Angebote jedoch recht attraktiv gestalten:

- Umbenennung der Beratungsstelle in Beratungsstelle für HIV/Aids und andere sexuell übertragbare Infektionen (das „alte AIDS“ ist kein Teil mehr der Lebensrealität von schwulen und bisexuellen Männern),

- HIV und Syphilistest, auch als Verlaufskontrolle,
- (rektale) Selbstabstriche auf Gonokokken („Tripper“) und Chlamydien,
- PrEP-Check mit ausführlicher Erstberatung,
- kostenfreies PrEP-Book, in dem übersichtlich die Untersuchungen und die Einnahme der PrEP dokumentiert werden kann.

So stieg der Klientenanteil der Männer, die Sex mit Männern haben, kontinuierlich von 35 % auf 66 %.

LET'S TALK ABOUT SEX

... ist nicht nur ein wichtiges Fortbildungsprojekt für Ärztinnen und Ärzte der Deutschen Aidshilfe, sondern bildete auch die Arbeitsgrundlage meiner Tätigkeit. Ich bin seit 2004 in diversen Strukturen mit dem Thema HIV/Aids beschäftigt. Mein Einstieg war also weit nach Ende der AIDS-Krise der 1980er- und frühen 1990er-Jahre. Das Sterben stand seit der Vorstellung der ersten wirksamen Kombinationstherapie auf dem Welt-Aids-Kongress in Vancouver 1996 in der Realität nicht mehr auf der Agenda der Beratungsstellen. Das an die Diagnose HIV gekoppelte Bild vom Sterben begleitete mich jedoch bis zu meinem Ausscheiden Anfang 2022. Ich habe drei der vier großen Meilensteine der HIV-Entwicklung selbst miterleben dürfen.

VANCOUVER

Vor 26 Jahren, nämlich 1996 wurde, die Kombinationstherapie gegen HIV der Öffentlichkeit vorgestellt – bei der XI. Internationalen Aids-Konferenz im kanadischen Vancouver. Seitdem ist eine dauerhaft wirkungsvolle Behandlung der HIV-Infektion möglich, eine Aids-Erkrankung lässt sich vermeiden und oft sogar rückgängig machen. Viele Menschen kehrten damals buchstäblich vom Sterbebett zurück ins Leben. „Das AIDS-Wunder“ nannte es der Spiegel.

Das EKAF-Statement 2006 und die Zulassung der PrEP 2016 haben das Thema Sexualität in den Hauptrisikogruppen sowie von HIV-positiven Menschen selbst fundamental verändert.

EKAF

2008 brach die schweizerische Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen (EKAF) ein Tabu: In der Schweizerischen Ärztezeitung veröffentlichte die EKAF nach Bewertung der bis dahin verfügbaren Daten, dass HIV-Patienten, deren HIV-Therapie erfolgreich die Vermehrung der Viren unterdrückt, sexuell nicht ansteckend sind.

Nimmt man den Auftrag, dazu beizutragen, die Weitergabe sexuell übertragbarer Infektionen zu reduzieren ernst, dann impliziert die Aufgabe der Beratungsstelle für HIV/Aids und andere sexuell übertragbare Infektionen, mehr als das Vorhalten eines Testangebotes. „Sex sells“ – aber reale Sexualität ist immer noch eines der großen Tabuthemen unserer Gesellschaft. Medial wird Sex vermittelt als das Verschmelzen zweier Körper, die sich umrahmt von klassischer Musik, falten- und speckröllchenfrei, geräuscharm und in einer perfekten Choreografie dem Liebesakt hingeben. Gesund, jung und in einer klaren Rollenverteilung. Mit der Realität hat dieses Bild wenig gemein. Kontrollierbar erscheint aber vielen der Bereich der Gesundheit. Eine bestehende HIV-Infektion des Partners bzw. der Partnerin oder die eigene Chlamydien- oder Syphilisinfektion werden als Makel wahrgenommen, was häufig zu Fremd- oder Eigenstigmatisierung führt.

PREP

2018 Zulassung der PrEP (PräExpositionsProphylaxe) in Deutschland. Hier nehmen HIV-negative Menschen ein HIV-Medikament ein, um sich vor HIV zu schützen. Das Medikament verhindert, dass sich das Virus nach dem Eindringen in den Körper vermehren kann.

Bereits 1990 bemerkte Hans Peter Hauschild, einer der ersten Aidsaktivisten Deutschlands: „Das Verhalten kann nicht von den Verhältnissen getrennt werden“. In anderen Worten: Was ein Mensch für seine Gesundheit und die Gesundheit anderer tun will und kann, hängt von seinem Lebensumfeld und der Gesellschaft ab. Diskriminierung und Ausgrenzung behindern gesundheitsbewusstes Verhalten.

2011 und 2020 gab es eine große „PLHIV Stigma Index Studie“ (The People Living with HIV Stigma Index 2.0). Das wissenschaftlich aufwendige Studiendesign legt vor allem im Gesundheitsbereich in Deutschland eine traurige Datenlage offen. Im Ergebnisbericht ist zu lesen:

„2011 gaben 19 % der Befragten an, dass ihnen in den letzten 12 Monaten mindestens einmal eine Gesundheitsleistung (inkl. Zahnbehandlungen) verweigert wurde. 2020 gab es zwei getrennte Fragen dazu. Hier sind es acht Prozent, denen eine allgemeine Gesundheitsleistung verweigert wurde und 16 %, die von der expliziten Verweigerung im zahnärztlichen Kontext in den letzten 12 Monaten berichten. Da 2020 Doppelnennungen bei beiden Antwortmöglichkeiten nicht auszuschließen sind, ist eine Vergleichbarkeit zu 2011 hier nur begrenzt möglich. Dennoch scheint sich hier in den letzten Jahren kaum etwas zum Positiven entwickelt zu haben.“ (Ergebnisbericht positive Stimmen 2.0, S. 93)

Wissend um dieses Problem konnten in Rostock, gemeinsam mit verschiedensten Kooperationspartner*innen Fortbildungen und Projekte umgesetzt werden, die auf den Abbau von „alten Bildern“ zielten. Denn nichts Anderes liegt der Ablehnung von Menschen mit HIV zugrunde.

Das Thema „HIV und Schwangerschaft“ wurde mehrfach mit unterschiedlichem Adressatenkreis aufgegriffen.

2018 referierte ich in Kooperation mit der Mütter- und Väterberatungsstelle des Gesundheitsamtes als Fortbildung für Hebammen und Schwangerschafts- und Konfliktberatungsstellen und ebenfalls über dieses Thema auf dem 24. Gynäkologentammtisch MV.

2019 fand der erste von zwei Fachtagen, die gemeinsam mit dem Centrum für sexuelle Gesundheit (CSG) organisiert wurden, zum Thema „Se-

xuelle Gesundheit in der Arztpraxis“ statt. Hier sollte es eigentlich ein jährliches Angebot geben, jedoch musste coronabedingt die Fortsetzung bis 2021 warten. War der erste Fachtag noch in Präsenz und mit Warteliste sehr gut angenommen, musste der zweite wegen der Coronapandemie erst verschoben, dann in einem Onlineformat stattfinden, was die Anmeldezahlen halbierte. Dennoch schien Sexualmedizin und der vorurteilsfreie Umgang mit HIV-positiven Patient*innen in der hausärztlichen Praxis ein Thema der Zeit zu sein. 2020 fragte das Kompetenzzentrum für Weiterbildungen in MV die Thematik für Ärztinnen und Ärzte an.

SAFER SEX-IST DOCH KLAR, ODER?

Jede Safer-Sex-Strategie sollte zur Risikominimierung beitragen können. Aber sie sind häufig sehr individuell und je näher man sich dabei an der realen Lebenswelt orientiert, umso besser greift sie.

Rational betrachtet, könnte man sagen, gibt es mittlerweile drei gleichwertige Safer-Sex-Strategien, um sich vor einer HIV-Infektion zu schützen.

1. Das Kondom bildet eine physikalische Barriere und ist bei sachgerechter Anwendung sowohl sicheres Verhütungsmittel als auch solider Schutz vor HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. Nachteile des Kondoms sind seine „Verfügbarkeit im richtigen Moment“, eine relativ fehleranfällige Handhabung und seine von einigen Menschen als störend empfundene haptische Präsenz beim Sex.
2. Die HIV-Therapie, die sowohl den HIV-positiven Menschen vor den Auswirkungen eines unbehandelten Verlaufes schützt, als auch die Übertragung des HI-Virus auf den Sexualpartner verhindert.
3. Die PrEP, eine vorsorglich genommene Medikation, die das Andocken des Virus und somit die Infektion abwendet.

Mit diesen Tatsachen wäre die Arbeit aller HIV/Aids-Beratungsstellen und Aidshilfen des Landes eigentlich obsolet.

Das man Ängsten und Bildern jedoch nur schwer mit ausschließlich rationalen Argumenten begegnen kann, zeigt uns gerade wieder die jüngst stattfindende Pandemie. Nach meiner Erfahrung bildet das Zusammenspiel von Wissen und dem selbstbewussten Umgang mit der eigenen Sexualität den besten Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen. Auf beiden Gebieten gibt es noch viel zu tun.

DEPOTMEDIKAMENTE

2020 Erste komplette HIV-Therapie in Form von Monatspritzen in Europa zugelassen.

Von den über 1.500 HIV-Tests, die von 2016 bis 2021 im Gesundheitsamt durchgeführt wurden, waren 13 positiv – also nicht ganz ein Prozent. Betroffen waren 100 % Männer, die Sex mit Männern hatten. Dennoch kam fast jede heterosexuelle Person, die in diesen fünf Jahren beraten wurde – und das sind weit mehr als die, die getestet wurden – mit der Befürchtung, sich mit HIV oder einer anderen sexuell übertragbaren Infektion angesteckt zu haben oder mit dem Anliegen, sich „sauber“ in eine neue Beziehung begeben zu wollen.

Sexuelle Gesundheit umfasst jedoch mehr als die Abwesenheit einer sexuell übertragbaren Infektionen (STI). Es ist das Bewusstsein und die Akzeptanz der eigenen Sexualität und Bedürfnisse ebenso wie über deren Risiken und Grenzen.

Zwei Beispiele zur Verdeutlichung:

Mein ältester und wohl auch treuester Klient ist Jahrgang 1939. Ein schwuler Mann, der körperlich und geistig jung geblieben ist. Schon in unseren ersten Gesprächen war völlig klar, dass er sehr gut über Übertragungswege von HIV und anderen STI informiert ist. Und auch, wenn ich ihn ausgesprochen sympathisch finde, habe ich mich lange gefragt, warum er nach jedem neuen sexuellen Kontakt – egal wie hoch das Risiko war, auf einen Test besteht und in den Gesprächen stets ein latentes Schamgefühl zu bemerken ist. Mir ist erst relativ spät und nach vielen Gesprächen klargeworden: Dieser Mann hat wahrscheinlich seine ersten sexuellen Erfahrungen ebenso, wie die bisweilen daran geknüpften emotionalen Verbindungen, in einer Zeit gemacht, in der Homosexualität eine

Straftat war. Er hat die Aidskrise erlebt und Freunde sterben sehen. Und auch in der Lebensspanne, in der er sich selbst als sexuell am aktivsten beschreibt, wurde bei einer sexuell übertragbaren Infektion jeder sexuelle Kontakt nachverfolgt. Was eine HWG-Person war und was das bedeutete, musste mir erst eine meiner Vorgängerinnen – Erika Kranold – erklären. An diesem Beispiel wird meines Erachtens deutlich, wie viel Einfluss der gesellschaftspolitische Rahmen und die von uns gemachten Erfahrungen auf die Entwicklung unseres sexuellen Selbstbewusstseins haben. Der zweite Fall, der mich darin bestärkt hat, dass Aufklärung mehr ist als jenes, was man googlen kann, ist ein junger Mann um die 20. Er berichtete nicht ohne Stolz sein Coming Out erfolgreich hinter sich gebracht zu haben und bräuchte nun einen HIV-Test sowie ein STI-Screening, da er ja jetzt zu einer Hauptbetroffenengruppe gehöre und ihm seine Gesundheit wichtig sei. So weit, so richtig. Als wir in der Beratung dann zur Risikoanalyse kamen, meinte er, er hätte erst jetzt seinen ersten Freund kennen gelernt und noch nie Sex mit einem Mann gehabt. Er hat also ein Gesundheitsrisiko an seine Identität statt an eine Handlung geknüpft.

WAS HÄNSCHEN NICHT LERNT ...

Häufig habe ich mich rechtfertigen müssen, weshalb ich keine Prävention in Schulklassen anbiete. Das hat mehrere Gründe.

Zum einen ist HIV, wie jede andere STI, unter Jugendlichen derartig selten, dass es in keinem Verhältnis steht, eine Aufklärung über Sexualität gleich mit dem Risiko einer Krankheit zu verknüpfen.

Im heranwachsenden Alter ist der Umgang mit dem eigenen Körper, der eigenen Sexualität und eigenen Grenzen fundamental. Das sind jedoch sexualpädagogische Inhalte, die ich fachlich nicht bedienen kann. Eine selbstbewusst entdeckte und ebenso gelebte Sexualität ist zwar die Grundlage im Umgang und sicher auch ein Baustein zur Vermeidung von sexuell übertragbaren Infektionen.

Jedoch im Fokus der modernen Sexualpädagogik steht sicherlich nicht die HIV/STI-Prävention. Es ist eher ein Nebenprodukt, was sich im Verlauf ergeben kann.

Zum anderen ist der Mensch unfassbar vergesslich. Oder können Sie sich noch an mehr als die stabile Seitenlage aus ihrem letzten, mehrstündigen Erste-Hilfe-Kurs erinnern? Es stellt sich die Frage, wie sinnvoll es ist, einem 14-jährigen Menschen

an Praktiken und Situationen geknüpfte Risiken näher zu bringen, die er wahrscheinlich noch nie ausprobiert oder selbst erlebt hat.

Der sexualpädagogische Ansatz hier wäre eher der Abbau von Scham- und Schuldgefühlen, die an das Thema der sexuell übertragbaren Infektionen gekoppelt sind.

DAS ÄLTESTE GEWERBE DER WELT

Einen Quantensprung bei Deutung und Anlass hat sicherlich die aufsuchende Arbeit im Bereich Prostitution/Sexarbeit gemacht. Bis zur Ablösung durch das Infektionsschutzgesetz war die Arbeitsgrundlage das Bundesseuchen- und Geschlechtskrankengesetz aus dem Jahr 1953:

„§ 4 Abs. 1 Geschlechtskranke sowie solche Personen, die dringend verdächtig sind, geschlechtskrank zu sein und Geschlechtskrankheiten weiterzuverbreiten, haben dem Gesundheitsamt auf Verlangen, gegebenenfalls wiederholt, ein Zeugnis eines in Deutschland bestellten oder zugelassenen Arztes über ihren Gesundheitszustand vorzulegen.“

Die Untersuchungen wurden im Gesundheitsamt selbst durchgeführt und damit die gesetzlich geforderten Aufgaben der Prostituiertenüberwachung erfüllt. Auch die aufsuchende Arbeit diente vor allem dem Zweck, „säumige Prostituierte“ (Dr. Fred Schumacher, 1993) zu beraten und zur Untersuchung aufzufordern.

Den sogenannten „Bockschein“ gab es, wenn sich Sexarbeiter*innen 14-tägig zu Abstrich- und vierteljährlich zur Blutuntersuchung im Gesundheitsamt einfanden. Die Realität bildete sich hier weitaus weniger bürokratisch ab. Im Zentrum stand die Aufklärung und Beratung über sexuell übertragbare Infektionen sowie die Begleitung im medizinischen Bereich und manchmal auch darüber hinaus. Wie heute auch, setzt dies ein lang erarbeitetes Vertrauensverhältnis voraus. Es basiert jedoch nie auf Zwang, weshalb die gesetzlichen Kontrollvorgaben in diesem Bereich immer schon Auslegungssache waren. Mehr im Mittelpunkt als heute war das persönliche Verhältnis zwischen der Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes und den Sexarbeiter*innen. v

Erika Kranold (Sozialarbeiterin von 1991 bis 2011) beschreibt ihre Arbeit als einen Spagat zwischen

der professionellen Distanz und dem Auftrag, den ein Gesundheitsamt – qua Institution – hat zum einen und der Offenheit gegenüber Lebensrealitäten zum anderen, die sehr von denen der Mehrheitsgesellschaft bzw. deren Moralvorstellungen abweichen.

ARTIKEL DER NORDDEUTSCHEN NEUESTEN NACHRICHTEN (NNN) AUS DEM JAHRE 2006 ZUM THEMA HIV-TEST



Zur kompletten Ansicht in unserer Online Galerie



Mit der Einführung des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) änderte sich die Sichtweise und auch Vorgehensweise wesentlich.

„§ 19 IfSG – Das Gesundheitsamt bietet bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten [...] Beratung und Untersuchung an oder stellt diese in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen sicher. [...] Die Beratung und Untersuchung sollen für Personen, deren Lebensumstände eine erhöhte Ansteckungsgefahr für sich oder andere mit sich bringen, auch aufsuchend angeboten werden. [...] Die Angebote können bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten anonym in Anspruch genommen werden [...]“.

Mit SeLA (Selbstbewusst Leben und Arbeiten) gibt es eine Anlaufstelle für Menschen in der Sexarbeit, die nach dem Credo arbeitet, dass Sexarbeit eine freiwillig erbrachte sexuelle Dienstleistung ist, die einen einvernehmlichen Vertrag zwischen zwei oder mehreren erwachsenen Menschen darstellt. Mit dieser auf Wertschätzung basierenden Haltung konnte sich SeLA in der Rostocker Sexarbeitsszene innerhalb weniger Jahre etablieren. Die Idee zu einer solchen Beratungsstelle wurde im Gesundheitsamt Rostock geboren. Mit dem Verein „Stark machen“, ehemals „Frauen helfen Frauen e. V.“, wurde die Beratungsstelle trotz politischem und gesellschaftlichem Gegenwind 2014 realisiert. Insbesondere im Prozess der Umsetzung des ProstSchG arbeitete ich viel und eng mit SeLA zusammen. Die aufsuchende Arbeit, vor allem der Modelwohnungen in Rostock, durfte ich ein- bis zweimal im Monat unterstützen.

Bei der Einführung des Prostituiertenschutzgesetzes (ProstSchG) 2017 kam es bezüglich der dort vorgesehenen verpflichtenden Gesundheitsberatungen (ohne Untersuchungen) zu einer sehr eindeutigen Positionierung des Gesundheitsamts. Man entschied sich, offen zu kommunizieren, dass die Gesundheitsberatung, die mit dem Ausstellen eines Nachweises mit Klarnamen geführt wird, nicht an das anonyme Beratungs- und Testangebot des Gesundheitsamtes angedockt werden könne. Es würde damit jegliches erworbene Vertrauen, das während der aufsuchenden Arbeit aufgebaut sowie die zugesicherte Anonymität bei Beratungen und Tests vor Ort verspielt werden.

Letztendlich übernahm das LAGuS diese Pflichtaufgaben, ich konnte mich mit meinen Kolleginnen von SeLA in der aufsuchenden Arbeit auf die allgemeine Beratung zum Thema STI oder dem ProstSchG konzentrieren. Zwischen 2017 und 2018 änderte sich mit der Anmeldepflicht, Zwangsberatung und Kondompflicht für Sexarbeitende vieles – was wirklich ein „heißes Eisen“ war.

Schnell wurde deutlich, dass die zumeist nicht krankenversicherten Sexarbeiter*innen in Rostock keine medizinische Anlaufstelle hatten. Vornehmlich im gynäkologischen Bereich gab es einen Bedarf, der über die vom Gesundheitsamt angebotenen STI-Untersuchungen hinausging. Gefragt waren Frauenärztinnen, die sich in dem Bereich engagieren wollten. Hier gelang es, die Koordinatoren der Stammtische für Gynäkologinnen und Gynäkologen in Rostock und MV, Dr. med. Rother und Dr. med. Freitag, zu überzeugen, die

Idee einer Gynäkologischen Sprechstunde für Sexarbeiterinnen zu unterstützen.

2017 nahm ich an einem Stammtischtreffen in Rostock teil, und 2018 flocht ich das Anliegen im Referat auf dem 24. Gynäkologentag MV in Warnemünde ein. Es fanden sich zwei engagierte Rostocker Gynäkologinnen, die zweimal pro Monat für zwei Stunden eine Sprechstunde für Sexarbeiterinnen anboten. Im ersten Jahr noch im Wechsel zwischen Gesundheitsamt und eigener Praxis. Ab Ende 2018 wurden die Sprechstunden ganz in die fachärztlichen Praxen ausgelagert. Finanziert wird das Projekt weiterhin vom Gesundheitsamt. Die Mitteilung der HIV/STI-Testergebnisse erfolgt über das Gesundheitsamt.

„ALLE FREIER SIND SCHWEINE UND ALLE SEXARBEITER*INNEN ZWANGSPROSTITUIERTE“

Mit diesem Bild wurde ich sehr oft konfrontiert. Und ich möchte weder die Existenz von Freien leugnen, die sich wie Tiere benehmen, noch die von Menschenhandel und Zwangsprostitution. ZORA, die Fachberatungsstelle für Betroffene von Menschenhandel zur sexuellen Ausbeutung und Zwangsverheiratung in Schwerin, geht von einem Anteil von zwei Prozent Zwangsprostituierten unter den Sexarbeiter*innen aus. Selbstverständlich sind das mindestens zwei Prozent zu viel. Viel öfter habe ich aber Frauen getroffen, die in ausgesprochen prekären Lebens- und Arbeitsverhältnissen angeschafft haben. Ohne Zwang, jedoch mit enormen existentiellen Druck. Vor allem die teils sehr jungen Sexarbeiterinnen aus Rumänien und Ungarn arbeiten zu Dumpingpreisen. Die Gruppe der trans* Sexarbeitenden bewegt sich eher in besonders unsicheren Verhältnissen. Dennoch empfinde ich es als falsch, diese Frauen* in eine Opferrolle zu pressen. Empowerment, wie es diverse SeLA-Projekte bieten, ist da wohl der nachhaltigere Ansatz. Diese Strategie lässt eine Entwicklung im und aus dem Arbeitsbereich heraus zu.

Es gibt auch ein anderes Gesicht der Sexarbeit in Rostock. Ich habe viele ausgesprochen selbstbewusste und selbstreflektierte Frauen kennen lernen dürfen, vielleicht nicht immer stolz auf ihren Beruf aber, sich dennoch des eigenen Wertes sehr bewusst. Ich erinnere eine Situation, in der ich mit der Kollegin von SeLA in der KTV unterwegs war. Da wir stets unangekündigt und auf gut Glück in den Modelwohnungen klingelten, erlebten wir es, dass eine Sexarbeiterin, offensichtlich zu der Zeit nicht uns, sondern einen Kunden erwartete. Einen Kunden, der wohl ein besonderes Willkom-

men gebucht hatte. Uns öffnete eine Frau die Tür, die nichts weiter als ein strahlendes Lächeln und ihre Highheels trug. Kurz bemerkt, es war mitten im Januar und bitter kalt, so dass unsere dicke Winterkleidung den Kontrast zu unserem Gegenüber noch verstärkte. Den kurzen Augenblick, den wir benötigten um uns zu sammeln, warf sich die Sexarbeiterin ein durchsichtiges Nichts über die Schultern und bat uns freundlich etwas später wieder zu kommen, da sie gleich Kundschaft erwartete. Eine der netteren Abfahrten, die wir an diesem Tag bekamen, denn aufsuchende Arbeit im Bereich Sexwork bedeutet, an viele Türen zu klopfen und oft eben auch nicht eingelassen zu werden.

WAS IST EIGENTLICH MIT HEPATITIS?

Seit 2017 können sich Personengruppen mit erhöhtem HAV- und HBV-Risiko unkompliziert und unentgeltlich im Gesundheitsamt impfen lassen. Dies trifft auf Männer, die Sex mit Männern haben und Prostituierte zu. Voraussetzung ist lediglich eine Krankenversicherung. Prinzipiell ist dies auch in jeder Hausarztpraxis möglich, jedoch steht vor der Ersatzleistung durch die Krankenkasse nicht nur die Vorkasse, sondern auch das Coming Out als „zur Impfleistung berechnete Zielgruppe“. Wer also weder seiner Krankenkasse noch seinem Hausarzt mitteilen möchte, dass er schwul oder in der Sexarbeit tätig ist, kann sich diese Impfung unkompliziert im Gesundheitsamt holen. Hepatiden, insbesondere Hepatitis C, waren auch Fokusthema bei der mehrfach stattfindenden internen Schulung im Drogenkontaktladen der CARITAS. Hier unterstützte das Gesundheitsamt ebenfalls das Spritzenaustauschprogramm, in dem wir das Tauschmaterial entsorgen und neue Abwurfbehälter zur Verfügung stellen.

WAS ICH VERMISSE?

Kurz vor der Blutentnahme, wenn der Stauschlauch schon fest angezogen war, wurde mir häufig die Frage gestellt, ob ich eigentlich Krankenschwester sei?

Jedes Mal aufs Neue, konnte ich mir das Schmunzeln nicht verkneifen, wenn ich wahrheitsgemäß mit einem „nein“ und dem Hinweis darauf, dass ich eigentlich Politikwissenschaftlerin und Soziologin sei, antwortete. Die Panik in den Augen der meisten legte sich jedoch, als ich versicherte, die Blutentnahme in einem professionellen Kontext gelernt zu haben und im Nachbarzimmer eine sehr erfahrene Krankenschwester in Rufbereitschaft sitzt.

QUELLEN UND LITERATUR (AUSWAHL):

Beratungsstelle für HIV/Aids und andere sexuell übertragbare Infektionen *positive stimmen 2.0 - Mit HIV leben, Diskriminierung abbauen. Einblicke und Ergebnisse aus einem partizipativen Forschungsprojekt zum Leben mit HIV in Deutschland*, Broschüre, Inhaltlich verantwortlich: Heike Gronski, Deutsche Aidshilfe e. V., Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin Tel.: (030) 69 00 87-0 Fax: (030) 69 00 87-42; www.aidshilfe.de

6.2.6 PILZBERATUNG ALS EHRENAMTLICHE AUFGABE IM AUFTRAG DES GESUNDHEITSAMTES

KERSTIN NEUBER

Pilzberatung und -aufklärung sind hoheitliche Aufgaben im Zuständigkeitsbereich des Landes, die im Rahmen der Daseinsvorsorge für die Bevölkerung vor allem der Verhinderung von Pilzvergiftungen dienen.

Aufgabe der Pilzberater ist die Information der Bevölkerung über die Essbarkeit von selbst gesammelten Pilzen durch Lehrwanderungen und -ausstellungen, Vorträge für interessierte Bürger/innen, Veröffentlichungen über die Tagespresse, Rundfunk und Fernsehen in der Pilzsaison.

Pilzsachverständige werden in die Diagnose von Pilzvergiftungen durch Analyse von Pilzresten oder Erbrochenem einbezogen. Jährlich wird ein Pilzberaterdienst mit Wochenendplänen für die Pilzsaison organisiert. Die Ausbildung von Pilzberater nachwuchs führt das Landesamt für Gesundheit und Soziales durch. Die Pilzberater/innen können jährlich ihre Kenntnisse auf Fachtagungen, die vom Landespilzsachverständigen des Landesamtes für Gesundheit und Soziales im Frühjahr und Herbst organisiert werden, auffrischen und erweitern. Die momentan vier ehrenamtlichen Pilzberater/innen der Stadt haben Vereinbarungen mit der



Hansestadt Rostock abgeschlossen, nachdem sie die erforderlichen Kenntnisse in einer Prüfung nachgewiesen hatten. Diese Prüfungen werden vom Landespilzsachverständigen abgenommen.

Regelmäßig wird von der leitenden Pilzberaterin ein Jahresbericht an das Gesundheitsamt übermittelt. Diese Aufgabe nahm Dr. Volkbert Kell von 1992 bis zu seinem Ableben im Jahr 2014 wahr. Danach übernahm Ria Bütow die Koordination der Pilzberater.

HISTORISCHE ENTWICKLUNG DER EHRENAMTLICHEN PILZBERATUNG IN ROSTOCK

1991 waren die Pilzsachverständigen der Sektion Biologie der Universität Rostock zugeordnet.

1992 benannte das Land Mecklenburg-Vorpommern zwei Landespilzsachverständige, die ihren Wirkungskreis in Schwerin und Greifswald hatten. Die Stadt Rostock wurde dem Zuständigkeitsbereich Greifswald unter Dr. Lutz Schröder zugeordnet. Damit fiel die Betreuung der ehemals im Auftrag der Kreishygieneinspektionen ehrenamtlich tätigen Pilzberater weiterhin in den Zuständigkeitsbereich der Gesundheits- bzw. Veterinärämter. Am 15. September 1994 wurde die Richtlinie zur Pilzberatung und zur Aufklärung von Pilzvergiftungen erlassen und damit die Grundlagen zur Durchführung der Pilzaufklärung und der Aufklärung von Pilzvergiftungen nach § 7 Abs. 2 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst vom 19. Juli 1994 geschaffen. Die Pilzberater in Rostock erhielten eine schriftliche Vereinbarung von der Hansestadt Rostock.

Ein besonderes Ereignis ist die jährliche dreitägige Landespilzschau (Abb. 10 und 11) mit Materialsammlung und Pilzbestimmungen im September. Die Materialbeschaffung erfolgt vor allem durch die Rostocker Pilzberater. Begann man 1978 mit 31 Pilzarten, so umfasste die Pilzgalerie je nach

Abb. 10 und 11 Pilzausstellung im Botanischen Garten Rostock, Fotos: Kerstin Neuber



Pilzsaison später zwischen 280 und 350 Arten. Für die Beschaffung des Pilzmaterials mussten manchmal die Sammelgebiete bis an die Müritz ausgeweitet werden, vor allem in den Jahren mit langanhaltenden Trockenperioden. Großen Zuspruch fanden während der dreitägigen Pilzpräsentation die begleitenden Pilzberatungen.

Die ehrenamtlich tätigen Rostocker Pilzberater und eine Pilzberaterin des ehemaligen Kreises Bad Doberan, heute des Landkreises Rostock, sortieren die von Sammlern mitgebrachten Pilze in „essbar“, „ungenießbar“ und „giftig“. Außerdem gibt es nützliche Hinweise zum Sammeln und Verarbeiten von Pilzen.

Ein großes Problem in der ehrenamtlichen Pilzberatung ist die Nachwuchsgewinnung. Ein Pilzberater konnte, obwohl er 2006/2007 die erste Anfrage startete, erst ab dem Jahr 2017 für das Ehrenamt eine Vereinbarung erhalten, da die Hansestadt Rostock nur die Beauftragung von fünf ehrenamtlichen Pilzberatern vorgesehen hat. Da auch der Landkreis Rostock für den angrenzenden Bereich an Rostock nicht über eine ausreichende Zahl von Pilzberater/innen verfügt, entstand eine Kooperation zwischen beiden Gebietskörperschaften.

Mit diesem Kapitel dankt das Gesundheitsamt Ria Bütow als leitende Pilzberaterin, Arthur Frank, Karsten Pätz und Dr. Oliver Duty (Landespilzsachverständiger) für den äußerst engagierten Einsatz als ehrenamtliche Pilzberater, die schon viele Bürger/innen vor dem giftigen Pilz im Korb bewahren konnten.

In Erinnerung bleiben uns Dr. Volkbert Kell, Horst Stascheit und Dietrich Mausolf – insbesondere ihre jahrelange Treue in der ehrenamtlichen Pilzberatung.

6.2.7 MITWIRKUNG IN PROJEKTEN

Die Abteilung Hygiene und Infektionsschutz beteiligt sich über Jahre an bundesweiten Projekten und Befragungen und konnte ihre positive Arbeit sichtbar machen.

Nachstehende Beispiele kennzeichnen die fachliche Vielfalt.

PILOTGESUNDHEITSAMT

Das Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock wurde Ende 2006 als Pilotgesundheitsamt in das Projekt zur Evaluation und Optimierung der Meldevorgänge von Infektionskrankheiten aufgenommen. Die freiwillige Teilnahme gab dem Infektionsschutz die Möglichkeit, auf die zukünftige Umsetzung von Meldevorgängen fachlichen Einfluss zu nehmen. Der Zeitraum der Projektphase ging bis Dezember 2008. Ein Schwerpunkt war die Diskussion der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) der WHO, die ab Juni 2007 in Kraft treten sollten.

PROJEKT HICARE

HICARE war ein regionales Aktionsbündnis, in dem sich mehr als 40 Partner/innen aus Forschung, Kliniken, Wirtschaft und Institutionen zusammengeschlossen hatten, um der weiteren Verbreitung multiresistenter Erreger (MRE) effektiv Einhalt zu gebieten. MRE stellen sowohl für Patient/innen als auch für das Gesundheitssystem eine wachsende Gefahr dar, der das in Mecklenburg-Vorpommern angesiedelte HICARE-Projekt durch die Entwicklung innovativer Interventionsmaßnahmen und -strategien zu begegnen suchte. Die Projektlaufzeit erstreckte sich von 2011 bis 2015.

EIN PROJEKT IN DER REALITÄT – G8-WELTWIRTSCHAFTSGIPFEL 2007

Bereits im August 2005 begann die Vorbereitung des G8-Weltwirtschaftsgipfels in Heiligendamm 2007. Der damalige Oberbürgermeister der Hansestadt Rostock, Roland Methling, erteilte dem Gesundheitsamt und dem Amt für Brand- und Rettungsschutz den Auftrag zur Bildung eines Stabes für außergewöhnliche Ereignisse (SAE).

Ab Januar 2006 hatte das Gesundheitsamt die Federführung bei der geschaffenen Unterarbeitsgruppe „Camp“. Unsere Abteilung erarbeitete die Mindestanforderungen an geplante Zeltlager. Hierzu wurden Anforderungen an Zeltlager, Caravan- und Wohnmobilplätze sowie die Verordnung über Camping- und Wochenendplätze des LAGuS berücksichtigt.

Ab August 2006 befassten wir uns mit der Bereitstellung von Flächen und Räumlichkeiten.

Camp der Globalisierungsgegner wurden vier Hektar der Stadt am Grenzschlachthof mit den sich anschließenden kleineren Flächen der TLG IMMOBILIEN AG. Die Betreuung der Flächen war für den Zeitraum 31. Mai bis 10. Juni festgelegt worden. Die EURAWASSER Nord GmbH sicherte die Trinkwasserversorgung und Abwasserentsorgung ab. Den Auftrag zur Beräumung der Fläche erhielt das Amt für Stadtgrün, Naturschutz und Landschaftspflege, und die Stadtwerke stellten drei Anschlussstellen für Strom bereit. Attac realisierte über Firmen die Ausstattung mit Sanitäreinrichtungen für 4.000–5.000 Personen. Unsere Abteilung nahm die Untersuchung des Trinkwassers vor. Vom 2. bis 3. Juni erfolgte die Bereitstellung von zusätzlich zehn Sporthallen zur Beherbergung im Rahmen des Alternativgipfels im Zeitraum 5. bis 8. Juni.

Zur Unterbringung von Mitarbeiter/innen des Brandschutz- und Rettungsamtes (BRA) wurden das Haus II in der St.-Georg-Straße 109, das Gebäude Südtor 1 (ehemals Zollabfertigung) und die Feuerwache II vorbereitet. An den Begehungen nahm unsere Abteilung teil. Maßnahmen zur Schädlingsbekämpfung, Ordern von Desinfektionsmitteln, Vorbereitungen zur Durchführung von medikamentöser Prophylaxe beim Auftreten eines Meningitisfalles im Camp bzw. in den anderen Unterbringungen bei Kontaktpersonen mussten geplant werden.

Für den Fall eines Noroviren-Ausbruchs waren SIC-SAC-Spuckbeutel innerhalb von 24 Stunden aus Kavelstorf beschaffbar. Impfstoffe für Riegelungsimpfungen gegen Masern und Hepatitis A konnten

zentral über das LAGuS bezogen werden.

Vor und während des G8-Gipfels befand sich das Gesundheitsamt in Dauerbereitschaft. Nicht in Rostock wohnende Mitarbeitende übernachteten bei Kollegen/innen, da die Wahrscheinlichkeit abgeriegelter Zufahrten nach Rostock bestand. Im Zeitraum 30. Mai bis 9. Juni arbeitete das Amt in zwei Schichten. Personen, die nicht im Schichtdienst arbeiteten, begannen an allen Tagen ihren Dienst später. Alle Mitarbeiterinnen der Abteilung Hygiene und Umweltmedizin befanden sich in einer Rufbereitschaft für Noteinsätze. Es gab einen generellen Rufbereitschaftsplan für die Zeit von 20.00 bis 08.00 Uhr im Zeitraum 30. Mai bis 12. Juni. Dieser wurde täglich mit zwei Ärzten/innen des Gesundheitsamtes und einer Mitarbeiterin unserer Abteilung besetzt.

Es gab spezielle Meldebögen zum G8-Gipfel zum Erfassen von Ereignissen. Die Abfrage des aktuellen Infektionsgeschehens erfolgte täglich durch das LAGuS. Es gab wenige Anlässe für akute Maßnahmen.

In Auswertung des G8-Gipfels sind folgende Erfahrungen zusammengetragen worden:

- gute und bewährte Kooperation mit dem LAGuS und dem BRA
- Kurzfristige Realisierung einer erhöhten Anzahl an Trinkwasseruntersuchungen. Sie waren notwendig, da Personen über 24 Stunden in über Monate ungenutzten Bürogebäuden untergebracht waren.
- Zu spätes Einbinden der Landesbehörden in die Vorbereitungen des G8-Gipfels. Die Detailinformationen erfolgten von den kommunalen Ämtern an die wichtigsten Landesbehörden, da diese nicht in die SAE-Sitzungen eingebunden waren.
- Zu geringe Umsetzung der 2006 in der Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz (AKNZ Ahrweiler) gesammelten Erfahrungen.
- Die Erstellung angepasster Alarm- und Einsatzpläne der Kliniken wurde fortgeführt.
- Für die Zukunft muss bei der Bereitstellung von Flächen für Camps, geprüft werden, dass sie bei jeder Wetterlage nutzbar bleiben.
- Zusätzliches Bereitstellen von Notunterkünften erfolgte problemlos.

Diese gesammelten Erfahrungen kamen teilweise bei der Bewältigung der Flüchtlingskrise 2015/2016 zur Anwendung.

PERSÖNLICHES RESÜMEE

KERSTIN NEUBER

Bis Ende 2019 machte die Arbeit Spaß!

Störend waren die begrenzten Möglichkeiten der Umsetzung von notwendigen Veränderungen aufgrund fehlender Finanzierung in den Einrichtungen oder der Kommune. Einfache Maßnahmen ließen sich teilweise erst nach jahrelangen Hinweisen durch die Umwelthygiene umsetzen. Es war demotivierend, immer wieder auf Unzulänglichkeiten hinzuweisen. In Begehungsprotokollen wiederholten sich Anmerkungen der Hygieneinspektoren von Jahr zu Jahr. Erst wenn die Zustände untragbar wurden, fand sich ein Weg. Wenn aber Bedingungen, vor allem in Gemeinschaftseinrichtungen, verbessert werden konnten, war man auch stolz darauf.

Leider kämpft unsere Abteilung seit langem mit Fachkräftemangel. Trotz jahrelanger Hinweise auf die Defizite im öffentlichen Gesundheitsdienst fand keine ausreichende Ausbildung von Hygieneinspektoren statt. Bei Ausschreibungen waren wir froh über Bewerbungen von Personen mit Vorkenntnissen im medizinischen und pflegerischen Bereich, die nach Einarbeitung die Aufgaben übernehmen konnten. Der damit verbundene Zeitaufwand führte zu einer zusätzlichen Arbeitsüberbelastung des vorhandenen Personals.

Wir ermöglichten die Ausbildung von Hygienefachkräften für die Bundeswehr, konnten aber selbst für uns keine Entwicklung von Nachwuchs realisieren. Die Reserven der „sehr guten intensiven Ausbildung zum Hygieneinspektor für Infektionsschutz oder kommunale Hygiene“ in der DDR (nicht „Gesundheitsaufseher“) sind inzwischen nicht mehr zu ersetzen, so dass es aufgrund des geplanten Ruhestands nicht mehr möglich ist, neues Personal einzuarbeiten.

Die Erweiterung der Aufgaben im Infektionsschutz, der dringend gesetzlich geforderte Aufbau einer Überwachung der Krankenhaushygiene, neue umfassende Aufgaben nach der Trinkwasserverordnung und in der Überwachung nichtionisierender Strahlen brachten keine Aufstockung des Personals in unserer Abteilung.

Die Einstellung eines zweiten Hygieneinspektors im Hafenzentralen Dienst und eines Mitarbeiters für

Wasserproben brachten eine leichte Entlastung.

Es musste erst eine Coronapandemie kommen, um deutlich zu machen, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst seit Jahren seine Aufgaben nicht mehr vollumfänglich erfüllen konnte.

Plötzlich wurde im September 2020 ein Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst beschlossen, dessen Ziel die personelle Aufstockung in den Gesundheitsämtern ist, deren Modernisierung und Vernetzung. Der Förderzeitraum beträgt nur sechs Jahre und ist somit nicht ausreichend, genügend Fachpersonal für Gesundheitsämter auszubilden.

Diese Erfahrung haben wir bereits mit der Einführung von Hygienefachpersonal für Kliniken, Pflegeeinrichtungen und Arztpraxen gemacht. Auch hier waren die vorgegebenen Zeiträume zu kurz. Trotzdem konnten wir zum Ende des Jahres 2021 vom beschlossenen ÖGD-Pakt mit der Einstellung eines neuen Hygieneinspektors für Umwelthygiene sowie zwei Sachbearbeiterinnen für den Infektionsschutz profitieren.

So verjüngt sich auch unsere Abteilung.

Die Ausstattung mit IT-Technik hat sich gravierend verbessert. Nur zusätzliche Räumlichkeiten gibt es nicht. Wir rücken enger zusammen. Das sind für uns die positiven Seiten der Coronapandemie. Aber es änderte sich ebenso gravierend die Arbeitssituation für die Umwelthygiene. Die Aufgaben, die besonders während einer Pandemie notwendig sind, nämlich eine ausreichende Beratung von Gemeinschaftseinrichtungen und Schulen, die dringend notwendigen Hygienekontrollen, konnten in dieser Ausnahmesituation nicht stattfinden. Alle Kräfte sind durch die Meldepflichten, Kontaktnachverfolgungen, Aufklärungen zu ständigen kurzfristigen Änderungen der Corona-Landes- und Bundesverordnungen gebunden, zu wenig Zeit zur Beobachtung und Validierung eingeleiteter Maßnahmen. Fachliche Anmerkungen von Experten und Expertinnen erfuhren kaum Berücksichtigung.

Die Politik machte die Vorgaben. Wissenschaftler lud man nicht zur Diskussion ein. In den Pandemieplänen sollte eigentlich, angepasst an die Situation, vor Ort reagiert werden. Aber die Maßnahmen fanden nicht regional statt, sondern waren landes- und bundesweite Festlegungen.

Für die kreisfreien Städte und Landkreise gab es kaum Spielräume für eigenständige Entscheidungen.

Wir waren stolz, dass sich das Gesundheitsamt in den letzten 30 Jahren zu einer Institution entwickelt hatte, die angemessen agierte, großen Wert auf Aufklärung legte und zu einem Partner für Einrichtungen des Allgemeinwohles wurde. Der Ruf einer „Gesundheitspolizei“ konnte bei Bürgerinnen und Bürgern abgebaut werden.

Die ständigen Novellierungen des Infektionsschutzgesetzes mit definierten verschärfenden Maßnahmen sowie die Festlegung von Impfpflichten für einzelne Berufsgruppen brechen das bestehende Vertrauensverhältnis zwischen Gesundheitsamt und den zu überwachenden Einrichtungen.

Ich befürchte, dass die Instrumentalisierung der Gesundheitsämter, vor allem des Infektionsschutzes, die jahrelang mühevoll aufgebaute Zusammenarbeit mit medizinischen- und Pflegeeinrichtungen zerstören wird.

Es wird schwer, die Anerkennung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als beratende, unterstützende und maßvoll handelnde Institution wieder zu erlangen. Ich bin aber sicher, dass unser Personal alles dafür tun wird, das Vertrauen der Bevölkerung zurück zu gewinnen.

Für die Zukunft wünsche ich, dass eine zielgerichtete Personalentwicklung stattfindet, die Personalausstattung den wachsenden Aufgaben angepasst wird, die älteren Kolleginnen und Kollegen von den Innovationen der jungen Mitarbeiter/innen profitieren, das Gesundheitsamt als Dienstleister für die Bevölkerung betrachtet wird und die Bewohner/innen der Hanse- und Universitätsstadt uns wieder als Partner zum Schutze der allgemeinen Gesundheit begreifen.



Foto: Felix Seyfert

6.3 HAFENÄRZTLICHER DIENST DER HANSE- UND UNIVERSITÄTSSTADT ROSTOCK

MARKUS SCHWARZ, HERBERT GRUNWALD,
ANGELA HELSPER

Der Hafenärztliche Dienst des Gesundheitsamtes der Hanse- und Universitätsstadt Rostock – zugeordnet der Abteilung Hygiene und Infektionsschutz (Abteilung III) – stellt für sich selbst sicherlich schon ein „Alleinstellungsmerkmal“ bezogen auf die Gesamtheit aller Gesundheitsämter der Bundesrepublik Deutschland dar.

Seit Konstitution des Gesundheitsamtes im Jahre 1991, für ein Jahr vom Sachgebietsleiter Dr. Adolf Lau, gefolgt von Dr. Herbert Grunwald (1992–2004) geleitet und mit einer einjährigen Vakanz dann von Dr. Markus Schwarz als Sachgebiet (bis zum heutigen Tag) übernommen, stellt der Fachdienst mit seinem spezifisch „maritimen Anforderungsprofil“ ein eigenständiges Arbeitsgebiet mit permanenter „spannender“ Herausforderung dar.

Ein autonomes, vom (restlichen) Gesundheitsamt differentes diensthabendes System (24/7) zur Sicherstellung hafenärztlicher Aufgaben kann nur mit einem funktionierenden „Rückgrat“ einer permanenten Besetzung mit bislang drei tätigen Hygieneinspektoren/innen (Angela Helsper, Jörg Herzberg und Ramona Köhler) umgesetzt und mit ihrem großen Wissen und ihrer Liebe zur Seefahrt realisiert werden.

Natürlich war es Angela Helsper, die Jahrzehnte lang dem Hafenärztlichen Dienst Rostock ein Gesicht gegeben hat und Kontinuität auf „hoher See“ im Wechselspiel der Zuständigkeiten vor Ort vermittelt hat.

Ihr großes Wissen konnte sie nicht nur den nachfolgenden Inspektoren/Inspektorinnen vermitteln, sie arbeitete auch die „Junghafenärzte“ Dr. Kerstin Neuber und Dr. Markus Schwarz in die Materie ein. An dieser Stelle darf der Dank an Prof. Dr. Heinz Ebert nicht unerwähnt bleiben. Als leitender Arzt des Medizinischen Dienstes des Verkehrswesens der DDR (Schifffahrt) und späterer Leiter der Hafenärztlichen Behörde in der Hansestadt Hamburg fühlte er sich seinem ehemaligen Dienstort und dem Hafenärztlichen Dienst Rostocks immer mit Rat und Tat verbunden und verpflichtet.

In den mehr als 30 Jahren Tätigkeit des Hafenärztlichen Dienstes entwickelte sich der Hafen Rostock-Warnemünde zu einer „Spitzendestination“ im Kreuzfahrtgeschäft. Der hiesige Hafen ist der einzige IGV-Hafen im Osten Deutschlands.

Die jährlich zunehmenden Herausforderungen

für den Hafenzärztlichen Dienst der Hanse- und Universitätsstadt Rostock wären nicht realisierbar ohne die punktuelle Unterstützung weiterer Kolleginnen und Kollegen des „Mutter-Amtes“, ja verschiedener ärztlicher Mitarbeiter/innen des (stadteigenen) Klinikum Südstadt, die als „Hilfs-hafenärzte“ unschätzbaren Dienst erweisen.

Ausdruck der Wertschätzung und der Unikalität des Hafenzärztlichen Dienstes sind auch die seit Jahren stattfindenden „Tage der Hafenzärztlichen Dienste MV“ und zum achten Mal im Juni 2022 begangen werden.

6.3.1 AUFBAU, STRUKTUR UND AUFGABEN

Auf den Weltmeeren Handeltreibende, Reedereien, Hafenbetreiber, Hafenbehörden und auch den Hafenzärztlichen Dienst eint das Bestreben, ihr Zusammenwirken so „geräuscharm“, so unauffällig wie nur möglich zu gestalten, damit letztlich der Handel oder der Urlaub der betreuten Gäste nicht ohne triftigen Grund beeinträchtigt wird. Der Überblick zu den Tätigkeiten des Hafenzärztlichen Dienstes erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Zudem ist gegenwärtig (2022) nach den Erfahrungen der seit zwei Jahren herrschenden Coronapandemie mit einem differenzierten internationalen und nationalen Regelwerk sowie den zu treffenden Einschränkungen des internationalen Verkehrs zur Eindämmung der Auswirkungen des Klimawandels nicht abschließend einzuschätzen, in wie weit sich die Kreuzfahrtschiffahrt wieder erholen wird. Die vergangenen zwei Jahre haben dieses „wirtschaftliche Segment“ nicht nur in Rostock nahezu zum Erliegen gebracht. Letztlich darf der Hoffnung Ausdruck verliehen werden, dass durch den folgenden Text das gegenseitige Verständnis der auf See Agierenden für den (Behörden-) Arbeitsalltag im Hafen (und an Bord) weiterentwickelt wird.

Über Monate hinweg, ohne besondere Vorkommnisse als Schiffsarzt auf einem Kreuzliner unterwegs zu sein, könnte dazu führen, tatsächlich nur sehr selten Kontakt mit den Hafenzärztlichen Diensten verschiedener Länder zu haben. Andererseits ist es wahrscheinlicher, im Laufe der Dienstzeit an Bord mit den ärztlichen und nicht-ärztlichen Kolleginnen und Kollegen der Hafenzärztlichen Behörde des Heimat- oder Gastlandes, sei es im Rahmen der Maßnahmenabwehr bei einem Infektionsgeschehen an Bord, während

einer Schiffshygienezertifizierung oder auch nur unter den Umständen einer Abbergung eines verstorbenen Reisenden, mehrmals Verbindung aufnehmen zu müssen.

Die Hafenzärztlichen Dienste weltweit verstehen sich heute als moderne Dienstleister, die in erster Linie für die Kauffahrtei- und Kreuzschiffahrt landseitig die Voraussetzungen für einen reibungslosen Verkehrsablauf erbringen, aber auch für eine gesundheitlich gefahrenlose Reise für Crew und Passagiere an Bord sorgen möchten.

Hafenzärztliche Dienste sind keine Erfindung unserer Zeit. Berichtet wird bereits im Mittelalter von Anlaufverweigerungen pestverdächtiger Schiffe. Der „Pestbrief“ als Gesundheitspass, primär ausgestellt von Agenten im Auftrage der Republik Venedig, diente letztlich als Entscheidungshilfe, ob Reisende und Waren sich einer 30-tägigen Absonderung zu unterziehen hatten. 1377 wurde die Absonderungszeit von der dalmatinischen Stadtrepublik Ragusa (Dubrovnik) auf 40 Tage erhöht (quaranta giorni, ital. für 40 Tage). Hieraus leitet sich der (historische) Begriff der Quarantäne ab.

Die in Hamburg 1892 auftretende Choleraepidemie war letztlich Anlass, eine selbstständige Hafenzärztliche Dienststelle, die erste im Deutschen Kaiserreich, unter Leitung von Professor Dr. Bernhard Nocht zu errichten. In einer Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft der Stadt Hamburg vom März 1893 wird betont, „dass die Überwachungspflicht des Gesundheitszustandes auf allen von See ... kommenden und auf allen im Hafen liegenden Schiffen keineswegs die einzige Aufgabe des Hafenzarztes bleiben darf. Er soll sich um die Trinkwasserversorgung kümmern, er soll sein Augenmerk auf alle Faktoren an Bord und den gesamten Hafen richten, die geeignet sind, die Gesundheit der Besatzungen und der sonstigen im Hafen Tätigen zu beeinträchtigen. Er soll Sorge tragen, dass Missstände in Bezug auf Proviant, Arzneimittelausrüstung der Schiffe, auf Wohnhygiene an Bord oder auf die Hygiene des Hafengebietes schnellstmöglich abgestellt werden.“ Vor allem aber ist er verpflichtet zur „Ertheilung von Rath an die Schiffsführer über im Interesse der Gesundheitspflege zu treffenden Maaßnahmen an Bord der Schiffe“. Das derart gekennzeichnete Aufgabenportfolio ist auch heute, 100 Jahre nach deutscher „behördlicher Stellungnahme“, im Kern relevant.

Die Kreuzschiffahrt florierte vor „Corona“! Vielfältige Versuche, sie mitten im Pandemieverlauf (2021) selbst unter strengen Hygieneregulungen

stattfinden zu lassen, verliefen nicht selten „ambivalent“ und unter größeren finanziellen Verlusten für die Unternehmen. Die mit der Konstitution einer neuen Regierung in der Bundesrepublik Deutschland nach den Wahlen vom Herbst 2021 angestoßene „Klimadebatte“ wird zeigen, unter welchen Bedingungen, die „preiswerte“, nach Umweltschutzkautele stattfindende Kreuzschiffahrt, überhaupt noch möglich ist.

Die größeren deutschen Hafenstädte meldeten in der Vergangenheit jährlich höhere Anlaufzahlen immer größerer Kreuzliner. Zuweilen befanden sich mehr als 4.000 Menschen an Bord, Gästewechsel in den deutschen Häfen waren und sind dabei auch landseitig als logistische Herausforderung zu begreifen. Im Jahr 2012 wurden im Ostseebad Warnemünde und in der Hansestadt Rostock mehr als 180 Anläufe gezählt, wobei für die Jahre bis zur Coronapandemie die 200er-„Marke“ anvisiert wurde (Abb. 1).



Abb.1 Impressionen aus Rostock-Warnemünde, Fotos: Markus Schwarz

So sehr die immer weitere Steigerung der touristischen Frequentierung für die meist in schwieriger Finanzlage befindlichen bundesdeutschen Hafenstädte zu begrüßen war, mussten auch die landseitigen Voraussetzungen zur Abfertigung und die verkehrstechnischen Gegebenheiten dem wachsenden Verkehrsstrom Rechnung tragen, das galt auch für die Arbeit der Kolleginnen und Kollegen der Hafenzärztlichen Dienste.



DER HAFENZÄRZTLICHE DIENST (HÄD)

Die Hafenzärztlichen Dienste sind in der Bundesrepublik Deutschland in der Regel den örtlichen Gesundheitsämtern zugeordnet, mithin bilden sie eine Abteilung der unteren Gesundheitsbehörde und sind Bestandteil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Eine gewisse „Eigenständigkeit“ ist für das Hamburger Port Health Center gegeben. Der Hamburger Hafenzärztliche Dienst (Port Health Center) wird zu Teilen direkt von der Hansestadt Hamburg und zudem von der Hamburger Universität (Abt. Arbeitsmedizin) finanziert. Neben Hamburg sind die anderen, größeren deutschen Hafenzärztlichen Dienste (Wilhelmshaven, Bremen/Bremerhaven, Kiel und Rostock) mit einem Hafenzarzt/einer Hafenzärztin und für den nicht-ärztlichen Bereich mit Hygieneinspektoren oder -ingenieuren besetzt. Arbeitsorganisatorisch soll ein diensthabendes System die 24 Stunden Erreichbarkeit im gesamten Jahr gewährleisten.

ALLGEMEINE AUFGABEN DES HAFENZÄRZTLICHEN DIENSTES:

- Schutz der Bevölkerung vor Gesundheitsgefahren: an Land, im Hafenbereich, der Schutz der Seeleute
- Berater- und Dienstleistungsfunktion für Seeleute, für Beschäftigte im Hafenbereich, für Reeder, Apotheker, Wasserschutzpolizei, Lotsen, Makler und andere in medizinischen Angelegenheiten Agierende

Bei allen Aktivitäten ist es das Ziel, den Schutz der öffentlichen Gesundheit zu gewährleisten, ohne dabei den Reiseverkehr und Handel unverhältnismäßig zu verzögern (angemessene Reaktion, siehe unten).

Mittelbar wirken die Hafenzärztlichen Dienste der Bundesländer Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein im Arbeitskreis der

Küstenländer für Schiffshygiene über die vorge-setzten Sozial- und Verkehrsministerien auch über-regional zusammen. Dabei kommt der nationalen und internationalen schnellen Informationswei-tergabe, Harmonisierung der Tätigkeiten und der wissenschaftlich begründeten Arbeitsweise der Dienste zunehmend Bedeutung zu, wie Arbeitsge-spräche der Hafenärztlichen Dienste untereinander und auf internationaler Ebene zeigen.

Um den regionalen Austausch der Kolleginnen und Kollegen der Hafenärztlichen Dienste des Bundes-landes Mecklenburg-Vorpommern zu befördern, wurden seit 2007 durch das Rostocker Gesund-heitsamt in zwei- bzw. dreijährigen Abständen sogenannte „Tage der Hafenärztlichen Dienste in MV“ ausgerichtet. Themen von allgemeinem Inte-resse, praktische Übungen, historische Seefahrts-asperte“ standen bei den land- oder seebasierten Veranstaltungen im Mittelpunkt und erfreuten sich bislang einer regen Teilnahme und einem intensi-ven Fachaustausch (Abb.2).



Abb. 2 Flyer für die „Tage der Hafenärztlichen Dienste“ und die „Hafenärztliche Sprechstunde“, Gesundheitsamt, Fotos: Markus Schwarz

Erstmals 2020 fand in Kooperation mit der Ros-tocker Seemannsmission ein „Hafenärztliches Weiterbildungsmodul“ zur Ausbildung zukünftiger Sozialmediziner durch die „Akademie für Sozial-medizin Mecklenburg-Vorpommern e. V.“ im Über-seehafen Rostock statt (Abb. 3).



Abb.3 Sozialmedizinisches Seminar über den Hafenärztlichen Dienst in der Seemannsmission Rostock 2020, Foto: Markus Schwarz

Naturgemäß sind die Kontakte der Hafenärzt-lichen Dienste zu den Besatzungen, die keinen Schiffsarzt an Bord führen, wesentlich intensiver. Die Aufgaben des Gesundheitsschutzes werden dort durch die nautischen Offiziere verantwortet, die in ihrer Ausbildung alle fünf Jahre eine er-weiterte „Erste medizinische Hilfe“ zu absolvieren haben. Der Hafenärztliche Dienst begleitete auch in Rostock Ausbildungsinhalte der monatlich für die nautischen Offiziere angebotenen Kurse.

Für die medizinischen Fragestellungen stehen den Seeleuten neben einer 24 Stunden-Hotline von „Medico Cuxhaven“, dem deutschen funkärztlichen Beratungsdienst, auch der Service der Hafenärzt-lichen Dienste in den deutschen Hafenstädten zur Verfügung. In diesem Zusammenhang sei eine Bemerkung zu den Regelungen der Schiffsarztvor-haltung gestattet:

Hierbei muss berücksichtigt werden, dass für Schiffe unter deutscher Flagge die Verordnung über die Krankenfürsorge auf Kauffahrteischiffen vom 5. September 2007 (BGBl. I S. 2221) noch bis Mitte 2013 galt und mit dem § 15 der Verordnung bestimmt wurde, dass Schiffe mit mehr als 75 Personen bei Reisen in der Mittleren und Großen Fahrt und bei Probefahrten mit einem Schiffsarzt zu besetzen sind. Schiffe mit mehr als 100 Perso-nen an Bord müssen selbst auf Kleiner Fahrt bei Reisen von mehr als drei Tagen mit einem Schiffs-arzt „ausgerüstet“ sein.

Scheinbar großzügiger sind die Internationalen Re-gelungen bemessen: nach der ILO Convention 164, Artikel 8, haben Schiffe auf Großer Fahrt mit mehr als 100 Seefahrern an Bord, die länger als drei Tage auf internationaler Fahrt sind, einen Schiffsarzt anzustellen. Ein zweiter Schiffsarzt wird bei einer Personenzahl von über 800 an Bord verlangt.

An dieser Stelle sollen cursorisch die detaillierten Aufgaben der Hafenärztlichen Dienste für die Ein-haltung der Hygiene an Bord der Schiffe und im Hafengebiet der Bundesrepublik Deutschland skizziert und an ausgewählten Aspekten die Mög-lichkeiten einer Kontaktaufnahme Schiffsarzt-Ha-fenarzt aufgezeigt werden:

1. AUFGABEN DES GESUNDHEITSSCHUTZES

Die 2007 in Kraft getretenen Internationalen Ge-sundheitsvorschriften der WHO (IGV) (Gesetz zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (IGV) vom 23. Mai 2005 / vom Juli 2007 (BGBl. S. 930) sehen vor, dass alle See- und Binnenschif-fe im internationalen Verkehr, unabhängig von ihrer gewerblichen, privaten oder staatlichen Nut-zung, sich in halbjährlichem Abstand einer amtli-chen Prüfung zur Ausstellung eines Ship Sanitation Certificate unterziehen müssen; das aktuelle Zerti-fikat ist dabei vom Schiffsführer mitzuführen. Das „Schiffshygienezertifikat“ löste das wohl bekannte und immer noch kolportierte „Rattenzertifikat“ ab. Der Hafenärztliche Dienst als zuständige Behörde widmet dabei allen hygienerelevanten Bereichen Zeit für eine umfassende Inspektion. In dem von der WHO 2011 veröffentlichten Handbuch „Inter-national Health Regulations (2005) Handbook for Inspection of Ships and Issuance of Ship Sanitation Certificates“ findet sich die fachliche Grund-lage für die Inspektionen von Küche, Messe, Lager-räumen, Laderäume, Unterkünfte, des Pool-Bereiches, der medizinischen Einrichtungen, der Provi-anträume, der Abwasser- und Abfallent-sorgung und anderer „hygienesensibler Areale“ an Bord (Abb. 4).



Abb. 4 Schiffshygienezertifizierung durch den Hafenärztlichen Dienst, Foto: Markus Schwarz

Durch die Umsetzung der Inhalte dieses Handbu-ches ist es möglich, die Qualität der „Hygienebe-gehungen“ weltweit zu vereinheitlichen. Reederei, Besatzung und Schiffsführung können sich auf die

Zertifizierungen entsprechend vorbereiten. Vor Beauftragung eines Hafenärztlichen Dienstes zur Zertifizierung eines Schiffes muss von der Schiffs-führung geklärt sein, ob die beauftragte Behörde tatsächlich von der entsprechenden Regierung autorisiert wurde, Schiffshygienezertifikate auszu-stellen. Die regelmäßig von der WHO aktualisierte Liste der benannten Hafenbehörden findet sich unter:

https://extranet.who.int/ihr/poedata/data_entry/ctrl/portListPDFCtrl.php



In den vergangenen Jahren war die Zahl der vom Rostocker Hafenärztlichen Dienst ausgestellten Zertifikate im Kreuzschiffahrtsektor deutlich rückläufig, möglicherweise ein Indiz für die sehr differenten Kostenerhebungen hierfür durch die verschiedenen nationalen Anbieter weltweit.

Wie im Artikel der Hamburger Hafenärztin C. Schlaich: „Is there any ill person on board? – Hygieneüberwachung auf Kreuzfahrtschiffen“ hin-gewiesen wird, unterliegen auch Kreuzfahrtschiffe den Vorschriften der IGV, wobei international zwei weltweit wesentliche Standards erarbeitet worden sind. Zum einen ist das US-amerikanische „Vessel Sanitation Program“ zu benennen; inhaltlich kön-nen wesentliche Inspektionsergebnisse auch im Internet eingesehen werden.

Andererseits ist im EU-Projekt „ShipSan TrainNet“ eine europäische Plattform gefunden worden, die Qualität der Schiffshygiene zu verbessern. Im er-arbeiteten „European Manual for Hygiene Standards and Communicable Diseases on Passenger Ships“ finden sich einheitliche Richtlinien für die Verhü-tung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten auf Kreuzfahrtschiffen. Die abgestimmten Inhalte des Manuals bilden nunmehr Handlungsgrundlagen der Hafenärztlichen Dienste der Kreuzschiffahrtshäfen in der Bundesrepublik Deutschland.

Neben der Überwachung der Schiffshygiene ist die Trinkwasserhygiene an Bord, aber auch die landseitig bereitgestellte Wasserversorgung (ge-mäß der letztmals 2011 geänderten Trinkwasser-verordnung) Aufgabe der Observanz durch den Hafenärztlichen Dienst. Hinterfragt werden dem-nach bei Kontrollgängen der Behörde die Quali-tätsnachweise des „Wassers für den menschlichen Gebrauch“. Nicht selten trägt an Bord von Kreuz-linern der Schiffsarzt im Auftrag des Kapitäns oder der Reederei die Verantwortung für die interne Überwachung des Trinkwassers im Rahmen einer Aufgabenübertragung und muss eigene Proben-nahmen und Schnelltestauswertungen tätigen.

Zu beachten ist auch, dass bei einer Wasseraufbereitung an Bord von Kreuzfahrtschiffen die chemische Desinfektion des Trinkwassers häufig mit einem nachweisbaren Chlorrestgehalt vorgenommen wird.

Im Unterschied zu den Hygienestandards an Bord von Kreuzfahrtschiffen wird auf vielen anderen Schiffen noch zwischen „Frischwasser“ und „Trinkwasser“ unterschieden, mit zum Teil fatalen Folgen.

Für den Gesundheitsschutz an Bord überwachte die Hafengesundheitsbehörde außerdem gemäß der bereits zitierten Krankenfürsorgeverordnung auf Kauffahrteischiffen (unter deutscher Flagge) die Hospital- und Apothekenausstattung. Die Kontrolle der Apotheken auf Schiffen erfolgt nunmehr durch die BG Verkehr. Derzeit gilt die Achte Bekanntmachung des Standes der medizinischen Anforderungen in der Seeschifffahrt. Die lange Zeit „begleitende“ Krankenfürsorgeverordnung wurde aufgehoben.

Im Rahmen der Erneuerung eines Schiffshygienezertifikates kontrolliert der Hafenärztliche Dienst jetzt die Hospital- und Apothekenausstattung nur noch bei Seeschiffen mit ausländischer Flagge.

Dem Bestand an Betäubungsmitteln an Bord wurde besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Für Schiffe unter deutscher Flagge rezeptiert der Hafentarzt die Morphinausrüstung. Für Schiffe, die Gefahrgut transportieren, galt es, die medizinische Ausstattung gemäß Medical First Aid Guide (MFAG) um bestimmte Antidota zu ergänzen. Auch hier mussten die Hafenärztlichen Dienste prüfen, ob die speziell verlangten Mittel einsatzfähig an Bord waren bzw. die indikationsgerechte Verwendung bekannt war. Nunmehr ist bei Schiffen unter deutscher Flagge die BG Verkehr zuständig.

Neben der Prüfung der Sanitätskästen in den Rettungsbooten und Rettungsinseln war es für die Mitarbeiter der Behörde selbstverständlich, medizinische Notfälle, Krankheitsfälle an Bord während der vergangenen Schiffsreisen zu hinterfragen, ggf. Hinweise zur medizinischen Problemlösung zu erteilen. Dahingehend enthalten die Krankentagebücher an Bord eventuell Hinweise auf eine sensible „Hygienelage“. Zur Erhöhung der Sicherheit im Seeverkehr wurde der Hafenärztliche Dienst gelegentlich bemüht, die Besatzung hinsichtlich des Gebrauchs illegaler Drogen an Bord zu sichten. Die Probenbeibringung stellte der Hafenärztliche Dienst sicher. Entsprechende Testverfahren sind entweder Urin oder Serum basiert

und wurden in zertifizierten Laboren durchgeführt und ausgewertet.

Das Seearbeitsgesetz, das vom Bundestag am 21. Februar 2013 angenommen wurde und am 1. August 2013 für das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Gültigkeit erlangte, erzwang auch für die Tätigkeit der Hafenärztlichen Dienste einschneidende Änderungen, die in ihrem Umfang auch Auswirkungen auf den Gesundheitsschutz an Bord haben und auch noch gegenwärtig diskutiert werden.

Das Seearbeitsgesetz bildet förmlich den Kern der Umsetzung des Seearbeitsübereinkommens, 2006 der Internationalen Arbeitsorganisation in deutsches Recht. Das Seearbeitsübereinkommen schafft weltweit verbindliche Mindeststandards der Arbeits- und Lebensbedingungen für Seeleute an Bord von Handelsschiffen. Es gilt für weltweit ca. 1,2 Millionen Seeleute auf ca. 65.000 Handelsschiffen. Das Seearbeitsgesetz soll grundsätzlich für alle Personen gelten, die an Bord eines Schiffes unter deutscher Flagge tätig sind. Die Verfahren zur Feststellung der Seediensttauglichkeit, der Berufsausbildung an Bord und die medizinische Ausstattung werden hier auf eine einheitliche, den praktischen Erfordernissen entsprechende Grundlage gestellt. Das System der flaggen- und hafenrechtlichen Kontrollen wird auf die Überprüfung der Arbeits- und Lebensbedingungen der Seeleute ausgeweitet. Mit dem Wirksamwerden des Seearbeitsgesetzes ist auch die bereits zitierte Krankenfürsorgeverordnung außer Kraft gesetzt. Hier ergeben sich aktuell für die Kontrolltätigkeiten des Hafenärztlichen Dienstes, die medizinische Ausstattung von Handelsschiffen und den landseitig medizinischen Support betreffend, neue Zuständigkeiten. Unberührt davon bleiben allerdings weiterhin die Hafenärztlichen Tätigkeiten an Bord des Schiffes im Rahmen einer Schiffshygienekontrolle.

2. AUFGABEN DES INFektionSSCHUTZES

Laut Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) und gemäß Deutschem Gesetz zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) vom 21. März 2013 ist vor dem Einlaufen eines Schiffes den Hafenärztlichen Behörden anzuzeigen, wie es um den Gesundheitszustand der Besatzung (Crew und Passagiere) bestellt ist. Wesentlich durch die zu diesem Zwecke erstellte Seegesundheitserklärung (Maritime Declaration of Health) kann durch den Hafenärztlichen Dienst nach Auswertung der mit ja oder nein beantworteten Fragen ermessen werden, ob gesundheitliche Notlagen (i. W. infektiöser Natur) an Bord bestehen. Als verbindliche Abfertigungsgrundlage soll für Schiff und Besatzung/Passagiere eine „Verkehrsfreiheit“ für Handlungen im Hafen und an Land attestiert werden (free pratique).

Der Hafenärztliche Dienst ist dabei gehalten, einem Schiff nur dann die Freie Verkehrserlaubnis zu erteilen, wenn eine (vorschriftsmäßig ausgefüllte) Seegesundheitserklärung abgegeben und darin alle Fragen zur Gesundheit verneint wurden, eine gültige Schiffshygienebescheinigung an Bord mitgeführt wird und an Bord kein Anzeichen für eine Gefahr der öffentlichen Gesundheit gegeben ist. Wenn die Voraussetzungen für die Freie Verkehrserlaubnis nicht vorhanden sind, hat der Hafenärztliche Dienst des Zielhafens die Kontrolle des entsprechenden Schiffes vorzunehmen, bevor letztlich über die endgültige „free pratique“ entschieden werden kann.

Die primäre Kenntlichmachung des Inhaltes einer Seegesundheitserklärung erfolgt heute vor Einlaufen eines Schiffes in einen Hafen per computergestützter Datenübertragung. Ggf. ist auf diesem Wege auch eine vereinfachte Erteilung einer (vorläufigen) Freien Verkehrserlaubnis möglich. Hierfür gelten besondere Bedingungen.

Ist ein Schiffsarzt an Bord, erfolgt die Zuarbeit für die wahrheitsgemäße Erstellung einer aktuell gültigen Seegesundheitserklärung an den Kapitän durch die ärztliche Kollegin/den ärztlichen Kollegen. Da gerade bei Infektionsgeschehen an Bord die realitätsgetreue Informationsweitergabe über die vor Ort herrschenden medizinischen Verhältnisse an die Hafenärztliche Behörde von grundlegender und zuweilen auch folgenreicher Bedeutung ist, sei an dieser Stelle hervorgehoben, dass bei unkommentierter Bejahung von Fragen der Seegesundheitserklärung der Hafenärztliche Dienst den Kontakt zum Schiff suchen wird und ggf.

landseitig auch entsprechende Vorbereitungen zu treffen hat. Bei unklaren oder Besorgnis erregenden Angaben zur Seegesundheitserklärung muss über weitere Kontroll- und Abwehrmaßnahmen seitens der Behörde konkret nachgedacht werden.

Der Hafenärztliche Dienst ist bei dem Verdacht oder dem tatsächlichen Vorliegen von Infektionskrankheiten an Bord gehalten, eine Diagnose-sicherung herbeizuführen, ggf. Infektionsketten zu detektieren, Maßnahmen der Abwehr einer Ausbreitung an Bord wie an Land zu treffen und die Betroffenen einer geeigneten Therapie zuzuführen.

Auf die Relevanz der Schaffung von Kernkapazitäten zur organisatorischen/logistischen Bewältigung eines Ausbruchsgeschehens sei besonders hingewiesen. Nach dem Gesetz zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften vom 15. Juni 2012 müssen Vorkehrungen in den Häfen der Bundesrepublik Deutschland für gesundheitliche Notlagen Internationaler Tragweite (GNIT) laut Vorgaben zu den Kernkapazitäten gemäß Artikel 20 Abs. 1 der IGV umgesetzt werden. Die Häfen Bremen/Bremerhaven, Hamburg, Kiel, Rostock und Wilhelmshaven sind in diesem Gesetz direkt benannt. Unter dem Eindruck der Geschehnisse während der Coronapandemie, in der mehrere Schiffe mit ihrer Besatzung allein im Hafen Rostock unter Quarantäne gesetzt worden sind, gehört die Benennung der Kernkapazitäten durch den Hafenbetreiber und die zuständige Landesbehörde – soweit noch nicht geschehen – zu zentralen Forderungen.

Hafenärztliche Dienste können durch die Kenntnis der spezifischen medizinischen Infrastruktur vor Ort erkrankte Seeleute in eine ambulante oder stationäre Behandlungseinrichtung überweisen. Im Alltagsgeschehen übernehmen diese Aufgaben häufig die vor Ort ansässigen Schiffsmakler. In sensiblen Fragestellungen greift man aber gern auf Wissen und Kenntnis der Hafengesundheitsbehörde zurück.

Letztlich sei hervorgehoben, dass es zu den sonstigen Aufgaben der Hafengesundheitsbehörde gehört, aus gegebener Veranlassung die ärztliche Leichenschau durchzuführen und die weitere Freigabe der Leiche zum Transport bei infektiöser Unbedenklichkeit zu bewerkstelligen. Auch für Schiffe, die über einen Schiffsarzt verfügen, kann der Hafenärztliche Dienst landseitig u. a. durch Vermittlung entsprechender Bestattungsinstitute (auch für eine Verbringung ins Ausland) logistische

Hilfe leisten. Zur Klärung aller in diesem Zusammenhang bestehenden unklaren Sachverhalte, unnatürlicher Todesfälle an Bord sind die Kolleginnen und Kollegen der Rechtsmedizin heranzuziehen (Abb. 5).

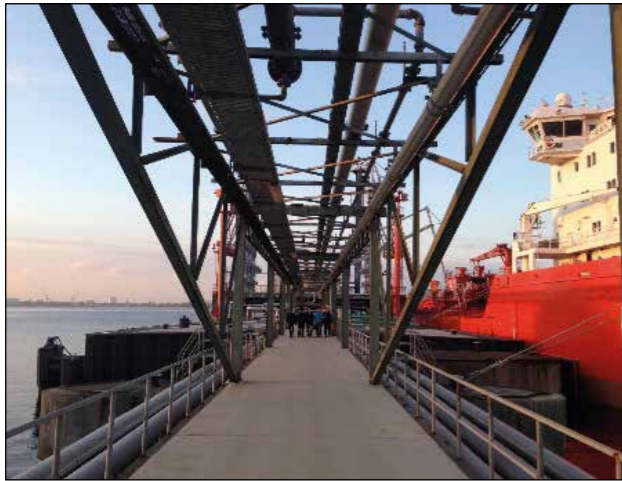


Abb.5 Todesfall an Bord, der Hafenärztliche Dienst im Ölhafen Rostock, Foto: Markus Schwarz

3. AUFGABEN DER INFEKTIONSPROPHYLAXE

Die Hafenärztlichen Dienste sind prädestiniert, Schutzimpfungen auf der Grundlage der Nationalen oder Internationalen Forderungen und Empfehlungen durchzuführen. Oftmals verfügen sie über die Zulassung, Gelbfieberimpfungen zu verabfolgen. Eng damit verbunden sind generell die reisemedizinischen Beratungen der Hafenärzte, sind doch die Hafenmedizinischen Dienste in der Regel an ein Informationssystem zur Vermittlung wöchentlich aktualisierter Daten zum Infektionsgeschehen weltweit angeschlossen. Die Dienste sind jederzeit in der Lage, dezidiert über das Vorkommen von Malaria, über die jahreszeitlich vorherrschenden klimatischen Verhältnisse, über die jeweils landestypischen (medizinischen) Einreisebestimmungen und anderes mehr für jedes Land auf der Erde Auskunft zu erteilen. Entsprechende Merkblätter für Reisende (bei Bedarf auch in der Landessprache des Seemanns) werden vorgehalten. Über entsprechende Partnerbeziehungen zu Tropenmedizinischen Instituten können auch komplexe Fragestellungen beantwortet werden.

Durch die Assoziierung der Hafenärztlichen Dienste an die örtlichen Gesundheitsämter können Beratungsgespräche, ggf. auch Diagnostik und Therapie zu den sexuell übertragbaren Krankheiten jederzeit (kostenfrei) angeboten werden, HIV-(Schnell-)tests sind ebenfalls verfügbar.

Die größeren Häfen in der Bundesrepublik Deutschland bieten über ihre Hafenärztlichen Dienste gesonderte, wöchentlich stattfindende, kostenfreie (sozial-) medizinische Sprechstunden für Seeleute an (Bremerhaven, Hamburg, Rostock). Ggf. werden hierfür die Räumlichkeiten der Seemannsmissionen genutzt. Von 2012 bis 2014 wurde zusammen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Seemannsmission im Überseehafen und Ärztinnen und Ärzten des Gesundheitsamtes Rostock eine gut besuchte Sprechstunde etabliert, die jedoch aus Gründen eingeschränkter ärztlicher (gesundheitsamtlicher) Kapazitäten wieder eingestellt werden musste (Abb. 2 und 6).



Abb. 6
MS LORE mit dem SOS Signal:
ein Fall für den Hafenärztlichen Dienst,
Foto: Markus Schwarz

Der Vielschichtigkeit der Aufgaben des Hafenärztlichen Dienstes geschuldet, kann es im Alltag eines Schiffsarztes diverse Möglichkeiten der Kontaktaufnahme geben. Generell sei empfohlen, bei jeder sich bietenden Möglichkeit mit den ärztlichen und nicht ärztlichen Kolleginnen und Kollegen der (medizinisch) tätigen Behörde Kontakt zu suchen. Es arbeitet sich in Problemlagen letztlich häufig leichter, wenn die Partner an Land über die Verhältnisse an Bord durch frühere Besuche informiert sind.

Welche häufigen Kontaktierungen zwischen Schiffs- und Hafenarzt kann es geben? An dieser Stelle sollen zwei Möglichkeiten vorgestellt werden, die in der Tat zu einem intensiveren Austausch an Bord oder in der Behörde führen können:

1. Bescheinigung der Behörde zur Aufnahme der Tätigkeit als Schiffsarzt
2. Seegesundheitserklärung mit Folgen

ZU 1.) BESCHEINIGUNG DER BEHÖRDE ZUR AUFNAHME DER TÄTIGKEIT ALS SCHIFFSARZT

Die schiffsärztliche Tätigkeit an Bord, unabhängig davon, ob als allein Tätiger oder in einem medizinischen Kompetenzteam unterwegs, ist außerordentlich anspruchsvoll und verlangt neben einem aktuell auf „Stand der Wissenschaft“ abrufbaren medizinischen Know-how auch physisch eine gute Kondition, werden doch in medizinischen Notfallsituationen nicht selten an den Einzelnen erhebliche Forderungen gestellt. Neben Kenntnissen aus den großen medizinischen Gebieten liegt es nahe, auch Basisanwendungen aus dem Bereich der Ophthalmologie, der HNO-Heilkunde und der Dermatologie vorzuhalten. Umfassende Kenntnisse in der Notfallmedizin, der Ultraschalldiagnostik ebenso in der Radiologie dürfen immer mehr als Selbstverständlichkeit angesehen werden. Letztlich sollte bei den angehenden Schiffsärztinnen und Schiffsärzten ein fundiertes Verständnis über seemannisches Handeln vorausgesetzt werden, ebenso sind die vielfältigen Auswirkungen der als medizinisch notwendig erachteten Maßnahmen (wie z. B. Kursänderung des Kreuzliners, Abbergungen etc.) zu reflektieren. Last but not least ist die Nationalität des Bordpersonals zu berücksichtigen. Nur allzu oft gibt es ethnisch sehr differente Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit, gibt es so ganz verschiedene Auffassungen über die Genese eines Leidens. Psychosomatosen bei Seeleuten, die bereits einen mehrmonatigen Aufenthalt in der Fremde unter wahrhaft zum Teil sehr schwierigen Bedingungen absolvieren mussten, sind – und das werden die Angehörigen der Hafenärztlichen Dienste, die Seemannssprechstunden vorhalten, nur bestätigen können – außerordentlich zahlreich.

Der Schiffsarzt an Bord trägt letztlich die (medizinische) Verantwortung für die Crew und die übrigen Passagiere, zeichnet allerdings auch für die Bord- und Trinkwasserhygiene, deren Aspekte spätestens bei der halbjährlichen Schiffshygienezertifizierung im Zentrum der Diskussion mit den Hafenärztlichen Diensten stehen wird. Der Schiffsarzt ist in medizinischen Sachfragen naturgemäß erster Ansprechpartner des Kapitäns. Er muss den Kapitän in medizinischen Problemstellungen, die überindividuelle Tragweite haben, mit einbeziehen. Der Schiffsarzt ist dem Kapitän direkt unterstellt.

International einheitliche Anforderungen an die Qualifikation von Schiffsärzten gibt es (noch) nicht.

Für Schiffsärzte, die auf amerikanischen Kreuzlinern eingesetzt werden, hat die „Cruise Lines International Association“ (CLIA), die sich mit Fragen der Qualität auf US-geführten Schiffen beschäftigt, zusammen mit dem „American College of Emergency Physicians“ (ACEP) entsprechende Hinweise zur Qualifikation ausgesprochen: drei Jahre Berufserfahrung, „großer“ medizinischer Facharzt, Kenntnisse in Reanimationsverfahren und kleiner Chirurgie sowie Sprachkenntnisse. Auch im bereits zitierten europäischen Projekt SHIPSAN TRAINNET gibt es Bestrebungen, Qualitätsgrundanforderungen an Schiffsärzte zu formulieren. Im Handbuch „European Ship Sanitation Manual“ findet sich ein Anforderungsprofil, welches sich an die US-amerikanischen Vorgaben anlehnt.

Als bis heute wohl noch geltendes Alleinstellungsmerkmal sind in der Bundesrepublik Deutschland die Anforderungen, die an einen Schiffsarzt gestellt werden, gesetzlich fixiert. In der Krankenfürsorgeverordnung (2007) wurde im § 15 (4) ausgeführt, „(d)er Schiffsarzt muss zur Ausübung des ärztlichen Berufs im Geltungsbereich dieser Verordnung berechtigt sein und ausreichende Kenntnisse für die Tätigkeit als Schiffsarzt der Behörde nachweisen. Er hat sich vor der Anmusterung rechtzeitig bei der Behörde vorzustellen und seine Approbationsurkunde sowie das Zeugnis nach § 81 des Seemannsgesetzes vorzulegen. Die Behörde stellt eine Bescheinigung aus, wenn die Voraussetzungen für die Tätigkeit als Schiffsarzt erfüllt sind.“ Für (werdende) Schiffsärzte gibt der Arbeitskreis der Küstenländer für Schiffshygiene ein regelmäßig aktualisiertes Merkblatt heraus.

Letztlich entscheidet die Hafenärztliche Behörde in der Gesamtschau über die Eignung für die Tätigkeit als Schiffsarzt (nach deutscher Vorschrift).

Nach der Richtlinie Nr. 4 des Arbeitskreises der Küstenländer für Schiffshygiene aus dem Jahre 2008 sollen dabei folgende Kenntnisse nachgewiesen werden, sie sind durch die Behörde zu dokumentieren:

- Vorlage der Approbationsurkunde (beglaubigte Kopie)
- Mehrjährige klinische Weiterbildung (Facharzt?) Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesiologie
- Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ oder Fachkunde „Rettungsmedizin“ und eine regelmäßige intensivmedizinische Tätigkeit
- Basiskenntnisse in den „kleinen“ Fachgebieten (HNO, Augen, Dermatologie, Zahnheilkunde)
- ggf. Fachkunde Strahlenschutz (Röntgen)/ Sonographie-Kenntnisse, wenn US-Gerät vorhanden
- Kenntnisse in der Reise- und Tropenmedizin
- Kenntnisse in der Schiffs- und Trinkwasserhygiene
- Fremdsprachenkenntnisse (mind. Englisch)
- Seediensstauglichkeit

Angestrebt werden sollte auch die Erlangung des Nachweises eines Zertifikats „Maritime Medizin“ der ÄK Schleswig-Holstein und/oder „Einführung in die maritime Notfallmedizin“ der „Deutschen Gesellschaft für Maritime Medizin“.

ZU 2.) SEEGESUNDHEITSERKLÄRUNG MIT FOLGEN

Im Artikel 37 (1) der Internationalen Gesundheitsvorschriften IGV (Gesetz zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (IGV) vom 23. Mai 2005 [vom 20. Juli 2007 (BGBl. II S. 930)] heißt es: „Der Kapitän eines Schiffes hat vor der Ankunft im ersten Anlaufhafen des Hoheitsgebiets eines Vertragsstaates den Gesundheitszustand der an Bord befindlichen Personen festzustellen und bei der Ankunft – oder vor der Ankunft, sofern das Schiff entsprechend ausgerüstet ist und der Vertragsstaat eine solche Vorausbescheinigung verlangt – eine Seegesundheitserklärung auszufüllen und der zuständigen Behörde dieses Hafens zu übergeben, es sei denn, dass dieser Vertragsstaat dies nicht verlangt; diese Erklärung ist vom Schiffsarzt gegenzuzeichnen, sofern sich ein solcher an Bord befindet.“ Weiter heißt es im Absatz 2, „(d)er Kapitän eines Schiffes oder der gegebenenfalls an Bord befindliche Schiffsarzt (hat) alle von

der zuständigen Behörde verlangten Informationen über die gesundheitlichen Verhältnisse an Bord während der internationalen Reise zu geben.“

Die in der Regel letztlich den Hafenärztlichen Behörden zugeleitete Seegesundheitserklärung hat dabei einem wie in der Anlage 8 der IGV vorgesehenen Muster zu entsprechen.

Die Revision der Internationalen Gesundheitsvorschriften im Jahre 2005 erfolgte auch unter dem Eindruck eines zunehmenden „touristischen Verkehrsaufkommens“ mit den potentiellen Möglichkeiten der Verbringung übertragbarer Erkrankungen wie Noroviren, Legionellen oder Influenza. Die Geschehnisse der Entstehung und Ausbreitung der SARS-Epidemie von 2002/2003 wirkten – mit noch größerer Deutlichkeit aber auch die Distribution der SARS-CoV-2-Pandemie in den Jahren 2020–2022 – letztlich als Bestätigung, den internationalen Waren- und Reiseverkehr im Rahmen eines Rechtsgebungsverfahrens stärker in den Fokus zu nehmen. Nur noch selten finden sich selbst auf Kreuzfahrtschiffen nicht autorisierte Vorlagen für eine Seegesundheitserklärung, die mit ihrem Fragespiegel nicht mehr den aktuellen Erfordernissen entsprechen. In diesen Fällen werden die Schiffsführer/Schiffsärzte aufgefordert, ihre Deklaration den neuen Regelungen anzupassen.

Um Ausbruchssituationen von Infektionserkrankungen fachlich und organisatorisch bewältigen zu können, haben Reedereien der größeren Kreuzfahrtschiffe Notfallpläne erstellt, die der Besatzung vor Ort Hinweise und Anweisungen zur Problemlösung offerieren.

Ebenso sind landseitig, maßgeblich durch die Hafenbetreiber und die zuständigen Landesbehörden (in Absprache mit den Hafenärztlichen Diensten) medizinische Notfallpläne zu erstellen und zu beüben, die mit den im Hafen operierenden Behörden und Firmen (Hafenbehörde, Wasserschutzpolizei, Landes- und Bundespolizei, Brandschutz- und Rettungsdienst, Lotsendienste, Zoll, Hafenbetreiber, Maklereien etc.) gemeinsam erarbeitet werden sollten. Hierzu werden die Kernkapazitäten (von gemäß Art. 20 Abs. 1 IGV benannten Seehäfen) im Rahmen des von der Bundesrepublik Deutschland erarbeiteten IGV (2005) Durchführungsgesetzes erstellt, die für die Häfen vor Ort, welche mit einer entsprechenden Infektionslage konfrontiert sind, als unabdingbar in der Vorhaltung angesehen werden. Die Ausarbeitung der erforderlichen Abwehrpläne allein ist für alle Beteiligten eine herausfordernde Aufgabe, haben

doch die einzelnen Akteure im Hafen sehr unterschiedliche Ansichten über ihre eigenen Aufgaben und die Aufgaben im Rahmen der Infektions-Gefahrenabwehr. (Ähnliches gilt für die Gefahrenabwehr durch radioaktive oder chemische Stoffe.)

Die Fragen in der Seegesundheitserklärung sind sehr allgemein gefasst: So wird unter anderem formuliert: „Gibt es oder gab es während der internationalen Reise einen Krankheitsfall an Bord, bei dem der Verdacht besteht, dass er ansteckend sein könnte?“, bzw. noch allgemeiner: „Ist die Gesamtzahl erkrankter Fahrgäste größer als üblich/erwartet? Um wie viele Erkrankte handelt es sich?“ Mit diesen allgemeinen Fragestellungen ist beabsichtigt, möglichst keine Voreinschränkung zuzulassen. In einem Anhang (attachment) sollen dann Name, Alter, Geschlecht, Nationalität, Krankheitsbezeichnung, Kabinenummer, etc. ergänzt werden. Die Angaben können letztlich sowohl dem medizinischen Bordpersonal als auch dem Hafenärztlichen Dienst Hinweise über das Infektions- und Ausbreitungsgeschehen geben.

Es bedarf eigentlich keiner hervorgehobenen Erwähnung, dass die Seegesundheitserklärung als ein Dokument der Abfertigung nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt sein muss. Bewusste Falschangaben können empfindliche Konsequenzen haben.

Gängige Praxis in den Häfen der Bundesrepublik Deutschland ist es, dass die Schiffe auf Internationaler Fahrt den Hafenärztlichen Diensten bis 24 Stunden vor avisiertem Einlaufen des Schiffes in den Hafen die Angaben der Seegesundheitserklärung zukommen lassen. Der Kapitän trägt die Verantwortung, dass jede nicht traumatische Erkrankung an Bord und jeder Todesfall an die Hafengesundheitsbehörde gemeldet werden.

Weltweit jedoch sind die Reaktionen der Hafenärztlichen Behörden auf Informationen zum Infektionsgeschehen an Bord sehr differiert. In den deutschen Häfen werden sich Vertreter der unteren Gesundheitsbehörde (der Hafenärztliche Dienst) an Bord melden. Vielfältigen Berichten zufolge sind – über die Häfen auf verschiedenen Kontinenten gemittelt – Reaktionen von unter Quarantänestellung bis zu fehlender Kontaktaufnahme und Ignoranz der medizinischen Problemlage gegenüber denkbar und realistisch.

Ein Beispiel aus der Praxis (nur in Anlehnung an ein tatsächliches „Ereignis“) soll – ohne auf eine vorliegende „gesundheitliche Notlage internatio-

ner Tragweite – (GNIT)“ zurückgreifen zu wollen – die Auswirkungen unklar oder unwahr ausgefüllter Seegesundheitserklärungen verdeutlichen.

Avisiert ist ein Kreuzfahrtschiff mit über 3.500 Passagieren an Bord am übernächsten Tag früh um sechs Uhr, wobei bekannt wird, dass u. a. ca. 1.200 US-amerikanische, sowie 200 mexikanische Staatsbürger an Bord sein werden. Zeitgleich wird durch die WHO Pandemie-Stufe V weltweit definiert, sie bezieht sich auf eine Influenza-Erkrankung, die – nach den bisherigen Erkenntnissen ihren Ursprung ebendort, in Nordmexiko, bzw. im Südwesten der USA genommen hat. Noch ist nicht eindeutig geklärt, wie pathogen der als neu eingestufte Erreger ist. Alle amerikanischen Patienten befinden sich bei Einlaufen des Kreuzfahrtschiffes im potentiellen Inkubationszeitraum.

In einer vom obersten Hygienearzt des Bundeslandes (Dienstszitz Sozialministerium) anberaumten Krisensitzung wird festgesetzt, dass Informationsmaterial in englischer Sprache durch den Hafenärztlichen Dienst an die Passagiere, die das Schiff zum Zwecke der Teilnahme am touristischen Programm verlassen möchten, verteilt wird. Der Hafenärztliche Dienst erarbeitet zusammen mit dem RKI und dem Hamburger Port Health Center ein entsprechendes Informationsmaterial.

Die Hafenbehörde wird über die angedachten Maßnahmen bei nunmehr bestehender Pandemiestufe V informiert, wobei durch den Hafenskapitän das Verteilen von Informationsmaterial an die Passagiere untersagt wird, er wolle keine Beunruhigung der Besucher in seinem Hafen.

In der Zwischenzeit trifft eine erste Seegesundheitserklärung ein, in der mitgeteilt wird, dass sich keine erkrankten Passagiere (oder Crewmitglieder) an Bord befinden.

Gegen zwei Uhr nachts wird dem zuständigen Hafenarzt durch die vorgesetzte Dienststelle im Ministerium mitgeteilt, dass es eine Anzeige durch eine namentlich bekannte Person aus dem Bundesland gegeben habe, die per Mobilfunk durch einen Bekannten an Bord informiert wurde, dass „hier auf dem Schiff unhaltbare Zustände herrschen würden, die Besatzung offenbar nicht mehr (die medizinische) Situation unter Kontrolle hätte“. Im Ministerium mache man sich nunmehr ernsthaft Sorgen. Gegen fünf Uhr trifft (über den Lotsen) eine aktualisierte,

zweite Seegesundheitserklärung ein, mit der Mitteilung, dass nunmehr ca. 30 Personen erkrankt wären, ohne nähere Angaben, demnach auch ohne „attachment“ zur Seegesundheitserklärung. Im Übrigen fordere einer der beiden Schiffsärzte vom Hafenerztlichen Dienst Influenza-Schnelltests an.

Um sechs Uhr legt das Kreuzfahrtschiff unter Bahama-Flagge im Hafen an, Busse und Fernzüge stehen zum Transport der Passagiere zu den nah und fern gelegenen Ausflugsorten bereit. Der erste Sonderzug soll um sieben Uhr den Bahnhof verlassen. Da es sich um das erste Kreuzfahrtschiff der Saison handelt, nehmen Polizei, Zoll, Maklerei, diverse Behörden, eine Blaskapelle etc. und einige Schaulustige erwartungsfreudig ihre Plätze ein. Permanent nimmt der Hafenerzt Telefonate diverser vorgesetzter Dienststellen entgegen, zeitgleich bemüht er sich, die Freigabe des Informationsmaterials zum Verteilen an die „Landgänger“ vom Hafenerzt zu erreichen, erfolglos.

In Abwägung der bis zu diesem Zeitpunkt eingegangenen Informationen wird durch den Hafenerztlichen Dienst (das ist jetzt der Hafenerzt vor Ort) folgendes festgelegt:

Eine Disembarkation erfolgt bis zur Klärung der medizinischen Situation an Bord nicht.

In der Zwischenzeit druckt (und verteilt) die Bord-DRuckerei des Kreuzfahrtschiffes die noch benötigten Informationsblätter bzw. verteilt sie an die (potentiell) von Bord gehenden Passagiere.

Daraufhin werden von verschiedenen Dienstleistern und Behörden Proteste, teilweise unverhohlene Drohungen dem Hafenerztlichen Dienst gegenüber ausgesprochen, die wirtschaftliche Prosperität der Stadt sei durch diese Anordnung des Hafenerztlichen Dienstes akut bedroht! Die In-Rechnung-Stellung der entstehenden Verzögerungskosten würde durch die Reederei des Schiffes dem Hafenerzt persönlich zugestellt.

Nach dem zusammen mit dem Schiffsmakler erfolgenden Aufsuchen des Hospitalbereiches wird in Ermangelung der nicht auffindbaren Schiffsärzte die leitende Schwester des Sanitätsbereiches befragt. Dabei stellt sich heraus, dass 34 Patienten/Reisende wegen eines nicht fieberhaften Infektes mit Durchfall erkrankt und im jeweiligen Kabinenbereich isoliert worden sind. Von einer Grippeepidemie wisse sie nichts. Stuhluntersuchungen sind nicht erwünscht, Hygienemaßnahmen wurden, gemäß den Aussagen der Krankenschwester, ergriffen. Dennoch war die

erhebliche fäkale Geruchsbelästigung in den unteren Passagiergängen an Bord für alle Besucher offenkundig. Die Augenscheinnahme der in den Kabinen hospitalisierten Patienten erfolgte außerdem. Kein vom akuten Durchfallgeschehen Betroffener würde Kabine noch Schiff verlassen. Enge Kontaktpersonen seien detektiert und über ein „Hygienemanagement“ informiert.

Letztlich erfolgte die Freigabe des Schiffes zu den geplanten Landgängen mit einer Verzögerung von 40 Minuten.

Mit einem weiteren Anruf einer vorgesetzten Dienststelle wird dem Hafenerzt mitgeteilt, dass die beiden Innenminister der Bundesländer, deren Territorien die Sonderzüge auf ihrer Fahrt mit den Gästen des Kreuzfahrtschiffes passieren, die Durchreise verweigern würden. Der HÄD möge also Sorge tragen, dass die Züge den örtlichen Bahnhof nicht verlassen. Nun, zu spät, die Züge haben die Hafenstadt bereits verlassen (und kommen unbeschadet, allerdings mit hoher WC-Frequentierung im Zug am Zielort an).

Abermals werden dem Hafenerztlichen Dienst noch im Bereich der Abfertigungshalle im Hafeneral die Konsequenzen seines Handelns verdeutlicht, erste „Anhörungen“ für die kommende Woche angekündigt.

Aus diesem spektakulär unspektakulären Geschehen können sicherlich viele Lehren gezogen werden. Die wichtigste Lehre vielleicht: es macht Sinn, vorab ähnliche Szenarien einmal „durchzuspielen“, den handelnden Personen vorab aufzuzeigen, welche Positionen bei bestimmten Entscheidungsfindungen zu berücksichtigen sind. In der Tat ist es nach dem Verständnis des Handelns der Hafenerztlichen Dienste wichtig, auch den Kolleginnen und Kollegen an Bord zu zeigen, dass sie selbst permanent mit ihren Aktionen unter Beobachtung stehen (durch die Bordgäste) und die Abgabe einer in sich widersprüchlichen, viele Fragen offenlassenden Seegesundheitserklärung zu unerwarteten Reaktionen der Behörde führen kann.

Im Übrigen zog sich die Aufarbeitung „des Falles“ noch über ein halbes Jahr hin. In der Sache wurde zwar rechtes Handeln beschieden, bedenkt man in diesem Zusammenhang auch die zum Teil in anderen Ländern während der in Phase V der Epidemie getroffenen Maßnahmen. Andererseits ist vor Ort „viel Porzellan“ zerschlagen – und persönliche Arbeitsverhältnisse arg strapaziert worden. Dinge, die vielleicht hätten vermieden werden können.

Für den künftigen Schiffsarzt ist es aus hafenärztlicher Sicht sinnvoll, vor einem Einsatzbeginn zu klären, ob es an Bord einen Plan zum Ausbruchmanagement gibt. Ist in diesem Plan detailliert festgelegt, wo, durch wen, wann und welche Desinfektionsmaßnahmen durchgeführt werden müssen? Gibt es an Bord ein ausgebildetes „Einsatzkommando“ für den „Desinfektionsfall“? Welche Qualität haben die eingesetzten Desinfektionsmittel? Realisiert werden sollte, dass es auf den schwimmenden Hotels mit ihren hygienischen Eigenheiten gute Voraussetzungen für Ausbruchssituationen, verursacht von Noroviren (bei Erwachsenen 50 % der nicht bakteriellen Gastroenteritiden), Influenza-Viren, Varizellen, Legionellen und Lebensmittel assoziierten Erkrankungen geben kann. Wie bekannt, sind es Noroviren basierte Ausbrüche, die in den vergangenen Jahren weltweit in der Kreuzschiffahrt Aufmerksamkeit auf sich gezogen haben. Noroviren sind in Gemeinschaftseinrichtungen, Kliniken und Heimen in der Bundesrepublik die häufigsten Verursacher von Übelkeit, schwallartigem Erbrechen, Durchfall und Schwindel. Es besteht Gefahr eines erheblichen Flüssigkeitsverlustes. Eine hohe Umweltstabilität und die geringe Infektionsdosis verlangen bei einem Ausbruch umfangreiche Desinfektionsmaßnahmen. Es sei auf den „Guidance for the Management of Norovirus Infection in Cruise Ships“ der Norovirus Working Group (Health Protection Agency, London 2007) hingewiesen.

Eine noch größere Herausforderung sollte die SARS-CoV-2-Pandemie 2020–2022 sowohl für die Kauffahrt-Schiffahrt als auch für die Kreuzschiffahrt sein. Beeinträchtigt wurden beide, während erstere nicht selten durch die Positivtestung von Besatzungsmitgliedern in ihrer Freizügigkeit stark eingeschränkt wurde, kam letztere fast zum Erliegen.

Allein die Hafenerztlichen Dienste wurden durch immer neue Aufgabenstellungen in ihrer Tätigkeit hinterfragt. Zurzeit arbeiten zwei Hygiene-Inspektoren im Überseehafen und sind vollumfänglich für alle die Schiffshygiene betreffenden Fragen sozusagen „rund um die Uhr verantwortlich“! Adjustiert werden sie durch zwei ärztliche Kollegen des Amtes, die zur Beantwortung direkt hafenärztlicher Fragestellungen zur Verfügung stehen. Allein zur Bedienung der Aufgabenstellungen, die sich im Überseehafen Rostock durch die Abfertigung der „Armada der Kreuzfahrtschiffe“ in den Frühjahrs- und Sommermonaten ergeben, wurde es notwendig, zusätzlich Ärztinnen und Ärzte, aber auch zusätzliche Hygiene-Inspektoren zu rekrutieren. Seit Mai 2014 unterstützen ca. fünf ärztliche

Kolleginnen und Kollegen des stadteigenen Südstadt-Krankenhauses im Wochenintervall in einem diensthabenden System die Arbeit des Hafenerztlichen Dienstes. Alternativ sind Hygieninspektoren der Abteilung Infektionsschutz des Gesundheitsamtes Rostock in den Sommermonaten ebenso in dieses System und die Arbeit vor Ort eingebunden.

Der zunehmenden Erweiterung des Anforderungsprofils für den Hafenerztlichen Dienst Rostock mit seiner internationalen Verflechtung wird die gegenwärtig angestrebte Optimierung der diversen Vernetzung der Informationsquellen schiffstechnischer Stammdaten durch digitaltechnische Module gerecht. Es besteht Hoffnung, dass die finanziellen Mittel hierfür auch aus dem „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ (2020) genutzt werden können.

Zusammengefasst kann demnach der Hafenerztliche Dienst Rostock sowohl für die Schiffsärzte als auch für die gesamte Schiffscrew/Passagiere an Bord Unterstützung leisten:

1. mit der logistischen, punktuell auch während der Liegezeit im Hafen personellen Hilfe bei der Suche und Sanierung einer Infektionsquelle
2. mit der Organisation der Beschaffung von medizinischer Diagnostik-, Therapie- und Verbrauchsmaterial, von Desinfektionsmitteln, von Schutzbekleidung u. a.
3. mit der Unterstützung bei diagnostischen Maßnahmen an Bord, mit der Weiterleitung des Untersuchungsmaterials in ein (zertifiziertes) Labor
4. mit der Einholung sachdienlicher Unterstützung durch Infektiologen (Universität), Hygieniker, das Sozialministerium, den Arbeitskreis der Küstenländer, das Port Health Center in Hamburg, die Klärung rechtlicher Fragen etc.
5. mit der Vermittlung der Weiterleitung von Patienten (Besatzung, Passagiere) in die ambulante und stationäre Nachsorge vor Ort
6. mit der Bereitstellung von Informationsmaterial zu verschiedenen Infektionskrankheiten für die Passagiere an Bord und Crewangehörigen in verschiedenen Sprachen.

Diese Übersicht über die Tätigkeit des Hafenerztlichen Dienstes ist sicherlich nicht vollständig und darf als ein Versuch angesehen werden, den „maritimen Arm“ eines geographisch exponiert gelegenen Gesundheitsamtes zu beschreiben.

QUELLEN UND LITERATUR (AUSWAHL):

Anleitung zur Krankenfürsorge auf Kauffahrteischiffen – Leitfaden für Kapitän und Schiffsoffiziere. 5., neu bearbeitete und ergänzte Auflage, hrsg. von der See-Berufsgenossenschaft; bearb. von H. Ebert und B.-F. Schepers, Dingwort Verlag (Hamburg) 2007

Buschmann CT, Tsokos T. Todesfeststellung und Leichenschau - Was ist auf hoher See zu beachten? FTR 2010; 17 (2): 74–77

Hadjichristodoulou Ch. et al. Surveillance and control of communicable diseases related to passenger ships in Europe. Int Marit Health 2011; 62, 2: 138–147

Journal-Club. 30 000 Kontaktpersonen auf einen Schlag. FTR 2012; 19 (4): 166–167

Kaerger. Der Hafendarzt – Seine allgemein- und sozialhygienischen Aufgaben – Das Beispiel Hamburg. Hansa (Sonderdruck) Zentralorgan für Schifffahrt, Schiffbau, Hafen 1975; 15/16

Mouchtouri VA, et al. The decision making process for public health measures related to passenger ships: the example of the influenza pandemic of 2009. Int Marit Health 2010; 61, 4: 241–245

Schlaich C. "Is there any ill person on board?" – Hygieneüberwachung auf Kreuzfahrtschiffen. Epid Bull 2011; 42: 384–385

Schlaich C, u. a. Schiffsärzte auf Passagierschiffen – Breites Tätigkeitsfeld mit vielfältigen Anforderungen. FTR 2010; 17 (4): 174–179

Schlaich C. Targeting Health Events on Ships. J Travel Med 2012; 19: 207–209

Sevenich Ch. Trinkwasserversorgung auf Kreuzfahrtschiffen – Eine Herausforderung für Planer, Behörden, Ingenieure und Schiffsärzte. FTR 2012; 19(3): 116–120

6.3.2 DIE EHEMALIGEN

DR. MED. HERBERT GRUNWALD (1991–2004) HAFENARZT IN ZWEI POLITISCHEN WELTEN

Bis zum 31. Dezember 1990 war ich als Betriebsarzt im Medizinischen Dienst des Verkehrswesens, Direktion Schifffahrt, in der Poliklinik Überseehafen Rostock tätig.

Zu meinen Aufgaben gehörten u. a.

- Diagnostik, Behandlung und Nachsorge aller Beschäftigten des Versorgungsbereiches Seehafen, der Seeleute der Deutschen Seereederei und der ausländischen Seeleute sowie der im Hafen beschäftigten Ausländer (Einstellungs-, Wiederholungs-, Seetauglichkeitsuntersuchungen, Beratungen und Schutzimpfungen)
- Zeitweiser Einsatz als Schiffsarzt auf Fang- und Verarbeitungsschiffen des Fischkombinates Rostock und einem Passagierschiff der Deutschen Seereederei.

Am 1. Januar 1990 erfolgte die Abwicklung der Poliklinik im Überseehafen – danach befand ich mich in der Warteschleife. Eine Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes machte mich darauf aufmerksam, dass eine Stelle zur Betreuung von Asylbewerbern geschaffen wird. Nach Einreichen meiner Bewerbungsunterlagen konnte ich ab Mai 1991 diese Funktion wahrnehmen. In der Anlaufstelle Asylbewerberheim Rostock Lichtenhagen war bereits Schwester Marlis Buchholz tätig. Mit ihr gemeinsam erfolgte nach der Erstuntersuchung der Asylsuchenden ihre Weiterleitung in andere Einrichtungen. Hilfreich war der Erfahrungsaustausch mit dem Gesundheitsamt Bremen zu Ergebnissen und Dokumentation der Untersuchungen von Asylbewerbern.

Im Aufnahmeheim in der Satower Straße hatte ich die Aufgabe, ärztliche Behandlungen, Untersuchungen und Beratungen vorzuhalten, und übernahm später die Impfungen entsprechend dem deutschen Impfkalender in allen Asylbewerberheimen in Rostock vom Kleinkind- bis zum Erwachsenenalter.

Mit Ausscheiden des bisherigen Hafendarztes 1992 bot mir der Amtsleiter des Gesundheitsamtes, Dr. Dr. Herbert Vorpahl, diese Stelle an.

Zur Bewältigung der umfangreichen Aufgaben in diesem Bereich standen dem Hafendarzt die Hygieneinspektoren Angela Helsper und Horst Schickling zur Seite.

Einige Schwerpunktaufgaben des HÄD in der damaligen Zeit:

- Verhütung der Einschleppung von Infektionskrankheiten über einlaufende Schiffe
- Überwachung des Transportes gefährlicher Güter auf Schiffen
- Kontrolle des Trinkwassers sowie der Trinkwasserversorgungsanlagen an Bord und im Hafen
- Kontrolle der Schiffsapotheke
- Einweisung und Anleitung von Schiffsärzten und Ausstellung der Hafendarztlichen Anmusterungsbestätigung.
- Reisemedizinische Beratungen und Impfungen im Gesundheitsamt, gemeinsam mit Schwester Marion Voß, gehörten darüber hinaus zu meinen Aufgaben.

Im August 2004 endete mein Arbeitsverhältnis im Gesundheitsamt.

Alle Arbeiten habe ich während meiner Dienstzeit gewissenhaft und gern durchgeführt. Es war kein gutes Gefühl zu wissen, dass eine Neubesetzung dieser Planstelle nach meinem Ausscheiden nicht erfolgte.

ANGELA HELSPER (1991–2020) ERINNERT SICH:

MEIN AUSBILDUNGSWEG UND BERUFSFELD IM GESUNDHEITSAMT DER DDR UND IM GESUNDHEITSAMT VON 1991 BIS 2020

Die Einrichtung, in der ich von 1977–1990 arbeitete, war der Medizinische Dienst des Verkehrswesens der DDR, Direktion Schifffahrt mit den Häfen Rostock, Wismar, Stralsund.

Zu Rostock gehörten: Überseehafen, Stadthafen, und Fischereihafen Marienehe.

Alle drei großen Häfen waren besetzt mit Polikliniken, Hafenärzten und Hafenhigieneinspektoren.

1974 bildete die Medizinische Fachschule (MEDIFA) am Rostocker Schillerplatz zum ersten Mal in Nord-Mecklenburg Hygieneinspektoren aus. Zuvor waren die Inspektoren/innen Quereinsteiger, die aus medizinischen Berufen oder aus der Lebensmittelbranche kamen.

Ich hatte mich nach dem Abschluss der Polytechnischen Oberschule beim Medizinischen Dienst des Verkehrswesens beworben und begann meine Ausbildung an der Medizinischen Fachschule in Rostock. Dort gab es in der theoretischen Ausbildung keinen Unterricht betreffend Hafen- und Schiffshygiene, dies erfolgte nur in der Praxis.

1977 absolvierte ich den Abschluss als Hygieneinspektorin und begann im September im Rostocker Überseehafen zu arbeiten.

Meine damaligen Kollegen waren allesamt Männer im „gesetzten Alter“ (Walter Kröpelin, Jürgen Groth, Peter Koos, Horst Schickling), die ich schon aus meiner Praktikumszeit kannte.

Zwei Inspektoren, Erich Fäcks und Kurt Schröter, im Stadthafen tätig, zählten ebenfalls zur Hafenhigieneinspektion Seehafen, da wir Schiffsgesundheitskontrollen auf Handelsschiffen durchführten – im Gegensatz zu unseren Kolleginnen im Fischereihafen, die Schiffe der DDR-Fischereiflotte kontrollierten.

Im Überseehafen arbeiteten wir in der Woche in zwei Schichten, am Wochenende und Feiertagen in einer Schicht.

Anfangs wirkte ich wohl wie ein Fremdkörper in dieser gestandenen Herrenriege, aber was blieb den Männern übrig, als mich zu akzeptieren und zu integrieren?

Dr. Tetzlaff erlebte ich kurz als „meinen“ ersten Hafenarzt, der dann bald durch Dr. Klaus Ziergiebel abgelöst wurde, der gerade von seiner Auslandstätigkeit aus dem Jemen zurückkam.

Aufgaben der Hygieneinspektoren im Hafen waren der Infektionsschutz (Verhinderung des Einschleppens von Krankheiten und Krankheitserregern durch die Seefahrt anhand von Bordkontrollen) sowie die Hafenhigiene (Wasseraufbereitung und Abwasserentsorgung, Bereichskontrollen mit Schwerpunkt Sanitäre Anlagen, der Kaihallen mit Lebensmittellagerung und der Küchen einschl. Essensproben etc.).

Die weitaus interessanteste Tätigkeit waren Besuche/Kontrollen auf ausländischen Schiffen, insbesondere aus dem „nichtsozialistischen Ausland“. Hierzu benötigte man eine quartalsweise zu verlängernde Bordgenehmigung, erteilt von einer hinlänglich bekannten „Firma“. Die Staatssicherheit war natürlich im Hafen präsent, handelte es sich doch um eine „Grenzübergangsstelle“.

Vor jeder Gangway eines „nicht sozialistischen Schiffes“ postierte ein Wachsoldat mit Gewehr, der die Bordgenehmigung prüfte und akribisch die Zeiten vom Betreten bis zum Verlassen des Schiffes namentlich notierte.

Natürlich konnte einem auch die Bordgenehmigung ohne Erklärung entzogen werden, was mir für einige Monate passierte. Ich erfuhr später, dass sich mein damaliger Chef, Dr. Ziergiebel, dafür eingesetzt hatte, dass ich sie zurückbekam.

In der Zeit ohne Genehmigung beschränkte sich meine Kontrolltätigkeit auf Hafen und „sozialistische Schiffe“.

An Bord ging man möglichst kurz nach Einlauf des Schiffes, ließ sich dort vom Kapitän die „Seegesundheitserklärung“ (Maritime Declaration of Health), das „Rattenzertifikat“ (Deratting Exemption Certificate) und die Impfausweise vorzeigen.

War an Bord alles in Ordnung, wurde die „Free Pratique“ ausgestellt, und das Schiff durfte die „yellow flag“ einholen.

Hauptsächlich hatten wir es an Bord von ausländischen Schiffen mit der Erneuerung des „Rattenzertifikates“ zu tun sowie mit Impfungen der Seeleute.

Auf Handelsschiffen der DDR prüften wir bei der Einklarierung zusätzlich noch den „Schiffsarztbericht“, geschrieben vom II. Nautischen Offizier und unterschrieben vom Kapitän, zuerst an Bord und dann von unserer Abt. Seetauglichkeit, um auf der Reise erkrankte Seeleute gegebenenfalls zur Nachuntersuchung einzubestellen.

Hygienekontrollen erfolgten regelmäßig nicht nur von uns, sondern es wurden auch bordeigene Kontrollen realisiert, ebenso verhielt es sich mit der Anfertigung und Auswertung der Hygieneberichte.

Vor Auslaufen der Schiffe zogen wir Trinkwasserproben, die Befunde wurden nachrichtlich übersendet. Die Überprüfung der Bordapotheke übernahmen die Mitarbeiterinnen der Hafenaapotheke, die ebenfalls zum MDV gehörten.

Die Bordsprache war und ist Englisch. Schon bald merkte ich, dass meine Schulkenntnisse nicht ausreichten und nahm an der VHS an Englisch-Kursen teil.

Wir Hygieneinspektoren wurden sehr beneidet, durften wir doch auf nationalen und internationalen Handelsschiffen unsere Tätigkeit ausüben. Zu der Zeit war es üblich, dass man vom Kapitän schon erwartet wurde. Schiffshändler und Schiffsmakler waren oft zur gleichen Zeit an Bord, und üblicherweise gab es Kaffee oder Whisky zu trinken, wobei man nach getaner Kontrolle der Schiffspapiere zum Smalltalk überging.

Waren wir zum Impfen (immer mit Arzt) an Bord, geschah es nicht selten, dass man zum Essen blieb. Besonders beliebt waren der „Seemannssonntag“ (Donnerstag) oder die Sonntage.

Man spürte den Hauch der weiten Welt besonders, wenn man auf einem indischen, griechischen oder jugoslawischen Schiff zum Mittagessen eingeladen war. Das waren besondere Highlights, gab es doch an Land keine internationalen Restaurants. Offiziell erlaubt war es nicht ...

Wir sahen es nie als Bestechung an, denn in der Seefahrt war es früher und ist es heute noch üblich, dass man erst seine Kontrollen macht und bei der

Verabschiedung der eine oder andere Kapitän zum Mittagstisch einlädt.

Von 1981 bis 1984 delegierte mich der Medizinische Verkehrsdienst der DDR zu einem Fachschulstudium (Fernstudium) nach Leipzig an die „Ingenieurschule für Pharmazie“ für einen Abschluss als „Hygieneingenieur“.

Nebenbei trat ich, ebenfalls im Auftrag des Medizinischen Dienstes, eine Lehrtätigkeit an der Deutschen Seereederei Rostock-Betriebsberufsschule an, in der man junge Leute auf dem zweiten Bildungsweg als seefahrendes Personal ausbildete. Dort unterrichteten mein Kollege Jürgen Groth und ich das Fach „Hygiene und Gesundheit an Bord“.

MEIN TÄTIGKEITSFELD IM GESUNDHEITSAMT AB 1991

Der Medizinische Verkehrsdienst der DDR überstand die Wende nicht und wurde „abgewickelt“. Wir kamen alle in eine so genannte „Warteschleife“, blieben also mit Gehalt zu Hause und mussten uns noch nicht auf dem Arbeitsamt melden.

Ich machte mir schon Gedanken um die Zukunft und streckte meine Fühler aus, was ich in Zukunft machen könnte.

Eines Tages klingelte es an meiner Tür, und mein Kollege Horst Schickling stand vor mir, mit den Worten: „Angela, wir fangen wieder im Hafen an zu arbeiten“.

Ihm verdanke ich meinen nahtlosen Übergang zum Gesundheitsamt, da ich ja bis dato nicht als arbeitslos galt.

Horst Schickling hatte mitbekommen, dass in Rostock ein Gesundheitsamt eingerichtet worden war. Er suchte den damaligen Amtsarzt Dr. Dr. Vorpahl auf, berichtete ihm von unserer Tätigkeit im Hafen und überzeugte ihn von der Notwendigkeit der Weiterführung des Hafenärztlichen Dienstes. Wir hatten noch die Schlüssel von unserem Büro, das Gehalt kam noch aus der Warteschleife und so fingen wir einfach wieder an ...

Nach der offiziellen Übernahme durch die Stadt bekamen wir ein neues Büro im Hafen zugewiesen mit drei Räumen: ein Büro für uns, ein Impfzimmer und ein Büro für den neuen Hafenarzt Dr. Adolf Lau, ein ehemaliger Arzt des Medizinischen

Verkehrsdienstes der DDR aus dem Fischereihafen.

Bei der Übernahme unserer Tätigkeit für die Stadt wollte man unsere Berufsjahre nicht anerkennen und uns als Neuanstellung ansehen. Zum Glück gab es einen gewerkschaftlichen Passus für die Anerkennung der Arbeitsjahre: wenn man am gleichen Ort mit den gleichen Aufgaben betraut wird, nicht aus der Arbeitslosigkeit kommt und übernommen wird. Es macht schon einen großen Unterschied, ob man seit 1977 oder erst ab 1990 im Dienst war ...

NEUE AUFGABEN NACH 1989

In den ersten Jahren nach der Wende standen auch im Gesundheitsamt Entlassungswellen an. Das war ein ständiges Zittern um den Arbeitsplatz. Die Bemühungen, in den Beamtenstatus aufgenommen zu werden, scheiterten. Bei der 2. Entlassungswelle traf es meinen Kollegen Horst Schickling. Zum Glück stand er zwei Jahre vor dem Ausscheiden aus dem Berufsleben und war finanziell abgesichert. Das war ich als alleinerziehende Mutter nicht.

Die ersten Jahre musste man sich regelrecht die Arbeit im Hafen suchen.

Die Deutsche Seereederei war aufgelöst. Es kamen kaum noch Schiffe in den Hafen, und die zu DDR-Zeiten geschäftigen Straßen im Überseehafen waren menschenleer.

Ein trauriges, deprimierendes Bild.

Auf der Suche nach Arbeit übernahmen wir auch die Hafengebiete unserer ehemaligen Kollegen/innen: den Fischereihafen, die Werften und die Schiffe in Warnemünde.

Inzwischen war der Hafentar Dr. Adolf Lau von Dr. Herbert Grunwald abgelöst worden, ebenfalls ein Arzt aus den Reihen des Medizinischen Verkehrsdienstes der DDR.

Ich erweiterte mein Arbeitsumfeld stetig. Es kamen wieder mehr Schiffe, der Fährhafen wuchs. Die ersten Kreuzfahrtschiffe landeten an. Bei der inzwischen reduzierten, ausgeflaggten Fischereiflotte, der Fahrgastschiffahrt und den Behörden- und Arbeitsschiffen wurde ich zu einer festen Größe.

Selbst die Marine nahm Kontakt zum Hafentarztlichen Dienst auf.

Im Zuge der neuen Trinkwasserverordnung erschloss ich die öffentlichen Yachthäfen und kommerzielle Segelschiffe.

Die Trinkwasserversorgung der Schiffe von Land aus war und ist in den Häfen ein wichtiger Kontrollschwerpunkt mit Aufklärungsarbeit.

Die Hafentarztlichen Dienste im Westen Deutschlands trafen sich einmal jährlich für drei Tage zur Weiterbildung in Braake, später in Bremerhaven. Die Kollegen/innen in Stralsund, Wismar, Greifswald sowie wir in Rostock bekamen ebenfalls Einladungen, und so stießen wir nach der Wende dazu. Wir wurden herzlich in dem Kreis aufgenommen.

Zu meiner Überraschung war der Beruf des Hafentarzthygienepersonals bzw. Gesundheitsinspektors im Westen sehr männlich dominiert. Viele kamen aus anderen Berufen, zumeist aus dem Gebiet der Seefahrt und waren Quereinsteiger.

Es entwickelten sich besonders freundschaftliche Verhältnisse zu Lübeck, Braake und Hamburg.

Mein ehemals höchster Chef vom Medizinischen Verkehrsdienst der DDR in Rostock, Prof. Dr. Heinz Ebert, war inzwischen Hafentarzt in Hamburg.

Durch die für uns neuen Gesetzgebungen und internationalen Gesundheitsvorschriften traten oft Fragen auf, die wir zusammen mit unseren Kolleg/innen im Westen immer kollegial auf Augenhöhe diskutierten. Braake und Hamburg standen uns besonders mit Rat und Tat zur Seite.

Leider hatte der Hafentarztliche Dienst in unserer Verwaltung und bei einigen Kolleg/innen nicht den Stellenwert, der ihm gebührte. Ich war in großer Not, als der Hafentarztliche Dienst aus dem Hafen abgezogen werden sollte. Dr. Herbert Grunwald war inzwischen im Ruhestand und ich „Einzelkämpferin“. Ich holte mir Rat beim ehemaligen Hafentor Stefan Rathmanner, der den Ernst der Lage sofort erfasste, sich für mich, sprach, den Hafentarztlichen Dienst einsetzte und alles dafür tat, dass ich nicht nur im Hafen bleiben durfte, sondern auch mit in das Hafentor einziehen konnte.

Das war ein großer Gewinn, saß ich doch jetzt an der Quelle und bekam aus erster Hand alle Informationen, die ich für Schiffe und Hafen benötigte.

Nicht genug des Guten, der damals stellvertretende Amtsarzt, Dr. Markus Schwarz, wurde mit den Aufgaben des Hafentor betraut. Sein Interesse für die Schifffahrt und die Seeleute wurde schnell geweckt. Er erkannte die Bedeutung des Gesundheitsschutzes in der Seefahrt, die Veränderungen, welche die neuen Gesundheitsvorschriften der WHO nach sich zogen; wurde im Hafen aktiv und machte sich stark für die Arbeit des Hafentarztlichen Dienstes.

Ihm verdankt das Gesundheitsamt den wieder gestiegenen Stellenwert des Hafentarztlichen Dienstes. Auf seine Initiative hin führten wir wieder den „Tag des Hafentarztlichen Dienstes MV“ ein, der nicht nur stets große Anerkennung bei den Kolleg/innen aus den MV-Häfen fand. Gern kamen auch die Kollegen aus Lübeck, Hamburg, Kiel und Braake.

Als Dr. Markus Schwarz leitender Amtsarzt wurde, blieb er weiterhin als Hafentarzt tätig.

Gemeinsamer Schwerpunkt und Herausforderung waren in jeder Saison die Kreuzfahrtschiffe.

Da jedes Jahr mehr Anläufe dazu kamen und das z.T. mehrfach täglich, einschließlich der Wochenenden, reichte es nicht mehr aus, dass Dr. Markus Schwarz, Dr. Kerstin Neuber, Astrid Kasch und ich uns um die Schiffe kümmerten. Es musste ein neues Konzept her.

Zuerst wurden meine Kolleginnen Elke Schünemann, Anja Burgert und Sarina Thiele akquiriert, die mutig in den Bereitschaftsdienst einstiegen. Später kamen dann Ärzte aus dem Südstadtklinikum hinzu.

Die Erkenntnis, dass ein Mitarbeiter im Hafen nicht mehr ausreichte und Hygienepersonal Astrid Kasch im Gesundheitsamt ausgelastet war, war schon längst bekannt, und endlich kam es zur Ausschreibung einer zweiten Stelle im Hafen. Mit einer jungen Kollegin hatten wir eine tüchtige Anfängerin gefunden, die uns jedoch aus persönlichen Gründen schnell wieder verließ. Jörg Herzberg war ein „Quereinsteiger“ und erwies sich als Glücksgriff für den HÄD, zumal jetzt auch die

ganze „IT-Geschichte“ ihren Anfang nahm und wir Anschluss an das Hafentorinformationssystem bekamen.

Ich war endlich nicht mehr auf mich allein gestellt und hatte nach und nach einen immer kompetenteren Kollegen.

ZEITPUNKT DES AUSSCHIEDENS

Am 1. Oktober 2020 war es dann soweit. Ich trat in die „Ruhephase“ der Altersteilzeit (ATZ) ein, was dem Ruhestand gleichkommt. Da ich mich gedanklich schon lange darauf vorbereitet hatte, hielt sich die Wehmut in Grenzen. Das Arbeiten im Hafen verlor in Zeiten von Corona an Spaß.

Monatelang arbeitete man allein vom Büro aus, besuchte Schiffe im äußersten Notfall und blieb auch nur mit entsprechenden Hygieneschutzmaßnahmen so kurz wie möglich an Bord.

Wenn man 43 Jahre im Hafen tätig war und vorwiegend nur mit Seeleuten dienstlich zu tun hatte, wachsen einem diese Menschen ans Herz.

Es war sehr traurig mit ansehen zu müssen, wie in Zeiten von Corona mit den Seeleuten umgegangen wurde. Es bewahrheitete sich mal wieder der Spruch „Seeleute haben keine Lobby“. Von unserer Seite versuchten wir alles, der Seefahrt keine Steine in den Weg zu legen. Durch unsere guten Beziehungen zur Seemannsmission erfuhren Dr. Markus Schwarz, Jörg Herzberg und ich so manche traurigen Realitäten.

Ich hätte mir gern ein „glücklicheres“ Datum zum Ausscheiden gewünscht.

Zurück blicke ich auf einen hauptsächlich von mir nach der Wende aufgebauten Hafentarztlichen Dienst mit einem großen Kontrollbereich, facettenreichen Aufgaben, guten Kontakten und dem Bewusstsein, dass der HÄD eine anerkannte Größe im Hafen geworden ist. Letzteres ist, wie schon erwähnt, besonders dem Engagement von Dr. Markus Schwarz zu verdanken!

Ich habe den Hafen mit seinen Schiffen mit gutem Gefühl und mit der Gewissheit verlassen, dass mit Jörg Herzberg ein sehr guter Mitarbeiter im Hafen bleibt. Meine Devise war immer, „mit den Leuten“, nicht gegen sie. Ich habe mich nie

als „Gesundheitspolizei“ verstanden, sondern als Dienstleisterin, um die Leute zu überzeugen und ihnen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen.



Abb. 7 Angela Helsper und Jörg Herzberg vor dem Hafenamts,
Foto: Markus Schwarz

Ich bedanke mich für die unvergessene Zusammenarbeit vor allem bei Dr. Markus Schwarz und Dr. Kerstin Neuber, die ebenfalls immer ein offenes Ohr für Hafen und Seeleute hatte, bei Jörg Herzberg und Astrid Kasch, die mich oft professionell vertrat, und nicht zu vergessen, bei meinen Kolleginnen Elke Schünemann, Anja Burgert, Sarina Thiele, die sich so toll in den Bereitschaftsdienst eingearbeitet haben (Abb. 7).

Die schönsten Erinnerungen, die ich an alle Erwähnten habe, sind die gemeinsamen Schiffskontrollen auf Fähren und Kreuzfahrtschiffen.

Ich bin dankbar, dass ich so einen interessanten Beruf hatte.



POSTER ZUM HAFENÄRZTLICHEN DIENST

Zur kompletten Ansicht in unserer Online Galerie



6.3.4 „MORGENS KAJÜTE, MITTAGS AMTSSTUBE“



Markus Schwarz kümmert sich als Hafendarzt darum, dass ein Infektionsgeschehen von einem Schiff nicht auf das Land übergeht.

HAFENÄRZTLICHER DIENST

Morgens Kajüte, mittags Amtsstube

Ambulante Tätigkeit? Krankenhausarzt? Forschung? Eine Medizinerkarriere geht auch anders. Als Hafendarzt in einer der deutschen Hafenstädte zum Beispiel. Zu Besuch in Rostock.

Um kurz vor halb sieben am Morgen schiebt sich die „Rotterdam“ unter der strahlenden Morgensonne durch den Schiffskanal von Warnemünde. Im Schnecken-tempo macht das riesige Kreuzfahrtschiff an Pier 7 fest. Im Hafen erwarten den Stahlkoloss und seine Crew bereits ein besonderes Begrüßungskomitee: Polizei, Zoll, Schiffsmakler – und der Hafendarzt. Die Truppe steht bereit, um zu klären, ob an Bord alles in Ordnung ist. So ist die Vorschrift, wenn ein Kreuzfahrtschiff erstmals einen deutschen Hafen anläuft. „Alles in Ordnung“ heißt mit Blick auf die Gesundheit: kein Norovirus an Bord, keine Tuberkulose, keine Windpocken, keine unklaren Infek-

te. Nach einer Viertelstunde sind alle wichtigen Dokumente ausgetauscht. Shakehands – und schon kommt die Delegation die Schiffbrücke wieder herunter. Kein Super-Gau zu befürchten auf der „Rotterdam“.

Ein ausfüllender Job

Kurze Zeit später gehen die Passagiere gut gelaunt von Bord. Zielstrebig, lachend und schwatzend besteigen sie die bereitstehenden Busse für die Landgänge nach Hamburg und Berlin. Für Hafendarzt Dr. med. Markus Schwarz ist in diesem Augenblick die erste Amtshandlung des Tages beendet. Er steigt in sein Auto und fährt 20 Minuten in die Rostocker Innenstadt. Ziel: das Gesund-

heitsamt. Es ist der Dienstsitz des Hafendarztes und gleichzeitig der zentrale Arbeitsplatz für Schwarz: Er ist der Leiter des Rostocker Gesundheitsamtes.

Der „Hafenärztliche Dienst“ der Stadt Rostock ist – wie in den meisten anderen deutschen Hafenstädten auch – an das Gesundheitsamt angebunden. Neben Schwarz, Dermatologe, gehören zum Team noch eine Fachärztin für Hygiene und Infektionsschutz sowie zwei Hygieneinspektoren. Der Kernjob des Quartetts ist schnell beschrieben: Es muss verhindert werden, dass Infektionsgeschehen von Schiffen auf das Land übergehen. Ein ausfüllender Job: In Rostocks Häfen legen Schiffe aus der ganzen Welt an, darunter sind al-

Quelle und Literatur (Auswahl):

Eine Reportage des „Deutschen Ärzteblattes“ (Jg. 114, Heft 27–28 v. 10. Juli 2017)

belegt anschaulich den Hafenärztlichen Alltag.

Genehmigung für den Nachdruck mit freundlicher Erlaubnis des DÄ v. 26.04.22).

lein fast 200 Kreuzfahrtschiffe pro Saison.

Seuchenalarm auf einem Ozeanriesen: In der Realität passiert dies – zum Glück – nur selten. „Dass wir ein Schiff festsetzen, geschieht tatsächlich nur im äußersten Notfall“, sagt Schwarz, der – inzwischen im Gesundheitsamt angekommen – seine wetterfeste Jacke gegen den obligatorischen Arztkittel getauscht hat und sich für die Impfsprechstunde bereit macht. Um ihn herum nun: ostdeutsche Plattenbauromantik statt frischer Meeresbrise.

Ein vorsichtiges Abwägen sei nicht zuletzt deshalb geboten: Eine

Bord haben, docken an gesonderten Piers an. „Diese bieten die Gegebenheiten, um im Notfall mehrere Tausend Passagiere zu befragen, eventuell zu untersuchen und symptomlose Personen mit Auflagen nach Hause fahren zu lassen“, erläutert Schwarz.

Vielfältige Beschwerden

Der Hafentarzt kommt nicht nur, wenn Infektionen auf das Land überspringen drohen. Zum Job gehört auch dies: Abbergungen begleiten, wenn jemand an Bord verstorben ist. Für die Schiffsärzte Medikamente besorgen, die auf See ausgegangen sind. Oder der Crew von Frachtern

Seemannsclubs im Überseehafen. Bücher, Pflanzen, Fernseher – ein gemütlicher Rückzugsraum im ansonsten kargen Hafengelände. „Die Seeleute kommen gerne hierher. Es ist oft die einzige Anlaufstelle für sie“, weiß Schwarz. Denn: Seeleute besitzen meist kein Visum und so ist ihr Bewegungsradius in den Städten, in denen sie einlaufen, begrenzt. Nicht selten sind die Sozialteams der „Kummerkasten“ für die Seeleute, die teils monatelang von der Familie abgeschnitten sind – und sich manchmal in prekären Lagen befinden.

Schwarz erzählt von Fällen, wie dem eines Besatzungsmitglieds aus Aserbaidschan, der eine akute diabetische Entgleisung hatte – aber keinen Versicherungsschutz besaß. Auch in solchen Fällen greift der Hafentarztliche Dienst ein und kümmert sich um die Versorgung. Dazu gehört auch, im Nachhinein Spenden für die Behandlung des Seemanns einzusammeln.

Genau dorthin, zum Überseehafen, zieht es Schwarz heute um kurz nach 10 Uhr. Es heißt wieder: Arztkittel aus, wetterfeste Jacke an, rein ins Auto. Diesmal eine Viertelstunde Autofahrt. Der Überseehafen ist am anderen Ende der Stadt, nicht im Herzen von Warnemünde, wo die meisten Kreuzfahrer anlegen, damit die Passagiere nur kurze Wege in die Innenstadt haben.

Hygienerundgang ist Pflicht

Ost-West-Straße, das Hafenamts. Ein schmuckloser Bau in einer eher tristen Hafenumgebung. Das Treppenhaus des zweiten Standorts des Gesundheitsamts Rostock hängt – natürlich – voller Bilder von Schiffen. Schwarz hat hier ein zweites Behandlungszimmer zur Versorgung der Seeleute: Impfungen, akute Beschwerden, sporadisch von den Reedern angeordnete Drogentests. All das passiert in unmittelbarer Entfernung zu Fähren und Frachtern.

Heute trifft sich Schwarz hier mit seinem Mitarbeiter Jörg Herzberg, einem der zwei Hygieneinspektoren. Schwarz begleitet Herzberg bei einer Schiffsbegehung. Diese müssen alle Schiffe, egal ob Kreuzfahrer, Frachter oder Fähre, alle halbe Jahr

und Fähren, die keinen Schiffsarzt an Bord haben, mit ärztlichem Rat zur Seite zu stehen. Akute Blinddarmentzündung, ein Leistenbruch mit sofortigem Handlungsbedarf – gesundheitliche Probleme scheren sich natürlich wenig darum, wo der Seemann gerade herumschippert.

Als Hafentarzt wird Schwarz auch dann hinzugezogen, wenn ein Trupp russischer Seeleute unklarer Husten plagt oder niemand so recht weiß, ob man dem Frachter aus Fukushima (Japan) Einlauf gewähren soll. Schwarz kennt die Vielfalt der Beschwerden, die Seeleute aus aller Welt nach Rostock tragen könnten: Er war für die Organisation Ärzte für die Dritte Welt bereits auf den Philippinen, in Indien und Venezuela tätig.

Auch das Sozialteam der Seemanns-Seelsorge ruft den Arzt schon einmal hinzu. Die Seelsorge befindet sich in den Räumen des



Der hafentarztliche Dienst ist beim Gesundheitsamt in Rostock angesiedelt.

Kreuzfahrt nur um eine Stunde zeitlich zu verzögern oder gar abzubrechen, sei für die Reeder „ein finanzieller Supergau“. Entsprechend sei der Hafentarztliche Dienst einem gewissen Druck ausgesetzt – und nicht erpicht, auf Konfrontation zu gehen, erzählt Schwarz offen.

Immerhin: Auch dieser Druck sorgt dafür, dass auf Kreuzfahrtschiffen eine Menge getan wird, um Krankheitsausbrüche in jeder Form zu vermeiden. „Die Schiffsteams sind ziemlich gut darin, Krankheiten an Bord zu handeln“, urteilt der 57-Jährige, der seit 2005 in Rostock ist und zuvor als Klinikoberarzt und Leiter einer Rehaklinik tätig war. Es werde „sehr professionell“ gearbeitet (siehe Kasten).

Doch: Aktuelle Notfallpläne und Sicherheitskonzepte für die Gauszenarien liegen in Rostock stets ausgearbeitet bereit. Dazu gehört auch: Schiffe, die einen Vorgang an



über sich ergehen lassen. Die Inspektoren prüfen die hygienischen Zustände an Bord und die medizinische Ausrüstung. Ist alles in Ordnung, gibt es das heißersehnte Dokument: das Schiffshygienezertifikat. Einmal im Jahr nehmen Herzberg und seine Kollegin außerdem Trinkwasserproben.

Heute auf der Tagesordnung: Ein Kontrollgang über die Fähre „Berlin“. Fassungsvermögen: 1 300 Passagiere und 450 Fahrzeuge. Das Schiff pendelt fünfmal täglich zwischen Rostock und Gedser (Dänemark). Nonstop. Eine Stunde fünf- und vierzig Minuten dauert eine Fahrt, vier Stunden sind es hin und zurück.

Pünktlich um 10.45 Uhr macht die Fähre am Terminal fest. Schwarz und Herzberg besteigen das Schiff wie die Fußpassagiere über das sechsstöckige Passagierterminal, während am Boden Autos, Busse und Lkw in den Schiffsbauch einfahren. Das Duo wird bereits erwartet: von Frank Kaltschmidt-Peters, dem Zweiten nautischen Offizier



Zwischen Impfen und Schiffsinspektion: Markus Schwarz ist auf den Schiffen ein gefragter Mann.

der „Berlin“ – und einem Beinahekollegen von Mediziner Schwarz.

Denn: Auf Transportschiffen und Fähren wie der „Berlin“ ist kein Schiffsarzt mit an Bord – allerdings ist der Zweite nautische Offizier für den medizinischen Ernstfall ausgebildet. Das heißt: Es ist Kaltschmidt-Peters, der im Notfall die Passagiere versorgt. Platzwunden oder gar Geburtshilfe an Bord – die Schiffscrew weiß in solchen Fällen, was zu tun ist. „In der Ausbildung haben wir ein halbes Jahr Theorie

gelernt, dazu kamen vier Wochen Praxis in einem Krankenhaus“, erzählt Kaltschmidt-Peters. Alle fünf Jahre müsse das Wissen um medizinische Ersthilfe in einem einwöchigen Kurs aufgefrischt werden. Und natürlich: Jedes Schiff ist entsprechend medizinisch ausgerüstet.

Morphinlagerung wichtig

Notfallrucksack, Defibrillator, Apothekenbestand, Kühlschranktemperatur: Genau darum geht es heute bei der Inspektion des Hafentarztlichen Dienstes. Sie beginnt im Hospitalzimmer des Schiffes. Krankensliege, Rollstuhl, Trage – alles ist da. Schwarz öffnet die Medikamentenschubladen, wirft einen Blick auf das Krankentagebuch, das aufgeschlagen auf dem Apothekenschrank liegt. Erkältung, Kopfschmerzen, Schnittwunde. Jeder Patient, der vorstellig geworden ist, wird hier erfasst. Inklusive des Medikaments, das verabreicht worden ist. Weiter geht es: Schwarz greift sich den Notfallrucksack, klappt ihn auf der Liege auf, begutachtet die Ordnung darin und die vorhandenen Medikamente „Alles vorbildlich“, so sein Urteil.

Ein wichtiger Punkt für den Arzt: dass mit dem Morphin an Bord alles seine Richtigkeit hat. Schwarz überprüft Lagerung, Bestand und Haltbarkeit. „Die Crew muss für schmerzintensive Situationen wie offene Knochenbrüche, Verbrühungen oder Herzinfarkte gewappnet sein“, sagt er. Auch hier: alles gut. Die Berlin arbeitet vorbildlich, kooperiert sogar mit einer Rostocker Apotheke, deren Mitarbeiter regelmäßig an Bord gehen, um zu schauen, was verfallen ist.

Über die teils engen Treppen und bei wankendem Seegang geht es für das Team hoch und runter und im-

Kein Einlaufen ohne Seegesundheitserklärung

Egal ob Kreuzfahrer, Frachter oder Fähre – für alle Schiffe gilt: Sie müssen eine Seegesundheitserklärung abgeben und Fragen wie diese beantworten: „Gibt es oder gab es während der internationalen Reise einen Krankheitsfall an Bord, bei dem der Verdacht besteht, dass er ansteckend sein könnte?“, „Ist die Gesamtzahl erkrankter Fahrgäste an Bord größer als üblich?“, „Befinden sich

krankte Tiere an Bord?“. Wird nur eine von neun Fragen mit ja beantwortet, wird das Schiff direkt kontaktiert, um zu erfahren, worin das Problem an Bord besteht. Bei gehäuften Erkrankungen oder schwerwiegenden Infektionen erfolgt ein Besuch an Bord. Der Hafentarztliche Dienst ist hierbei auf die Kooperation der Schiffscrew angewiesen – und muss auf die Ehrlichkeit der Angaben vertrauen.

mer tiefer in den Schiffsbauch hinein. Auf dem Programm nach dem Hospitalzimmer: Küche, Kombüse, Vorratsräume, Kajüte, Nasszellen und Erholungsräume der Crew, die öffentlichen Sanitäreinrichtungen, der Maschinenraum, in dem die Trinkwasseraufbereitung stattfindet.

„Wie machen Sie das mit dem Abfall?“, „Wie ist die Handtuchreinigung organisiert?“, „Lassen Sie das Wasser an den Duschen regelmäßig laufen?“ – Kontrolleur Herzberg hat viele Fragen. Und Kleinschmidt-Peters steht Rede und Antwort.

Fast zwei Stunden dauert es, bis die Inspektion abgeschlossen ist – längst ist die „Berlin“ da schon wieder auf dem Rückweg von Däne-

mark nach Warnemünde. Fazit: alles bestens. Verbände nachbestellen, Desinfektionsmittel auffüllen, die Temperatur eines Kühlschranks dokumentieren, Abtrocktücher an einem Waschbecken besorgen: Es sind nur wenige kleine Dinge, die Herzberg zu beanstanden hat. Die Ausrüstung auf der Berlin ist top in Schuss, die Crew auf Zack und Technik und Abläufe funktionieren reibungslos. Herzberg kann das Schiffshygienezertifikat ausstellen. Haken dran.

Schiffsbegehungen, Impfsprechstunde, Ad-hoc-Ansprechpartner für kranke Seeleute und administrative Tätigkeiten: Schwarz mag „die Vielfalt der Begegnungen“ seines

Berufes. Zudem: Einige Stunden arbeitet er noch als Hautarzt in privater ärztlicher Praxis, „um als Amtsarzt nicht völlig weltfremd zu werden und die fachliche Seite nicht außen vor zu lassen“, wie er sagt. Für ihn sei dies eine „sinnvolle Ergänzung“ zum Amtsjob. Auch deshalb: Durch den Hafen gehören zur Klientel des Gesundheitsamtes auch viele Prostituierte, es gibt eine HIV-Beratungsstelle, bei der aktuelles praktisches Fachwissen sehr nützlich sei.

Teilzeitstelle Hafentarzt

Gesagt werden muss aber auch dies: Dass Schwarz auch als Hafentarzt fungiert, ist eigentlich eine Notlösung. Denn: Die Stadt Rostock bekommt den Posten des Hafentarztes seit Jahren nicht besetzt. Die Teilzeitstelle, die dafür vorgesehen ist, scheint für viele wirtschaftlich nicht lukrativ. Ein Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst sei „von der allgemeinen Gehaltsentwicklung in der Medizin abgekoppelt ist“, wie Schwarz sagt.

Seit 2013 hilft deshalb ein fünfköpfiges Ärzteteam des Rostocker Südstadtklinikums in der Kreuzfahrersaison und übernimmt auf Honorarbasis hafentarztliche Dienste. Denn natürlich: Ein Hafen ist ein Rund-um-die-Uhr-Betrieb. Sieben Tage in der Woche laufen Schiffe aus aller Herren Länder ein und aus, nahezu zu jeder Tages- und Nachtzeit.

Kurz vor 22 Uhr am Abend. Hell erleuchtet liegt die „Rotterdam“ am Abend am Kreuzfahrer-Pier. Die obersten Stockwerke ragen über die Dächer von Warnemünde und lassen die Altstadt wie eine Miniaturstadt wirken. Langsam schiebt sich das Schiff wieder von der Anlegestelle fort. Die Rotterdam verlässt Warnemünde in strömendem Regen. Doch das ist das kleinste Problem für ein solch schwimmendes Riesenhotel. Die Hauptsache ist, keiner der Passagiere hat sich bei den Landgängen in Hamburg und Berlin etwas eingefangen. Nächste Station auf der Schiffsreise ist Tallin, die Hauptstadt von Estland. Der dortige Hafentarzt wird es erfahren. ■

Nora Schmitt-Sausen

Medizinische Versorgung auf Kreuzfahrtschiffen



Als Hafentarzt ist Dr. med. Markus Schwarz nicht nur über die Probleme informiert, die „landseitig“ bei der Versorgung von Passagieren auftreten können. Er weiß auch, wie es mit Blick auf die medizinische Versorgung auf den Kreuzfahrtschiffen zugeht:

Kreuzfahrtschiffe besitzen voll ausgestattete Krankenhäuser, denn hospitalisierte Patienten sind Alltag, wenn mehrere Tausend Passagiere teils wochenlang unterwegs sind. Ab 800 Passagieren müssen zwei Schiffsärzte an Bord sein, hinzu kommt ein Team von Krankenschwestern und Pflegern.

Wenn nötig, verhängen die Schiffsärzte Quarantäne. Das heißt etwa: Sie ordnen an, dass ein Passagier mit einem Infekt mehrere Tage seine Kabine nicht verlassen darf.

Doch damit allein ist es nicht getan: Zusammenbruch auf dem Sonnendeck, ein Sturz von einer Treppe, ein allergischer Schock – auch solche Situationen müssen Schiffsärzte beherrschen. Leichte OPs durchführen. Rönt-

gen können. Infekte einschätzen. Ein Schiffsarzt muss befähigt sein, sehr klar urteilen zu können. Im Extremfall muss er – in Zusammenarbeit mit dem Kapitän – sogar entscheiden, ob ein Schiff umkehren oder von Land ein Rettungshubschrauber einfliegen muss.

Kein leichter Job, weiß Schwarz. „Ein Schiffsarzt muss sehr genau wissen, was er sich zutraut und was nicht.“ Entsprechend sind die Mediziner auf See top qualifiziert: „Die Anforderungen an Schiffsärzte sind sehr hoch. Es müssen entweder fertig ausgebildete Internisten oder Chirurgen sein“, weiß der Hafentarzt.

Interessant auch: Im Zweifel können die medizinischen Teams von Schiffen das Tropeninstitut in Hamburg kontaktieren oder sich Rat bei Medico-Cuxhaven einholen, einer „weltweiten notfallmedizinischen Hotline zur direkten und sofortigen funktärztlichen Beratung durch in der maritimen Medizin besonders erfahrene Fachärzte“ – durchaus auch per Versand von digitalen Bildaufnahmen.



7.

SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST (ABTEILUNG IV)

THOMAS LEYK

7. SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST (ABTEILUNG IV)

THOMAS LEYK

Neben dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und den Landespsychiatrieplänen (Pläne zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen in Mecklenburg-Vorpommern) von 1994 und 2011 begründet sich die Tätigkeit der Sozialpsychiatrischen Dienste im Wesentlichen auf das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke MV (PsychKG MV) in den Fassungen von 1993, 2000 sowie 2016 incl. Änderungen. Das Gesetz regelt Hilfen und Maßnahmen gegenüber Menschen mit psychischen Krankheiten sowie deren Unterbringung.

Menschen mit psychischen Krankheiten sind im Sinne des Gesetzes als Personen definiert, bei denen eine geistige oder seelische Krankheit oder Störung von erheblichem Ausmaß vorliegt oder die an einer mit dem Verlust der Selbstkontrolle einhergehenden Abhängigkeit von Suchtstoffen leiden oder bei denen Anzeichen einer solchen Krankheit oder Störung vorliegen.

Im Gegensatz zum Gesetz über die Einweisung in stationäre Einrichtungen für psychisch Kranke vom 11. Juni 1968 der DDR-Zeit, das laut Einigungsvertrag bis zu den Neuregelungen nach Landesrecht nach der Wende erst einmal weiter galt, liegt der Schwerpunkt der Tätigkeit der Sozialpsychiatrischen Dienste auf der Vor- und Nachsorge. Es soll durch rechtzeitige und nach Art der Erkrankung angemessene medizinische Behandlung oder sozialpsychiatrische Beratung und persönliche Betreuung sowie durch Vermittlung oder Durchführung geeigneter Maßnahmen eine Unterbringung der psychisch Kranken entbehrlich gemacht oder ihnen nach einer Unterbringung die Wiedereingliederung in die Gemeinschaft erleichtert werden, um durch nachgehende Hilfen eine erneute Unterbringung zu verhindern.

Diagnostische und therapeutische Leistungen im engeren Sinne sind für die Sozialpsychiatrischen Dienste vordergründig nicht vorgesehen, werden auch nicht vorgehalten.

Auf der Basis der gesetzlichen Grundlagen sind die

Sozialpsychiatrischen Dienste in einem definierten Spektrum tätig, in dem unter anderem hoheitliche Aufgaben wahrzunehmen sind (Pflichtaufgaben, Fachaufsicht). Sie stellen in der derzeitigen Aufgabenverteilung die einzigen Institutionen dar, die von Amts wegen tätig werden können und hierfür auch gesonderte Rechte in Anspruch nehmen dürfen.

Die Aufgaben des SpDi umfassen die Beratung und Betreuung von psychisch kranken Menschen, um Schäden sowie krankheitsbedingte soziale Benachteiligungen abzuwenden und sie in professionelle Hilfe zu vermitteln. In akuten Situationen erfolgen Kriseninterventionen, teilweise auch Beteiligungen hinsichtlich ärztlicher Einschätzung bei Unterbringungsmaßnahmen gemäß PsychKG MV. Da psychisch Kranke teilweise allein keinen Zugang zum Hilfesystem finden, ist der SpDi auch Ansprechpartner für das soziale Umfeld kranker Menschen und Menschen mit Behinderung und gestaltet so maßgeblich den ersten Kontakt zum Hilfesystem mit. Darüber hinaus werden vom SpDi im Rahmen seines gesetzlichen Auftrages zur Durchführung von vorsorgenden Hilfen nach § 7 PsychKG MV auch Hausbesuche unternommen.

7.1 AUFGABEN UND STRUKTUR

Mit der Wende änderten sich auch die Strukturen der gesundheitlichen Versorgung in der Stadt Rostock wie in der gesamten DDR. Die ambulante gesundheitliche Versorgung erfolgte in der DDR im Wesentlichen über staatlich angestellte Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonal in Polikliniken und Ambulatorien sowie in den Großbetrieben über Betriebsambulatorien.

Psychisch kranke Menschen wurden teils über die Praxen für Allgemeinmedizin mit den zugeordneten Gemeindegewestern betreut, die auch aufsuchend tätig waren.

Die Polikliniken waren jedoch die Hauptstütze der ambulanten psychiatrischen Versorgung mit ihren neurologisch-psychiatrischen Abteilungen, die idealerweise mit ärztlichem Fachpersonal für Nervenheilkunde, Psychologen und Fürsorgern

besetzt waren. Diese Strukturen boten Vorteile hinsichtlich multiprofessioneller Teamarbeit und der Vernetzung von ambulant und stationär.

Die stationäre Behandlung psychisch kranker Menschen erfolgte in Rostock ausschließlich durch die einzige psychiatrische Klinik der Universität Rostock. Die Dispensairebetreuung als nachgehende Betreuung nach stationärer Therapie wurde aus der Klinik heraus realisiert.

Nach der Wende gingen die meisten ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte in die Niederlassung und waren fortan freiberuflich in eigener Praxis tätig. So musste sich auch die bisherige sozialpsychiatrische Betreuung neu strukturieren. Dafür wurden die Sozialpsychiatrischen Dienste nach dem Vorbild ähnlicher Strukturen in den alten Bundesländern gebildet.

DIE EHEMALIGE DR. MED. HELGA JASTER (1991–1997) ERSTE ABTEILUNGSLEITERIN

(Interviewt durch Dr. med. Kerstin Jaster)

Dr. Helga Jaster, Jahrgang 1937, war die erste Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Ihre ärztliche Tätigkeit begann sie am Zentrum für Nervenheilkunde, damals Gehlsheim genannt.

Nach 13 Jahren psychiatrischer Tätigkeit in Gehlsheim begann Dr. Helga Jaster 1990 mit dem Aufbau eines Sozialpsychiatrischen Dienstes in Rostock, legitimiert durch den damaligen Klinikdirektor, Prof. Dr. Klaus Ernst.

Hier stand sie vor der besonderen Aufgabe, neben der vor der Wende 1989 bestehenden universitären Versorgung in der Psychiatrie schrittweise eine gemeindepsychiatrische Versorgungsstruktur zu unterstützen.

Bereits 1990 war eine Normalisierung der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte erreicht, und der Aufbau des SpDi sowie komplementäre Behandlungsangebote durch freie Träger konnten in Angriff genommen werden.

Diesen Prozess unterstützten Hospitationen in der

7.2 DIE EHEMALIGEN UND DER JETZIGE HELGA JASTER, KERSTIN JASTER, THOMAS LEYK

In Rostock übernahm das Dr. med. Helga Jaster, die 1990 mit dem Aufbau des Sozialpsychiatrischen Dienstes am Gesundheitsamt Rostock begann. Dazu hospitierte sie auch in der Partnerstadt Bremen im dortigen Gesundheitsamt, machte sich mit den Strukturen eines neu zu bildenden Gesundheitsamtes und eines Sozialpsychiatrischen Dienstes bekannt. Dr. Helga Jaster übernahm als Fachärztin für Nervenheilkunde bis zu ihrer Berentung Ende 1997 die Abteilungsleitung und baute ein multiprofessionelles Team mit insgesamt drei Ärztinnen, einer Psychologin, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern als auch einer Sekretärin auf.

Der SpDi entwickelte sich zu einer Beratungsstelle für erwachsene Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige, als auch für das soziale Umfeld, wie Nachbarn, Bekannte etc. von psychisch Kranken sowie von Suchtkranken.

Partnerstadt Bremen, so dass sich in Rostock analog eine kommunale Suchtberatung und Außenstelle unter dem Dach des SpDi etablierten.

Von Beginn an richtete sich der Aufbau des Sozialpsychiatrischen Dienstes auf die Unterstützung chronisch psychisch kranker und behinderter Menschen, die oft sozial desintegriert lebten und demzufolge im Wesentlichen aufsuchender Unterstützung bedurften. Diese Ausrichtung des SpDi prägt nach wie vor die Tätigkeit der Mitarbeiter.

Ein bedeutender Beitrag der Medizinerin Helga Jaster bestand in der maßgeblichen Gestaltung der Grundsätze der heutigen sozial-psychiatrischen Versorgungslandschaft. Sie unterstützte den sich am 12. Oktober 1994 konstituierenden kommunalen Psychiatriebeirat, deren Geschäftsführung sie anschließend federführend übernahm, weil die Stelle der Psychiatriekoordination unbesetzt war.

Ab 1992 wurde von der Abteilungsleiterin ein Modellprojekt initiiert zum Aufbau eines komplementären Sektors mit den Bausteinen „Betreutes Wohnen“, „Tagesstätten“ und „geschützte Arbeitsmöglichkeiten“. Sie bilden den Grundstein für ein gemeindepsychiatrisches Verbundsystem mit neuen, einmaligen und unverzichtbaren Einrichtungen zur stabilen bedarfsgerechten Versorgung psychisch kranker Menschen.

Seit dieser Zeit existiert neben dem stationären und ambulanten ein komplementärer Bereich mit vielfältigen Versorgungsangeboten für psychisch kranke Menschen.

Insgesamt arbeitete Dr. Helga Jaster acht Jahre als Abteilungsleiterin im SpDi.

Nach ihrer Berentung zum 31. Dezember 1997 folgte Dr. med. Hermine Ansorge, die vorerst als alleinige Ärztin den SpDi leitete.

DIE EHEMALIGE

**DR. MED. KERSTIN JASTER (1998–2016)
ÄRZTIN UND „ZWISCHENZEITLICHE“
ABTEILUNGSLEITERIN**

Dr. Kerstin Jaster, Jahrgang 1964, wurde in Rostock geboren. An der damaligen Wilhelm-Pieck-Universität Rostock absolvierte sie ihr Medizinstudium. Die Fachausbildung begann sie am 1. September 1990 am Zentrum für Nervenheilkunde, delegiert vom Klinikum Süd Rostock.

Anschließend folgte die Tätigkeit in der Suchtklinik Kassebohm. In Oberarztfunktion führte sie interessante und das Wissen bereichernde neuro-psychiatrische Konsile im Klinikum Süd durch.

Bereits in Kassebohm arbeitete Dr. med. Kerstin Jaster mit ärztlichen Kolleginnen zusammen, mit denen sie später nach der Schließung der Suchtklinik Kassebohm gemeinsam im SpDi tätig war.

Dr. Kerstin Jaster begann 1998 als Fachärztin für Psychiatrie im SpDi unter der Abteilungsleitung von Dr. med. Hermine Ansorge (1. Juni 1999 bis 31. Dezember 2002).

Personelle Schwierigkeiten entstanden 2001 mit den zeitgleichen Berentungen der Abteilungsleiterin des SpDi, der Suchtkoordinatorin und dem Weggang der Psychiatriekoordinatorin. Dr. Kerstin Jaster übernahm die Interimsleitung des SpDi bis Frühjahr 2004.

Da sie mehrere Jahre die einzige Ärztin in der Abteilung war, mussten die zeitaufwendigen Zwangseinweisungen mit den fachärztlichen Stellungnahmen allein durch sie begleitet werden.

Es gab auch Zweifel an der Arbeit, die aufkamen, wie Dr. Kerstin Jaster beschreibt, wenn sie einen Klienten mit viel Mühe und teilweiser Hilfe der Polizei nach Gehlsheim eingewiesen hatte, und der zuständige Richter am Folgetag einen nunmehr sedierten Patienten vorfand. So entschied er wegen offensichtlich fehlender Eigen- und/oder Fremdgefährdung die Entlassung. Anschließend riefen Angehörige, die Wohnungsgesellschaft oder andere die Ärztin im SpDi sofort wegen einer erneuten Einweisung an. Diese Situationen empfand Dr. Kerstin Jaster als recht frustrierend. In der Zeit ihrer Tätigkeit im SpDi wurden keine Strukturen aufgebaut, sondern eher abgebaut:

- das Angebot der kommunalen Suchtberatung wechselte in eine freie Trägerschaft.
- personell wurde die Außenstelle abgebaut, die Sprechzeiten gekürzt.
- das Aufgabengebiet der bis 1998 nicht besetzten Stelle der Psychiatriekoordination wurde durch den SpDi abgedeckt.

Dr. Kerstin Jaster verließ zum 31. Dezember 2016 den SpDi. Wehmut empfand sie vor allem in Erinnerung an die von ihr betreuten geistig behinderten Menschen. In den Werkstätten vom DRK und Michaelshof und in den Wohngruppen vom DRK, dem Verein „Ohne Barrieren“, von „Barrierefreies Rostock“ und im „Integrativen Treff“ usw. machte sie gern Hausbesuche.

Wenn sie heute durch die Stadt geht, ab und an ehemalige Klienten trifft und sie erkannt wird, begegnen sie sich freundlich.

DER JETZIGE

**DR. MED. THOMAS LEYK
DIE TÄTIGKEIT IM SOZIALPSYCHIATRISCHEN
DIENST**

Nach einer ersten Ausbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin an der Universität Rostock war Dr. med. Thomas Leyk als Leiter der Abteilung Seuchenschutz, Impfwesen und Hygiene beim „Medizinischen Dienst des Verkehrswesens der DDR –Direktion Schifffahrt“ in Rostock bis zu dessen Auflösung 1990 tätig. Er absolvierte anschließend eine Facharztausbildung in der Nervenlinik Schwerin zum Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und erwarb die Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

Von 2001 bis 2004 arbeitete er als Oberarzt in der Psychiatrischen Klinik Wismar, bevor er in Rostock mit seiner Tätigkeit am Gesundheitsamt begann. Der Wechsel von der akuten Klinikpsychiatrie in die Sozialpsychiatrie brachte ganz neue Einblicke in die Lebenswelt psychiatrisch Kranker außerhalb von Kliniken.

Im April 2004 übernahm Dr. med. Thomas Leyk die Leitung der Abteilung.

In den letzten zehn Jahren wurden jährlich zwischen ca. 1.500 bis zu 2.000 Klienten durch den SpDi betreut. Darunter sind sowohl einmalige bis zu mehrmalige Kontakte pro Jahr erfasst. Da viele Klienten von sich aus nicht die Beratungsstellen des Amtes aufsuchen, erfolgt ein Großteil der Betreuung durch Hausbesuche – in den zurückliegenden zehn Jahren durchschnittlich 1.800 bis 2.300 Hausbesuche pro Jahr. Weit über die Hälfte der Betreuten sind psychisch Kranke, jeder fünfte Klient ist von einer geistigen Behinderung oder ebenso jeder Fünfte von Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit betroffen.

Die Schwankungen bei den Zahlen der Betreuten ergeben sich teils durch demografische Veränderungen der Einwohnerzahl und Bevölkerungsstruktur, Anpassungen in der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft und den Ausfällen bei der personellen Besetzung des SpDi.

**LAUT LANDESPSYCHIATRIEPLAN IST FÜR DIE
AUFGABENERFÜLLUNG FOLGENDER PERSONAL-
SCHLÜSSEL ERFORDERLICH:**

Neben der ärztlichen Besetzung mit einem Schlüssel von 1 zu 100.000 Einwohnern sind weiterhin sozialpädagogische pflegerische Kräfte im Umfang von mindestens 4 zu 100.000 Einwohnern vorgesehen.

Bei einer Einwohnerzahl von ca. 200.000 würde dies für die Hanse- und Universitätsstadt Rostock acht Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter bedeuten. Mit vier Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern lag die Kommune jahrelang deutlich unter den Vorgaben des Landespsychiatrieplanes. Erst 2013/2014 gelang eine Aufstockung auf sechs und 2022 dann auf acht Vollzeitstellen. Aufgrund fehlenden Fachpersonals ist der ärztlich-psychologische Bereich derzeit nur mit einer Arztstelle besetzt. Während des Sabbatjahres der Psychologin blieb die Stelle ohne Vertretung, was zu Einschränkungen im Leistungsspektrum führt.

Häufig wird der SpDi durch das Umfeld von psychisch Kranken (Angehörige, Wohnungsgesellschaften, Vermieter/innen, Ärzte/innen, Pflegedienste, Arbeitskollegen/innen, Nachbar/innen) auf soziale Missstände aufmerksam gemacht, die sich aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung ergeben. Nach einer Prüfung der vorgebrachten Missstände erfolgt in der Regel eine Kontaktaufnahme zur Abklärung, um welche sozialen Beeinträchtigungen es sich handelt und wie weit hier eine psychiatrische Erkrankung zugrunde liegt. Nicht immer besteht bei den Betroffenen eine Gesprächs- und Behandlungsbereitschaft oder Krankheitseinsicht, so dass auch der SpDi mit seinen Hilfen wenig unterstützen kann.

Als Beispiel kann hier eine Rentnerin genannt werden, die ihre erhebliche Schmerzsymptomatik wahnhaft durch einen bereits stillgelegten ehemaligen Armeefunkturm im Umland von Rostock verursacht sah. In wiederholten Beschwerdeschreiben an die unterschiedlichsten Behörden forderte sie die Abschaltung der Gerätschaften, warf den Behörden fehlende Unterstützung vor. Kontaktaufnahmen seitens des SpDi wurden stets abgelehnt, da sie sich nicht als psychiatrisch erkrankt erlebte.

Auch bei Klienten mit wahnhaften Störungen, die sich in ihrer Wohnung von ihrem Wohnumfeld, meist von anderen Nachbarn beeinträchtigt, abgehört, vergiftet oder bestrahlt fühlen, ist oft keine ausreichende psychiatrische Krankheitseinsicht zu erreichen.

Bürger und Bürgerinnen wünschen sich durch den SpDi eine Lösung der Probleme, die sich durch psychisch auffällige Personen ergeben. Jedoch ist nicht immer eine schnelle Problemlösung möglich, da sich der SpDi an entsprechende Gesetze zu halten hat.

Bei psychischer Beeinträchtigung und sozial störendem Verhalten erlebten wir häufig, wie langwierig eine Lösungsfindung ist.

Vor etwa 15 Jahren wurden wir im Winter aufgefordert, uns um eine obdachlose, in den Dünen lebende Frau zu kümmern. Eigentlich aus Berlin stammend, zog es sie an die Ostsee, wo sie vom Strandbereich Graal-Müritz in den Dünen der Rostocker Heide im Sommer wie im Winter unter einer zeltähnlichen Plane lebte.

Bei erheblichen Minusgraden ließen wir uns dann durch das Forstamt zu ihrem Aufenthaltsort bringen, wo sie auch angetroffen wurde. Als wir ihr unsere Sorgen mitteilten, dass sie hier durch Kälte zu Schaden kommen könnte, entgegnete sie mislaunig, dass sie schon viele Jahre zu jeder Jahreszeit am Strand lebe, sie bisher nicht erfroren sei und dass dies jetzt auch sehr unwahrscheinlich sei, womit sie ja eigentlich Recht hatte. Zu einem weiteren Gespräch war sie nicht bereit. Bei freier Willensbildung verblieb sie am Strand. Bekannt war, dass sie eine Rente erhielt und damit ihr Lebensunterhalt abgesichert war. Ihr Aufenthalt in den Dünen wurde durch die Behörden toleriert. Mit zunehmendem Alter wechselte sie dann aber in den Wintermonaten in eine Obdachlosenunterkunft.

Ein weiterer obdachloser Mann hielt sich über Monate, anfangs im Bereich des Vorplatzes des Hauptbahnhofes, dann vor Supermärkten auf, schlief teilweise in Vorräumen der Sparkasse und lebte von Erbetteltem. Wegen fehlender Körperhygiene wurde ihm auch der Zutritt zu Geschäften verwehrt. Durch uns als auch durch die Obdachlosenhilfe wurde der Mann mehrfach aufgesucht. Er zeigte sich dabei gesprächsbereit, lehnte aber Hilfen wie die Aufnahme in eine Obdachloseneinrichtung lange ab. Bei fehlender akuter Eigen- und Fremdgefährdung dauerte es Monate, bis dies gelang. Weiteren therapeutischen Angeboten zeigte

er sich nicht zugänglich. Durchaus vermögend und in Besitz eines Einfamilienhauses in Sachsen-Anhalt, wollte er nicht dorthin zurückkehren. Schließlich gelang es, eine gesetzliche Betreuung zu installieren, um seine finanziellen Angelegenheiten zu regeln und ihn später in eine Wohnform zu integrieren.

Nicht immer sind Klienten über unser Tätigwerden erfreut. Meist verweigern sie sich den Kontakten; einige reagierten mit Drohmails. Auch wurde einer unserer Sozialarbeiter bei einem Hausbesuch schon im Treppenhaus von einer Klientin erheblich mit einem Messer verletzt. Hier muss angemerkt werden, dass Klienten nicht zur Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst verpflichtet sind, Kontakte und Hausbesuche ablehnen dürfen.

Bei einem wahnhaften Klienten wurde durch ärztliches Personal des Gesundheitsamtes und Mitarbeitende der Ordnungsbehörde dreimal eine Unterbringung nach PsychKG geprüft, wobei die Voraussetzungen zu einer Klinikeinweisung gegen den Willen dafür jedes Mal nicht vorlagen. Nach Monaten griff er dann eine Mitarbeiterin eines Pflegedienstes an und verletzte diese tödlich. Hier zeigen sich die Schwierigkeiten einer Gefahrenprognose und die engen Grenzen einer Unterbringung nach PsychKG, um solche Tötungsdelikte zu verhindern.

NEBEN DEN AUFGABEN, DIE SICH AUS DEM PSYCHKG ERGEBEN, IST DER SPDI AUCH GUTACHTERLICH TÄTIG. VORRANGIG HANDELT ES SICH HIER UM

- Gutachten zur Eingliederungshilfe für den Sozialhilfeträger,
- amtsärztliche Gutachten hinsichtlich psychiatrischer Erkrankungen, z. B. bei Dienstfähigkeiten, Prüfungsunfähigkeiten,
- Gutachten im Betreuungsrecht,
- Gutachten zu Leistungen des Asylbewerberleistungsgesetzes sowie zur Reisefähigkeiten bei Asylbewerbern.

Die Gutachtenden haben dabei ausschließlich die gesundheitlichen Befunde zu beurteilen und die seitens des Auftraggebers gestellten Fragen zu beantworten.

Im Juni 2012 mussten die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes erleben, wie gegen einen Gutachter des Gesundheitsamtes bezüglich einer gutachterlichen Entscheidung zur Reisefähigkeit eines Flüchtlings protestiert wurde, weil man sich aus politischen Gründen mit den Gutachtenergebnissen nicht einverstanden zeigte. Es protestierten vor dem Gesundheitsamt die Kampagne „Stop it! Rassismus bekämpfen, alle Lager abschaffen“ und Medinetz Rostock e. V. gegen die Abschiebung eines afghanischen Flüchtlings. Sie beschuldigten den Gutachter, „eine Retraumatisierung und sogar seinen Tod durch eigene Hand fahrlässig in Kauf genommen zu haben. Er habe ein Reiseunfähigkeitsgutachten des Psychosozialen Zentrums Greifswald, welches ihm eine jederzeit reaktivierbare Suizidalität attestierte, mit einem Handschlag für nichtig erklärt. Der Gutachter habe als Arzt und Mensch fahrlässig gehandelt, und der afghanische Flüchtling wurde so einfach seinem Schicksal überlassen.“

Gefordert wurde die sofortige Rückführung des Betroffenen nach Rostock. Dem Gutachter als auch den Gesetzen der Bundesrepublik Deutschland wurden Rassismus vorgeworfen und für den Betroffenen ein bedingungsloses Bleiberecht gefordert.

Nach der Demonstration am Nachmittag wurden dann in den Nachtstunden neun Scheiben des Gesundheitsamtes mit Steinen eingeworfen, auf die Ausländerbehörde ein Brandanschlag verübt (Abb. 1 und 2).

Abb. 1 und 2 Randalere am Gesundheitsamt, Fotos: Karin Marquardt



In dem aufgeführten Gutachten zur Reisefähigkeit hatte der Betroffene zwar seine Befürchtung gegenüber einer Abschiebung nach Afghanistan genannt, jedoch erfolgte die Begutachtung zur Reisefähigkeit hinsichtlich einer Rückführung im Rahmen des Dublin-II-Abkommens nach Norwegen. Es wurde eine Reisefähigkeit attestiert mit Fortsetzung der bereits in Rostock begonnenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen. Der betreffende Flüchtling ist auch unversehrt in Norwegen angekommen, wurde nicht umgehend nach Afghanistan abgeschoben, sodass die Protestaktion eigentlich jeder fachlichen Grundlage widersprach. In sozialen Netzwerken erfolgte jedoch eine Hetzkampagne, sodass der Gutachter zeitweise Polizeischutz erhielt.

Natürlich ist es legitim, gegen Abschiebungen zu demonstrieren, aber das Gesundheitsamt ist hier der falsche Adressat, da wir weder Abschiebungen in Auftrag geben noch durchführen.

Es wird offenkundig immer schwieriger, Für und Wider gutachterlicher Feststellungen allgemein in gesellschaftlich akzeptierten Normen zu formulieren.

Bei jährlich zwischen 500 bis 800, in manchen Jahren auch bis zu über 1.000 erstellten Gutachten und Stellungnahmen erfolgen die meisten Gutachten zur Eingliederungshilfe im Rahmen der Sozialgesetzgebung.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind auch an der Planung und Koordination von Einzelfallhilfen beteiligt. Menschen mit schweren und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen haben nicht selten einen komplexen Hilfebedarf, der den Einsatz unterschiedlicher Hilfen erfordert. Nicht nur auf Grund ihrer fachlichen Kompetenz und Unabhängigkeit, sondern auch aufgrund der guten



Kenntnisse der Unterstützungsmöglichkeiten im Sozialraum und der Hilfsangebote im gemeindepsychiatrischen Netzwerk, sind die Sozialpsychiatrischen Dienste sehr gut in der Lage, einen individuellen Hilfebedarf sachgerecht festzustellen und erforderliche Leistungen in ihrer Gesamtschau zu planen. Die Erbringung der umfangreichen meist mehrfach wöchentlich erforderlichen Hilfen erfolgt dann durch Leistungserbringer in freier Trägerschaft, in Rostock im Bereich der Hilfen für psychisch Kranke vor allem durch die GGP GmbH und den AWO-Sozialdienst Rostock gGmbH.

Unsere Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen betreuen neben ihren einzelnen Klienten auch selbst zwei Patientengruppen, die sich mehrmals jährlich treffen.

Bei der Vielfalt der individuellen Bedarfe, der unterschiedlichen, teils spezialisierten Hilfsangebote und auch der Konkurrenz der Leistungserbringer ist eine regionale Planung und Koordination der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen notwendig, um eine bedarfsgerechte wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten. Dies erfordert eine Netzwerkarbeit mit allen an den Hilfen Beteiligten, mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, mit den Kliniken und Tageskliniken, mit dem Sozialhilfeträger, mit den Leistungserbringern, aber auch mit der Selbsthilfe und den Angehörigen psychisch Kranker. Der sozialpsychiatrische Dienst ist daher in allen Fachgruppen zur Gestaltung der Versorgungslandschaft involviert, wie dem Gemeindepsychiatrischen Verbund, der psychosozialen Arbeitsgruppe, der AG Sucht, der gerontopsychiatrischen Arbeitsgruppe und dem Gremium Rostocker Pflegesozialplanung.

Öffentlichkeitsarbeit erfolgt zusammen mit der Psychiatriekoordinatorin vor allem im Rahmen der jährlich veranstalteten Rostocker Film- und Kulturtag zur seelischen Gesundheit und der Veranstaltungen des Rostocker Bündnis gegen Depressionen e. V.

Sowohl auf Landesebene erfolgt ein regelmäßiger Austausch mit den anderen Sozialpsychiatrischen Diensten als auch auf Bundesebene durch die Mitarbeit im Fachausschuss Psychiatrie des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des ÖGD.

Immer wieder zeigen sich neue Herausforderungen für den ÖGD und auch den SpDi. Gerade in der noch laufenden Coronapandemie gehörten psychisch Kranke zu den Personengruppen, die durch die Kontaktbeschränkungen in ihrer Teilhabe er-

heblich eingeschränkt waren, weil Angebote wegfielen oder nur reduziert wahrgenommen werden konnten. Oft war der SpDi eine der wenigen noch verbliebenen Instanzen, der weiterhin Sprechstunden und Hausbesuche durchführte. Die Nachfrage nach sozialpsychiatrischen Hilfen besteht weiterhin und hat zugenommen.



Im Rahmen des Paktes für den ÖGD sind aktuell finanzielle Mittel vorgesehen, um auch künftig die personellen und technischen Voraussetzungen zu gewährleisten, die zur Aufgabenerfüllung für die SpDi und die Gesundheitsämter notwendig sind.

7.3 ROSTOCKER BÜNDNIS GEGEN DEPRESSION E. V.

Ärzte und Psychologen aus der Region, die sich mit der Behandlung depressiver Störungen beschäftigen, gaben 2004 den Anstoß zur Schaffung dieses Bündnisses, das allen Interessierten offensteht, um die gesundheitliche Versorgung dieser Erkrankung zu verbessern.

Anfangs stellt sich einem die Frage, wozu man ein solches Bündnis braucht? Man könnte ja meinen, mit einer relativ hohen Dichte an Haus- und Fachärzten in der Region und einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachklinik, gar Universitätsklinik vor Ort, gäbe es ausreichend und gute Behandlungsmöglichkeiten.

Aber während z. B. Kreislauferkrankungen oder Krebsleiden immer häufiger im Fokus öffentlicher Aufmerksamkeit stehen, wurde noch vor einigen Jahren über psychiatrische Krankheiten außerhalb der Fachgesellschaften wenig öffentlich geredet.

Depression ist, obwohl sie in der Öffentlichkeit so wenig wahrgenommen wird, eine sehr häufige Erkrankung. Daran leiden immerhin in Deutschland rund vier Millionen Menschen. Das sind etwa fünf Prozent der Bevölkerung. Viele davon haben

einen langwierigen Verlauf, verbunden mit hohem Leidensdruck.

Anzumerken ist, dass es sich bei einer Depression um eine Erkrankung handelt, die jeden treffen kann, unabhängig von Beruf, Alter und sozialem Stand und dass eine Depression nicht Ausdruck persönlichen Versagens ist.

Untersuchungsergebnissen zur Folge wird nur bei 30 bis 35 Prozent der Betroffenen die Erkrankung richtig erkannt und nur zehn Prozent erhalten eine adäquate Behandlung.

Die Gründe dafür mögen vielfältig sein. Häufig bleibt die Depression unerkannt, weil die Betroffenen die Symptome nicht richtig deuten.

Oft gibt es auch eine Hemmschwelle seitens der Erkrankten, sich an einen Psychologen oder Nervenarzt zu wenden. Schließlich sei man ja nicht „verrückt“.

Bei den Hausärzten fehlen zum Teil auch Zeit und Wissen, um eine Depression richtig abzuklären. Und so quälen sich manche über Wochen und Monate, bis sie, wenn überhaupt in fachgerechte Behandlung kommen.

Seit der Gründung im Jahre 2004 haben sich die Bündnispartner vorgenommen, die Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung zu verbessern, mit den Hausärzten verstärkt zu kooperieren und die Angebote für Betroffene und Angehörige zu optimieren. Seitdem plante und plant das Bündnis neben mehreren kleineren Veranstaltungen jährlich ein bis zwei öffentliche Hauptveranstaltungstage. Sie finden seit Jahren rund um den 10. Oktober, dem Welttag der seelischen Gesundheit, statt und werden von der Rostocker Bevölkerung gut angenommen.

Nach dem Weggang von Prof. Dr. Sabine Herpertz, der damaligen Chefärztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Rostock, ist seit 2009 Dr. Regina Mau, Oberärztin an der Klinik, Vorsitzende des Rostocker Bündnis gegen Depression e. V.

Leider reduzierte sich die Anzahl der Mitstreiter des Bündnisses auf Grund von Wegzug und beruflichen Veränderungen von zwischenzeitlich 16 auf aktuell fünf, so dass in den letzten Jahren viele Planungen auch durch das Bündnismitglied Dr. Thomas Leyk vom Sozialpsychiatrischen Dienst in Zusammenarbeit mit Dr. Antje Wrociszewski, Psychiatriekoordinatorin des Gesundheitsamtes, erfolgten.

Die Veranstaltungstage vom Rostocker Bündnis gegen Depression e. V. wurden in die Rostocker Film- und Kulturtag zur seelischen Gesundheit integriert, was die Bewerbung der Veranstaltungen vereinfachte und kostengünstiger machte, da sich die Finanzierung der Bündnisarbeit im Wesentlichen auf Spenden und Zuwendungen begründet. Auch für 2022 laufen bereits die Vorplanungen. Da mehrere Bündnismitglieder in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen, ist die Perspektive des Rostocker Bündnisses unklar, es sei denn, es finden sich neue engagierte Mitstreiter/innen.

Einen Einblick zu einigen Bündnisaktivitäten gab unser Poster, das 2013 und 2015 auf dem Deutschen Patientenkongress Depression in Leipzig gezeigt wurde.



Ein Flyer, dessen Erstellung durch die Stiftung Deutsche Depressionshilfe unterstützt wurde, informiert über Depressionen, benennt die Unterstützungsangebote und liegt in verschiedenen Ämtern und Praxen aus (Abb. 3).



Abb. 3 Flyer des Rostocker Bündnis gegen Depression e. V., Quelle: Stiftung Deutsche Depressionshilfe



257
 948
 7346
 62583
 283459
 617325
 756423
 3152784



8.

KINDER- UND JUGEND- GESUNDHEITSDIENST (ABTEILUNG V)

FRAUKE JAKOBS

8.

KINDER- UND JUGENDGESUNDHEITSDIENST (ABTEILUNG V)

FRAUKE JAKOBS

8.1 GRUNDLAGEN, ALLGEMEINE AUFGABEN

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst ist eine Abteilung des Gesundheitsamtes mit vielfältigen Aufgaben und in erster Linie im präventiven Bereich angesiedelt.

Individualmedizinische Aufgaben, beratende Tätigkeit und epidemiologische Erhebungen bilden hier die Arbeitsgrundlage.

Zu ihnen gehören:

- Feststellung des individuellen Gesundheits- und Entwicklungsstatus,
- Erfassung körperlicher und seelischer Fehlentwicklungen und Erkrankungen,
- Früherkennung von Entwicklungsstörungen,
- Überprüfung des Impfstatus und ggf. das Schließen von Impflücken,
- Veranlassung und Koordinierung notwendiger gesundheitlicher Maßnahmen,
- Kooperation mit niedergelassenen Haus-, Kinder-, Fachärzten und Kliniken,
- Vermittlung von Fördermaßnahmen und psychosozialer Dienste sowie
- Maßnahmen der Jugendhilfe und nachgehender Fürsorge,
- Früherkennung von Gewalt.

Beratende Aufgaben richten sich an Eltern, Erzieher/innen und Lehrer/innen der Kinder und Jugendlichen und zeigen zu erwartende gesundheitliche Risiken und Belastungseinschränkungen auf. Sie enthalten auch die arbeitsmedizinische Prävention. Des Weiteren erfolgen Beratungen zur Unfallprävention, zur kindgerechten Arbeitsplatzgestaltung in der Schule, zur Bewegungsförderung, Ernährung sowie zu auditiven und visuellen Hilfen.

Im Rahmen der epidemiologischen Aufgaben werden Daten zur Gesundheitsberichterstattung erhoben, um gesundheitlich relevante Sachverhalte und Trends aufzuzeigen. Hieraus leiten sich Handlungs- und Versorgungsbedarfe ab. Die Daten

leisten einen wichtigen Beitrag für die kommunale Gesundheitsplanung im Zusammenhang mit der Erstellung von Gesundheitsprofilen, z. B. bezogen auf bestimmte Sozialräume, Stadtteile oder Gemeinden.

Die Umsetzung dieser Aufgaben beruht auf gesetzlichen Grundlagen, einer detaillierten Personalplanung und der Möglichkeit zur Kooperation mit anderen Ämtern, Gremien und Organisationen.

GESETZLICHE GRUNDLAGEN

- Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD-Gesetz) mit der Schulgesundheitspflegeverordnung und dem § 15b
- die Sozialgesetzbücher VIII, IX und XII
- das Bundesteilhabegesetz
- das Asylbewerberleistungsgesetz, flankiert durch das Infektionsschutzgesetz
- das Schulgesetz
- das Kinderförderungsgesetz (KiFöG)
- das Jugendarbeitsschutzgesetz
- das Kinderschutzgesetz und
- die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention

Daraus ergeben sich die Vorgaben für die einzelnen Tätigkeitsbereiche.

Im ÖGD-Gesetz, Schulgesetz und in der Schulgesundheitspflegeverordnung sind die Grundlagen für die Schuleingangsuntersuchungen, die Reihenuntersuchungen in den 4. und 8. Klassen sowie für Schulkinder mit besonderen Förderbedarfen festgeschrieben. Sie enthalten die Vorgaben für die im Rahmen der Sprechstunden zu begutachtenden Kinder und Jugendlichen bezüglich einer Sport- und Prüfungsbefreiung oder der Elternberatung bei Schulabstinenz.

Die Sozialgesetzbücher und das Bundesteilhabegesetz sind Grundlage für die Begutachtungen und Amtsärztlichen Stellungnahmen zu

Eingliederungshilfen, insbesondere für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder, die einer besonderen Förderung in Frühfördererichtungen, in den Kindertagesstätten in einer integrativen Gruppe oder in den Schulen in einer Einzelbetreuung bedürfen.

Im Asylbewerberleistungsgesetz finden sich die Vorgaben für Untersuchungen und medizinische Leistungen, die hilfeschuchenden, minderjährigen, teils unbegleiteten, d. h. ohne Erziehungsberechtigte bzw. Eltern reisenden ausländischen Kindern und Jugendlichen ohne Krankenversicherung gewährt werden können.

Sowohl in der Schulgesundheitspflegeverordnung als auch im Infektionsschutzgesetz finden sich die Grundlagen für die Durchführung der Kontrolle von Impfausweisen, einer statistischen Aufbereitung der erfassten Daten sowie des Angebotes, noch nicht erfolgte oder versäumte Impfungen in der Schule oder einer Sprechstunde im Gesundheitsamt anzubieten.

Der § 15b des ÖGD-Gesetzes gibt die Notwendigkeit von Hausbesuchen im Rahmen der Gesundheitsfürsorge bei versäumten Vorsorgeuntersuchungen vor. Im Sinn der Gesundheitsvorsorge werden Angebote der Elternberatung (früher Mütterberatung) vorgehalten und im Rahmen der Grundsätze der „Frühen Hilfen“ die Einsätze von Familienhebammen koordiniert.

Um diese Aufgaben umzusetzen, ist ein Team aus Kinder- und Jugendärztinnen, Arzthelferinnen, Impfschwestern, Kinderkrankenschwestern mit einer Spezialausbildung (Familienkindergesundheits- und Krankenpflegerin) erforderlich.

Im Laufe der letzten 30 Jahre traten trotz gleichbleibender Grundaufgaben immer wieder Veränderungen in den rechtlichen Voraussetzungen, in der Personalstruktur, in den Handlungsabläufen und bei den räumlichen Voraussetzungen auf.

8.2 VON 1991 BIS 2001

DIE EHEMALIGEN ERINNERN SICH

FRAUKE JAKOBS, MARGARETE HAFKE,
HEIDEMARIE WOHLGEMUTH, ORTRUD MARQUARDT

Mit Gründung des Gesundheitsamtes musste eine Neustrukturierung der bisher bestehenden Bereiche und personellen Ressourcen des ehemaligen Gesundheitssystems organisiert werden.

Maßgebend daran beteiligt war die damalige Abteilungsleiterin Dr. Margarete Hafke.

DIE EHEMALIGE

DR. MED. MARGARETE HAFKE

EHEMALIGE ABTEILUNGSLEITERIN

VOM KINDER- UND JUGENDGESUNDHEITSSCHUTZ ZUM KINDER- UND JUGENDGESUNDHEITSDIENST

Nach dem Studium der Humanmedizin (1961 bis 1967) und anschließender Promotion (1968) absolvierte ich eine Ausbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin am Medizinischen Zentrum Mitte in Rostock. Mein fachliches Interesse galt von Anfang an der Gesundheitsvorsorge – deshalb begann ich meine ärztliche Tätigkeit im Jugendgesundheitschutz.

Dieses Fachgebiet umfasste die gesamte präventive Betreuung einschließlich aller erforderlichen Impfungen von Kindern und Jugendlichen im Alter von drei bis 18 Jahren. Der Zugang zu dieser Population war niedrigschwellig über Kitas und Schulen gewährleistet.

Behinderte Kinder und Jugendliche wurden in einer speziellen Dispensaire bis hin zur Berufsvermittlung betreut. Eine Gesundheitsakte, die bei der Geburt eines jeden Kindes angelegt wurde, enthielt alle Vorsorgeuntersuchungen, fachärztliche Befunde und Epikrisen von stationären Aufenthalten. Parallel dazu erfasste eine Impfkartei alle Impfungen. Jährliche Statistiken waren aussagefähig zum Gesundheitszustand und Durchimpfungsgrad der Altersgruppen. So waren Trends und Vergleiche mit anderen Städten, Kreisen, Nord- und Südregionen zur Morbidität möglich. Zur Erweiterung meiner fachlichen Kompetenz erwarb ich 1980 die Staatliche Anerkennung als Sportärztin und führte regelmäßig sportärztliche Sprechstunden durch. 1984 folgte die Staatliche Anerkennung als Jugendärztin, 1997 die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“.

Ab 1. Juli 1987 wurde ich durch den Kreisarzt der Stadt Rostock zur Kreisjugendärztin berufen.

Der 9. November 1989 brachte eine allgemeine Verunsicherung im gesamten Gesundheitswesen mit sich. Während der Feierstunde zum Tag des Gesundheitswesens am 11. Dezember 1989 im Rostocker Rathaus hatte ich Gelegenheit, mit

dem Ehrengast, dem Ärztekammerpräsidenten aus Schleswig-Holstein, Dr. Karl-Werner Ratschkow, ein Gespräch zu führen.

Er löste meine Ängste um den Fortbestand meines Fachgebietes, da es angeblich Jugendärztliche Abteilungen in allen Gesundheitsämtern der Bundesrepublik gäbe.

Er bot mir dazu Fortbildungskurse in der Ärztekammer Schleswig-Holstein an und „schaltete“ die ersten Verbindungen zu den dortigen Jugendärzten.

So sah ich eine Perspektive und verfolgte mit viel Elan das Ziel, im künftigen Gesundheitsamt Rostock diesen Beratungsdienst aufzubauen.

Hilfe erhielten wir aus unserer Partnerstadt Bremen aus dem dortigen Gesundheitsamt in Person von Dr. Eberhard Zimmermann.

Gemeinsam planten wir, Teile der Schwangeren- und Mütterberatung (bis dahin den Polikliniken angegliedert) dem Jugendgesundheitschutz und einer Minimalvariante des Sportmedizinischen Dienstes (der insgesamt abgewickelt wurde) so zusammenzufügen, dass ein leistungsfähiges und harmonisches Beratungsangebot neuen Stils entstehen konnte.

Für die Betreuung der damals 53.000 Rostocker Kinder (von der Geburt bis zur Schulentlassung) wären nach Richtwerten der Altbundesländer 58 Volltagskräfte (Ärzte, Psychologen, Fürsorgerrinnen, Schwestern und Sachbearbeiterinnen) notwendig gewesen.

Nach mehreren Prüfungen wurden wegen der angespannten Haushaltslage 36 Stellen bestätigt. Durch Planstellenteilung waren wir 44 Mitarbeitende und zur Gründung des Gesundheitsamtes am 1. Februar 1991 arbeitsfähig.

Wegen fehlender Rechtsgrundlagen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (das ÖGD Gesetz wurde erst am 19. Juli 1994 beschlossen) und Akzeptanz bei niedergelassenen Ärzten und in der Verwaltung mussten wir unsere Daseinsberechtigung ständig neu erkämpfen und verteidigen.

Einen Weg zu mehr Sicherheit sah ich im Engagement in der Berufspolitik. Mit einer kleinen

Gruppe von Ärzten gründeten wir im März 1991 den Verband der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst Mecklenburg-Vorpommern. Ich wurde Mitglied im Vorstand und vertrat die jugendärztlichen Interessen.

Später resultierte daraus meine Mitgliedschaft im Sprecherrat des Fachausschusses Kinder- und Jugendgesundheitsdienst beim Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Insgesamt waren die 90er-Jahre geprägt von Planstellenreduzierung (von 44 auf 18) und Versuchen der Verwaltung, hoheitlich pflichtige Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes an niedergelassene Ärzte zu delegieren.

Unsere subsidiäre Tätigkeit zum stationären und ambulanten Bereich konnten wir schwerpunktmäßig aufrechterhalten:

- In der Mütterberatung weiter Mütter von gefährdeten und sozial benachteiligten Säuglingen und Kleinkindern zu beraten und auch durch aufsuchende Hilfe zu betreuen.
- Im Schulärztlichen Dienst Einschulungs- und Reihenuntersuchungen in 4. und 8. Klassen durchzuführen und zur Schließung von Impflücken Impfangebote in Schulen vorzuhalten.
- Im Sachgebiet Spezielle gesundheitliche Hilfen für Kinder und Jugendliche die umfangreichen Beratungsaufgaben einschließlich Hausbesuchen, die amtsärztlichen Begutachtungen nach BSHG, KJHG, AsylbLg und bei Pflegebedürftigkeit zu erfüllen.

Die Untersuchungen in Förder- und Sonderschulen blieben erhalten.

Wegen der Spezifität der Problemlagen war die Zusammenarbeit mit anderen Ämtern (Schulamt, Sozialamt, Jugendamt) und Institutionen in Kommissionen und Ausschüssen erforderlich. Nach dem Ausscheiden von Dr. Sabine Bitter übernahm ich am 1. Juli 2003 ein halbes Jahr die kommissarische Amtsleitung und für ein weiteres halbes Jahr die stellvertretende Amtsleitung.

Die neuen Herausforderungen waren sehr erfüllend. Am 30. Juni 2004 ging ich in die dreijährige Freistellungsphase meiner Altersteilzeit. Die

Nachfolgerin für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst war Dr. Kirsten de Boor, so dass ich beruhigt Abschied nehmen konnte. Zurückblickend vergleiche ich ca. 20 Jahre Kinder- und Jugendgesundheitschutz (1968 bis 1989) als eine relativ ruhige Zeit mit genau definierten Aufgaben, genügend Personal und Anerkennung in der Gesellschaft – mit ca. 15 Jahren Kinder- und Jugendgesundheitsdienst – eine aufregende Zeit, gekennzeichnet durch Neuaufbau, Umstrukturierungen, schmerzliche Personalreduzierungen und fachliche Fokussierung auf Subsidiarität, aber auch Erfolge und Freude (Abb. 1).

So sehe ich mit heutigem Abstand auf ein erfülltes, über 30-jähriges Berufsleben für Prävention im Kindes- und Jugendalter zurück.



Abb. 1 Dr. med. Margarete Hafke in der Schuluntersuchung von Kindern, Foto: Irma Schmidt

Zum Zeitpunkt der Neustrukturierung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes bestand das Hauptanliegen darin, über Leistungsangebote des neuen Gesundheits- und Sozialsystems aufzuklären, die neuen Formen der Betreuung zu erläutern und Eltern zu beraten. Die Verunsicherung nach der Wende war groß, und die Neuordnung im ambulanten Gesundheitswesen nahm erst ihren Anfang.

Beratungsschwerpunkte waren das neue Vorsorgeprogramm (U1–U9), die veränderte Vitamin D3-Gabe und das neue Impfprogramm. Immer wieder musste den Eltern die Eigenverantwortung für die gesunde Entwicklung ihres Kindes nahegebracht werden.

Erschwerend kam hinzu, dass die Rechtsgrundlagen für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst fehlten. Die Akzeptanz durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, die im Gesundheitsamt eine Konkurrenz für die eigene Arbeit sahen, war kaum vorhanden.

1993 konnte eine Faktensammlung zu gesetzlichen Grundlagen, der personellen Ausstattung, eine Auflistung der Arbeitsinhalte der einzelnen Sachgebiete und des Umfangs von Begutachtungen zur Absicherung der Personalstellen erstellt und nach Aufforderung an den zuständigen Senator übergeben werden. In Folge personeller Reduzierungen im Jahr 1992 mussten Außenstellen der Mütterberatung geschlossen, jedoch sechs erhalten bzw. neu eingerichtet werden. Die Sportärztliche Beratungsstelle in der Sporthalle Marienehe wurde aufgelöst. Beratungen, Untersuchungen, Begutachtungen, Hausbesuche und Impfungen konnten jedoch kontinuierlich fortgeführt werden. Durch die Unsicherheiten nach der Wiedervereinigung gab es 1992 erstmalig sinkende Geburtenzahlen. Die Zahl der 1221 Rostocker Neugeborenen entsprach etwa 1/3 der Jahre vor 1989.

Zu Beginn des Jahres 1993 waren in der Abteilung nur noch 22 Stellen besetzt. Vier Planstellen mussten abgebaut, die Beratungsstelle für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einer Ärztin und einer Psychologin aufgelöst und im Schulärztlichen Dienst einer weiteren Ärztin und einer Fürsorgerin gekündigt werden.

Neben dem Hauptsitz in der Sankt-Georg-Straße 109 Haus II gab es zu diesem Zeitpunkt noch sechs Außenstellen. In den Ärztehäusern in Lütten-Klein (ehemalige Poliklinik Nord/Salvador-Allende-Klinik) und in Warnemünde (Kurhausstraße 1) waren der Schulärztliche Dienst und je eine Mütterberatungsstelle ansässig. Weitere Mütterberatungsstellen befanden sich im Klinikum Süd sowie in

Kindergärten An der Elisabethwiese, in Dierkow in der Theodor-Heuss-Str. 24 und in der Albert-Schweitzer-Straße 25.

Somit konnte in Rostock noch eine flächendeckende Versorgung mit kurzen Wegen für junge Familien abgesichert werden.

Die bisherigen drei Sachgebiete wurden auf zwei reduziert. Die Gesundheitsberatung für Säuglinge und Kleinkinder gliederte sich dem Schulärztlichen Dienst an. Für diesen standen vier Teams (je eine Ärztin und eine Arzthelferin) zur Verfügung. Jeweils zwei Teams erhielten Unterstützung durch eine Impfschwester, die in den Schulen und den Außenstellen Impfausweiskontrollen und Impfsprechstunden organisierte und bei den Impfungen assistierte.

Ein weiteres Team (eine Ärztin und eine Sozialarbeiterin) war für die Behindertenberatung, die Sozialmedizinische Begutachtung von Kindern und Jugendlichen sowie für die Betreuung der Sonderschulen (Untersuchung aller Förderschüler im zweijährigen Abstand) sowie für die Auswahl der integrativ betreuten Vorschulkinder verantwortlich.

In 380 Beratungen der Eltern von behinderten Kindern informierten die Mitarbeiterinnen zu Anträgen auf einen Schwerbehindertenausweis, zur Beantragung von Pflegegeld, zu technischen Eingliederungshilfen (Wohnung, Telefon, Parkplatz, bauliche Veränderungen, Hilfsmittel für den Unterricht) und Teilnahme am Sportunterricht.

Dazu Rückblicke aus der Erinnerung der ehemaligen Mitarbeiterinnen:

DIE EHEMALIGEN

DR. MED. HEIDEMARIE WOHLGEMUTH UND ORTRUD MARQUARDT (1991–2006)

„SPEZIELLE GESUNDHEITLICHE HILFEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE UND BEHINDER- TENBERATUNG“ IM KINDER- UND JUGENDGE- SUNDHEITSDIENST

Dr. med. Heidemarie Wohlgemuth und Ortrud Marquardt arbeiteten im Betreuungsbereich des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes „Spezielle gesundheitliche Hilfen für Kinder und Jugendliche und Behindertenberatung“ als ein Team.

Vor der Gründung des Gesundheitsamtes waren wir beim Jugendgesundheitsschutz des Medizinischen Zentrums Mitte unter der Leitung von Dr. med. Margarete Hafke beschäftigt.

Ortrud Marquardt arbeitete in der Rehabilitation als Fürsorgerin, und ich hatte prophylaktische und sozialmedizinische Aufgaben in der orthopädischen Betreuung behinderter Kinder in Sondergruppen, im Vorschulteil der Körperbehindertenschule und in der Tagesstätte Südstadt.

Mit der Amtsgründung wurde der Jugendgesundheitsdienst zunächst in die Strukturierung des Gesundheitsamtes eingebunden und in der Folgezeit den gesetzlichen Strukturen zugeordnet. Ortrud Marquardt absolvierte eine zusätzliche Ausbildung zur Sozialarbeiterin mit späterer Anerkennung durch das Gesundheits- und Sozialministerium MV zur Diplomsozialarbeiterin. Wir Ärztinnen konnten eine Fortbildung im Bereich Sozialmedizin wahrnehmen, die von der Ärztekammer als Zusatzbezeichnung anerkannt wurde. Im Zeitraum der Neuordnung galten neue Gesetze, in die wir uns intensiv einarbeitete-

ten und zu denen die Eltern behinderter Kinder einen großen Beratungsbedarf hatten.

Es gab und gibt keine für alle Bereiche verbindliche Definition des Begriffes Behinderung. Allgemein wurde bei Kindern von einer bleibenden Behinderung von ca. fünf Prozent ausgegangen. Aus der Sicht des Rehabilitationsrechts ist die Behinderung ein regelwidriger Zustand von mehr als sechsmonatiger Dauer, der die gesellschaftliche Eingliederung beeinträchtigt. Die Orientierung an dem Schwerbehindertengesetz ist für Kinder hinsichtlich der Eingliederungshilfe nicht gegeben, weil das Schwerbehindertengesetz für den Nachteilsausgleich behinderter Berufstätiger gilt. Den behinderten Kindern sind die von Behinderung Bedrohten nach §§ 1-4 der Eingliederungshilfeverordnung gleichzusetzen. In dem Betreuungsbereich der „Speziellen gesundheitlichen Hilfen für Kinder und Jugendliche“ erfüllten wir gesetzliche Pflichtaufgaben und Beratungspflicht nach dem ÖGD-Gesetz und dem BSHG zur Verbesserung der Gesundheit behinderter Kinder und Jugendlicher. Zu unseren wesentlichen Arbeitsaufgaben gehörte die sozialmedizinische Begutachtung zu Eingliederungshilfen.

In jedem Einzelfall mussten Notwendigkeit, Umfang und Dauer der Eingliederungshilfe gutachterlich festgelegt und der Zeitpunkt einer Nachuntersuchung empfohlen werden. Die heilpädagogische Förderung erfolgte in Integrativgruppen der Kindertagesstätten als Leistungen der Sozialhilfe.

Die Einschulungsuntersuchungen der integrativ geförderten Kinder führten wir in der Regel in der Kita in Anwesenheit der Eltern und bei Bedarf mit Beratung der Therapeuten durch. Zum

Zeitpunkt der Gesundheitsamtsgründung gab es mehrere Sonderschulen, z. B. für Körperbehinderte und Lernbehinderte. Die Reihenuntersuchungen in diesen Schulen fielen ebenfalls in unseren Aufgabenbereich. Häufig waren uns die Kinder durch vorherige Gutachten oder Voruntersuchungen bekannt, es konnte sich ein Vertrauensverhältnis entwickeln. Das war eine gute Grundlage für die Impfungen, die mit schriftlichem Einverständnis der Eltern, auch auf Wunsch in Anwesenheit der Eltern, in den Schulen durchgeführt wurden. Bei Sportbefreiungen gingen behandelnde Kinderärzt/innen in der Regel von dem gesundheitlichen Defizit aus. In der Körperbehindertenschule hatten alle Behinderten die Möglichkeit, sich am Sportunterricht zu beteiligen, zu schwimmen oder Bewegungsübungen im Wasser zu machen. Das Wasser des Schwimmbeckens konnte auf eine entsprechende Temperatur eingestellt werden. Der Boden des Wasserbeckens wurde für Nichtschwimmer angehoben. Die Turngeräte waren höhenverstellbar. In Förderkonferenzen besprachen wir interdisziplinär, pädagogisch wie medizinisch, den sonderpädagogischen Förderbedarf. Die Arbeit mit Behinderten war und ist ein sehr sensibler Bereich, in dem die einzelnen Maßnahmen entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen klar und verständlich kommuniziert werden müssen.

Ortrud Marquardt und ich haben gerne in unserem Aufgabenbereich gearbeitet. Das Ausscheiden aus unserem Beruf haben wir aufeinander abgestimmt und sind am 31. Mai 2006 in den Rentenstand gegangen.

Im Rückblick wäre für die sozialmedizinische Arbeit die Digitalisierung wünschenswert gewesen.

Mittlerweile konnte die Abteilung KJÄD 1994 eine zentrale Auswertung der Untersuchungsergebnisse erstmalig nach dem „Bielefelder Modell“ als Methode für eine weitestgehend einheitliche Befunderhebung und -auswertung vornehmen. Damit waren für die Durchführung und Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen feste Kriterien vorgegeben, und für jedes Kind wurde ein landeseinheitlicher Schulgesundheitsbogen angelegt. Die Vorgaben des „Bielefelder Modells“ unterstützen nicht nur die Datenerhebung, sondern gleichermaßen die Dokumentation und Auswertung der individuellen Befunde und

Maßnahmen. Durch die Einhaltung dieses Vorgehens ist eine überregionale Vergleichbarkeit möglich.

Neben einer Ganzkörperuntersuchung werden die Körpergröße und das Gewicht ermittelt, das Hör- und Sehvermögen, die sprachliche und motorische Entwicklung, die Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungsfähigkeit der Kinder sowie der Impfstatus geprüft.

Alle erhobenen Befunde werden standardisiert dokumentiert. So sind erstmalig Daten zum

Gesundheits- und Entwicklungszustand, zur Schulreife und zum Impfstatus erfasst worden. Die Umstellung auf diese neue Qualitätssicherung erforderte von allen Mitarbeiterinnen zusätzliche Zeit und Übung.

Von da an lieferten Jahresberichte Informationen zu Struktur und Aufgaben des KJGD, über die personelle Besetzung, technische und materielle Ausstattung, Arbeitsergebnisse und -ziele sowie zur Mitarbeit in Arbeitsgruppen, Gremien und Verbänden.

Das am 1. September 1994 in Kraft getretene Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst MV legte die Aufgaben der Gesundheitsvorsorge des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes als „Aufgabe des übertragenen Wirkungsbereiches“ fest und bestimmte Pflichtaufgaben der Kommune und die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als verantwortlich für die Organisation und Durchsetzung.

Auf Grund der weiteren Personalreduzierung war es nicht mehr möglich, alle Aufgaben zu erfüllen. Deshalb mussten Schwerpunkte gesetzt werden. Die Reihenuntersuchungen in den Gymnasien entfielen, die der Kinder und Jugendlichen in den Sonderschulen fanden nur noch alle zwei Jahre statt, Untersuchungen und Impfungen in Kindertageseinrichtungen beschränkten sich auf Schwerpunktangebote.

Die Geburtenzahlen für Rostock waren weiterhin rückläufig (1994: 1.023 Geburten).

Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kinderärzten/innen bei der Betreuung sozial benachteiligter Familien, Familien mit Migrationshintergrund, insbesondere mit Säuglingen und Kleinkindern, gestaltete sich nun als Bereicherung.

Seit 1997 intensivierte sich die ämterübergreifende Zusammenarbeit. Mit dem Ziel, die ressortübergreifenden Arbeitsansätze des Gesundheitsamtes darzustellen, wurden bestehende Kooperationen mit Ämtern des Senatsbereiches, weiteren Ämtern der Stadtverwaltung und der Landesbehörde erfasst, wobei speziell die Bereiche Gesundheitsschutz, Gesundheitsvorsorge, Gesundheitshilfen, Begutachtungen und Öffentlichkeitsarbeit in den Mittelpunkt rückten.

INSBESONDERE FANDEN SICH KOOPERATIONEN MIT

- dem Förderausschuss des Schulamtes der Hansestadt Rostock den Förderkonferenzen der integrativ betreuten Kinder,
- der Schulkonferenz an der Schule für behinderte Kinder,
- der psychosozialen Arbeitsgruppe für Kinder und Jugendliche,
- dem Arbeitskreis „Zusammenarbeit in der Frühförderung“,
- der Landesimpfkommission in MV,
- der Landesarbeitsgemeinschaft „Integration“ beim Landesjugendamt,
- dem Sprecherrat des Fachausschusses Kinder- und Jugendgesundheitsdienst sowie
- innerhalb der Arbeitsgruppe „Kommunale Gesundheitsförderung“ mit den Arbeitskreisen „Unfallverhütung bei Kindern und Jugendlichen“, „Chancengleichheit und Gesundheit für Kinder“ sowie im Projekt „Gesunde Ernährung in der Schule“.

Es gab eine erste Zuarbeit zur „Behindertenplanung der Hansestadt Rostock“ auf der Basis der Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen und der Empfehlungen für die Aufnahme von Kindern in den Sonderschulbereich.

Im Rahmen der Schuluntersuchungen und in der Sprechstunde wurden grundsätzlich gesundheitsfördernde Maßnahmen thematisiert, bei individuellen Beratungen zu einer gesunden Ernährung, angemessener sportlicher Betätigung, Suchtverhalten und Pubertätsproblemen aufgeklärt. Zunehmend baten die Schulen um Mitarbeit bei Gesundheitsprojekten. Erstmals fanden *schulärztliche Sprechstunden* vor Ort statt. Jede Ärztin sicherte in ein bis zwei Schulen ihres Bereiches regelmäßig die schulärztlichen Sprechstunden ab. Zusätzlich gestalteten sie gemeinsame Unterrichtsstunden mit Lehrer/innen in den 9. und 10. Klassen zur Verhütung von Infektionskrankheiten und Aufklärung zum Impfschutz.

1998 wertete eine Datenerhebung die Geburten, Einschulungsuntersuchungen, Impfungen, spezielle gesundheitlichen Hilfen für Kinder und Jugendliche über einen Zeitraum von drei Jahren (1994 bis 1997) für den Senatsbereich aus, um erstmalig eine Leistungsstatistik zu erstellen. Hierbei ist zu erwähnen, dass zunächst sämtliche Angaben noch handschriftlich erfasst wurden. Erst im Laufe

des Jahres kamen die ersten vier Laptops für die Abteilung zum Einsatz.

Neben den pflichtigen Aufgaben rückte die Gesundheitsförderung immer mehr in den Fokus der Arbeit. Alle vier Arzthelferinnen und eine Sozialarbeiterin arbeiteten im Projekt „*Gesunde Ernährung in der Schule*“ der Arbeitsgruppe „*Kommunale Gesundheitsförderung*“ mit. Es wurden fünf Veranstaltungen zum Thema „*Gesundes Schulfrühstück*“ organisiert. Ebenfalls im Rahmen der Kommunalen Gesundheitsförderung war die Abteilung im Arbeitskreis „*Unfallverhütung bei Kindern und Jugendlichen*“ vertreten.

Die Qualitätssicherung jugendärztlicher Gutachten erfolgte seit 1999 im Rahmen eines Qualitätszirkels der nördlichen Bundesländer.

2000 wurden zusätzlich zur originären Arbeit der Abteilung anamnestiche Befragungen von Eltern zu Kinderunfällen zu Hause, in der Kita und im Straßenverkehr als Zuarbeit für den „*ersten Kinderunfallbericht*“ durchgeführt und ausgewertet, darüber hinaus Ergebnisse der Schuluntersuchungen und statistische Angaben zur Erstellung des „*Stadtmonitorings*“ zugearbeitet. Ergänzend ergingen an das Statistikamt zuvor erhobene Daten im Zusammenhang mit der Erarbeitung „*Leitlinie soziale Stadt*“.

Auf Grund der Langzeiterkrankung einer ärztlichen Mitarbeiterin mussten Arbeiten umverteilt und die Schulärztlichen Sprechstunden an den Schulen eingestellt werden. Lediglich an einer Realschule mit Hauptschulanteil konnte eine „*Kummerstunde*“ aufrechterhalten werden.

8.3 VON 2001 BIS 2011

Mit der Jahrtausendwende war ein weiterer Stellenabbau in der Abteilung verbunden. Von ohnehin nur 14,75 Planstellen waren noch 13 besetzt. Eine Sozialarbeiter- und eine Arztstelle fielen weg. Trotzdem war es noch möglich, alle sechs Außenstellen vorübergehend zu betreiben.

Die Abteilungsleiterin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, Dr. Margarete Hafke, wurde zwischen 1. Januar bis 31. Dezember 2003 mit der Aufgabe der Amtsleitung betraut. Ihre Vertretung im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst realisierte die langjährige ärztliche Mitarbeiterin, Dr. Heidemarie Wohlgemuth.

Zu diesem Zeitpunkt arbeiteten in der Abteilung noch vier Ärztinnen, vier Arzthelferinnen, eine Impfschwester, zwei Kinderkrankenschwestern und eine Sekretärin. Die Schwestern der Mütterberatung betrieben in der Folge regelmäßig Müttertreffs in allen sechs Außenstellen zu den verschiedensten Themen der Gesundheitsförderung und besuchten frisch entbundene Mütter auf den Entbindungsstationen. Hausbesuche fanden nur noch in einem geringen Umfang statt, wobei ein entsprechender Anspruch inzwischen auch bei den niedergelassenen Hebammen bestand.

2004 übernahm Dr. Kirsten de Boor (später Westphal) die Leitung der Abteilung und wurde auch gleich mit neuen Herausforderungen konfrontiert.

Die Mitarbeit im „*Adipositas Projekt*“ der AG „*Kommunale Gesundheitsförderung*“ und die Unterstützung bei der Evaluierung des Projektes „*Kindergesundheitsziele in Rostock*“ nahmen einen großen Teil der Arbeitszeit in Anspruch, ebenso die im Landesjugendhilfeausschuss. Es waren im Rahmen des Projektes „*Kindergesundheitsziele*“ in erster Linie statistische Zuarbeiten nötig, um einen Überblick zum Gesundheits- und Entwicklungsstand der in Rostock lebenden Kinder- und Jugendlichen zu erhalten, aber auch die Erarbeitung von Schlussfolgerungen für Verbesserungen in der Gesundheitsförderung. Insbesondere sollten Angebote für eine gesunde Ernährung und Bewegungsförderung ihren Beitrag zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation an Schulen und Kindertagesstätten leisten.

Mit der Deutschen Einheit bildeten sich durch freie Träger neue Fördermöglichkeiten für Kinder heraus. In Zusammenarbeit mit dem Amt für Jugend und Soziales entstanden auf der Basis von Kooperationsverträgen Frühförderstellen. Entwicklungsauffällige Kinder mussten nun durch Mitarbeiterinnen der neuen Kinder- und Jugendgesundheitsdienste entsprechend der gesetzlichen Vorgaben untersucht und beurteilt werden. Diese Förderangebote fallen in den Bereich der Eingliederungshilfe und stehen nach dem Sozial- und Bundesteilhabegesetz Kindern zu, die „wesentlich behindert oder von wesentlicher Behinderung bedroht“ sind. Eine einfache körperliche Untersuchung und Einschätzung des Entwicklungsstandes eines Kindes reichten nicht mehr aus. Es wurden standardisierte Entwicklungsteste notwendig, die den bisherigen zeitlichen Rahmen für die Untersuchung der Kinder deutlich überstiegen. Die damit verbundenen Förderkonferenzen, welche im Sozialamt gemeinsam mit dem Fallmanager, den

Eltern und den Trägern der Einrichtungen Fördermöglichkeiten und -ziele festlegten, erforderten ebenfalls einen zusätzlichen zeitlichen Aufwand und die Anwesenheit jeweils einer ärztlichen Kollegin, die im Sinne der Kinder Notwendigkeit und Umfang der jeweiligen Maßnahme begründete.

Nachdem die letzten beiden Schwestern der Mütterberatung in den Ruhestand gegangen waren, wurden diese Stellen nicht wiederbesetzt. Diese Form der Beratungsstelle mit ihren Angeboten war somit nicht mehr existent.

Dr. Heidemarie Wohlgemuth und eine weitere Sozialarbeiterin (das Team, das bis dahin für die behinderten und entwicklungsauffälligen Kinder zuständig war) gingen ebenfalls in die Rente. Auch diese Stellen blieben zunächst unbesetzt, so dass eine kompensatorische Neuaufteilung der Aufgabengebiete erfolgen musste, um die Betreuung der behinderten Kinder und Förderschüler/innen abzusichern.

2007 verließ Dr. Kirsten de Boor das Gesundheitsamt, um sich anderen Aufgaben zuzuwenden. Die Leitung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes übernahm Dipl.-Med. Arite Bartsch-Thielebeule.

In diesem Jahr stieg die Nachfrage nach Beratungsangeboten für Säuglinge. Die bis dahin sehr aktiven niedergelassenen Hebammen, die diese Aufgabe nach der Wende für sich in Anspruch genommen hatten, konnten wegen der steigenden Geburtenzahlen nicht mehr alle Familien betreuen. Somit schuf das Gesundheitsamt in Kooperation mit den Neugeborenenstationen im Klinikum Südstadt erneut das Angebot der Mütterberatung mit einer Mitarbeiterin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes. Zur Bewerbung dieses Angebotes nutzte sie Informationsabende für Schwangere im Klinikum Südstadt. Zusätzlich sollten Besuche auf der Entbindungsstation erfolgen. Nach anfänglichen Versuchen, alle frisch entbundenen Mütter in ihren Zimmern aufzusuchen, wurde ziemlich schnell klar, dass dies aus logistischen Gründen nicht immer zielführend war. Mütter, die einer Hilfe bedurft hätten, wurden häufig auf eigenen Wunsch bereits am Tag der Entbindung mit ihrem Neugeborenen direkt aus dem Kreißaal nach Hause entlassen. Auf der Station befanden sich auch Mütter aus dem Landkreis, für die dieses Angebot nicht bestanden hätte. Aus Datenschutzgründen war es nicht möglich, bereits im Vorfeld eine Auswahl zu treffen. So sollten dann die Beratungsgespräche zum Angebot der Mütterberatung auf Freiwilligenbasis in einem separaten Raum

stattfinden. Diese Möglichkeit wurde jedoch nicht gut angenommen, da die jungen Mütter wegen der Kürze der Liegezeiten und der Stationsabläufe oft nicht in der Lage waren, einen zusätzlichen Termin wahrzunehmen.

Es konnten jedoch als Alternative, wenn auch erst nur zögerlich in Anspruch genommen, direkt im Gesundheitsamt Beratungsangebote vorgehalten werden.

Trotz der eingeschränkten Personalsituation realisierte die Abteilung vollständig die Einschulungsuntersuchungen und die der 4. und 8. Klassen (außer Gymnasien). Seit Mai 2007 gab es wieder Impftage in den Schulen.

Um die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen und in den Kliniken tätigen Kinderärzten zu intensivieren, war die Abteilung im Qualitätszirkel, dem „Kinderärztestammtisch“ vertreten.

Vom 6. bis 8. Juni fand der G8-Gipfel in Heiligendamm statt. Für diese Zeit und bereits im Vorfeld wurden sämtliche schulärztlichen Aktivitäten eingestellt und das medizinische Personal des Gesundheitsamtes in Bereitschaft gehalten.

Das neue Projekt „Familienhebammen“ wurde 2008 durch die Landesregierung MV mit dem Ziel ins Leben gerufen, Familien mit Säuglingen Unterstützung zu bieten, die auf Grund von verschiedensten Problemen (Frühgeborenes oder krankes Neugeborenes, soziale und finanzielle Probleme, gesundheitliche Defizite bei Familienmitgliedern oder den Eltern, Suchtproblematik) zusätzliche Beratungsangebote und Unterstützung benötigten. Das Sozialministerium MV offerierte hierfür Angebote zur Ausbildung speziell geschulter Hebammen und Kinderkrankenschwestern. Die Tätigkeit erfolgte auf Honorarbasis, die Koordinierung der Einsätze und deren Finanzierung über das Gesundheitsamt.

Im gleichen Jahr gab Dipl.-Med. Arite Bartsch-Thielebeule aus gesundheitlichen Gründen die Abteilungsleitung wieder ab, und Dr. Frauke Barthels (jetzt Jakobs) aus der Außenstelle in Lütten-Klein übernahm zunächst kommissarisch diese Aufgabe. Als ausgebildete Kinder- und Jugendärztin im klinischen Bereich und mit der bis dahin durch sechsjährige Tätigkeit in der Außenstelle erworbenen Erfahrung wurde ihr die Abteilungsleitung übergeben. Leider blieb für ausschließliche Leitungstätigkeit keine Zeit. Durch Ausfall von weiterem Per-

sonal durch Krankheit und der Notwendigkeit, abteilungsübergreifend tätig zu werden, musste die meiste Zeit für Basisarbeiten (Vertretung bei Schul- und Einschulungsuntersuchungen, Erstellung amtsärztlicher Gutachten, Impfungen) ausgefüllt werden.

Die Schülerzahlen und somit die Anzahl der durch den KJGD zu untersuchenden Kinder nahmen, ebenso wie die amtsärztlichen Begutachtungen für die Eingliederungshilfen, allmählich wieder zu.

Für die Einschulungsuntersuchungen wurde in Mecklenburg-Vorpommern seit diesem Jahr ein neuer Test (SEN-S) genutzt. Dieser schuf im Rahmen der Qualitätssicherung mit Hilfe des Computerprogramms (Octoware) bei den körperlichen Untersuchungen eine bessere Vergleichbarkeit durch standardisierte Bedingungen. Damit konnte eine Basis für die Dokumentation und Auswertung der motorischen, sprachlichen, kognitiven und sozialen Voraussetzungen für den Übergang zum Schulbeginn geschaffen werden.

Mit der Nutzung des neuen Schuleingangstestes waren nun auch erstmals valide Aussagen zu den einzelnen Entwicklungsfunktionen der Kinder möglich. Besonders besorgniserregende Ergebnisse fanden sich in den Bereichen der Sprachstörungen bei Veränderungen am Bewegungssystem, bei motorischen Funktionen und der psychophysischen Belastbarkeit. Die Frage nach den Ursachen musste gestellt und die Methode im Rahmen von ämterübergreifenden Qualitätszirkeln für MV analysiert werden.

Mit der Ausweitung der Fördermöglichkeiten in Rostock (Erweiterung der Frühfördereinrichtungen, Entstehen von Integrativgruppen in den Kindertagesstätten) stieg auch die Anzahl der zu begutachtenden Kinder, denen solche Fördermaßnahmen zustehen und die damit verbundenen Anträge auf Amtsärztliche Stellungnahmen durch das Amt für Jugend und Soziales weiter an.

Die Aufgabe des KJGD besteht darin, mit Hilfe von (anerkannten, standardisierten und evaluierten) Entwicklungstesten festzustellen, ob diese Voraussetzungen gegeben sind, welche Funktions- und Teilhabebeeinträchtigungen bestehen, um ggf. Therapieoptionen und Hilfsangebote zu empfehlen. Das erfordert einen recht großen Zeitaufwand, mindestens zwei bis drei Stunden pro Fall.

Die Impfangebote in den Schulen mussten wegen der weiter abnehmenden zeitlichen Ressourcen

im ärztlichen Bereich reduziert werden. Jedoch erfolgten bei jedem Kontakt mit den Kindern und Jugendlichen Kontrollen der Impfausweise durch die Impfschwestern, und die Eltern wurden schriftlich über versäumte oder bevorstehende Impfungen sowie die Möglichkeit der Inanspruchnahme bei den behandelnden Kinderärzten informiert.

2009 stand nach dem Ausscheiden einer Ärztin in den Ruhestand am Anfang des Jahres, dauerhafter Erkrankung einer und Reha-Maßnahme einer anderen ärztlichen Kollegin der Abteilung über Wochen nur eine Ärztin zur Verfügung. Die Impfaktionen in den Schulen mussten weiter reduziert, und Gutachtenanträge konnten nur sehr verzögert bearbeitet werden. Es mussten Arbeitsabläufe neu organisiert, strukturiert und bearbeitet, die Teams neu besetzt und manche weitere Aufgaben zurückgestellt werden. Unter der Prämisse, möglichst viele öffentlichkeitswirksame Maßnahmen beizubehalten und wegen der Sorge um die Kinder wurde die Mitarbeit im Förderausschuss des Staatlichen Schulamtes und in der Arbeitsgruppe Kinderschutz unbedingt beibehalten. Auf Grund dringender Anfragen erfuhr die Mitarbeit in den Projekten der Frühen Hilfen, dem Projekt Familienhebammen, im regionalen „START“-Projekt und die Erhebungen für die Kindergesundheitsziele eine Intensivierung und die Zusammenarbeit mit anderen Ämtern und Frühfördereinrichtungen wurde erweitert.

Eine zusätzliche Herausforderung stellte die Impfkampagne gegen die „Neue Grippe“ (Schweinegrippe) dar, bei der alle Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamtes eingebunden waren. Der Ansturm durch die Bevölkerung war immens, so dass mehrere Teams gleichzeitig und in allen verfügbaren Räumen neben den originären Aufgaben tätig waren – vormittags Schuluntersuchungen, nachmittags Impfen.

Mit der Änderung des § 15b im ÖGD-Gesetz wurden den Gesundheitsämtern neue Aufgaben zugeordnet. Sie wurden verpflichtet, Beratungsgespräche und Hilfen für Familien im Rahmen von Hausbesuchen anzubieten, die zuvor Vorsorgeuntersuchungen bei den niedergelassenen Kinderärzten versäumten. Hierfür werden die entsprechenden Kinder durch das Landesgesundheitsamt an die regionalen Gesundheitsämter gemeldet (Abb. 2 und 3).

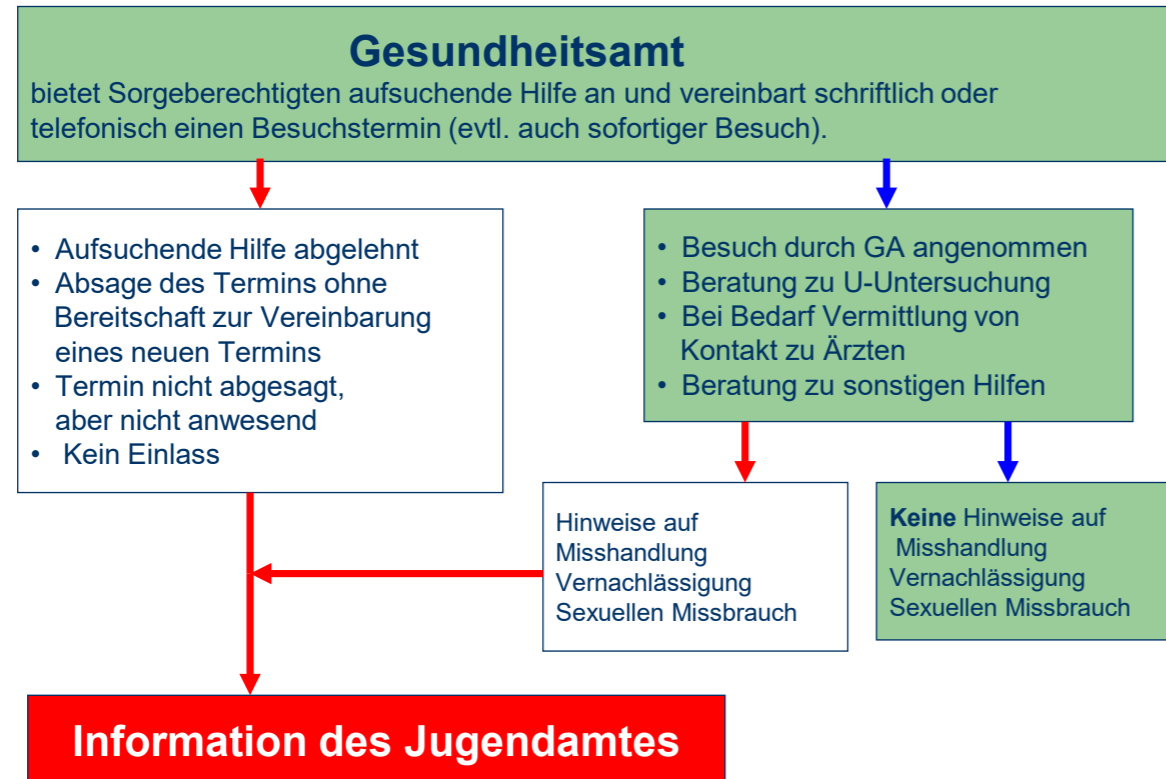
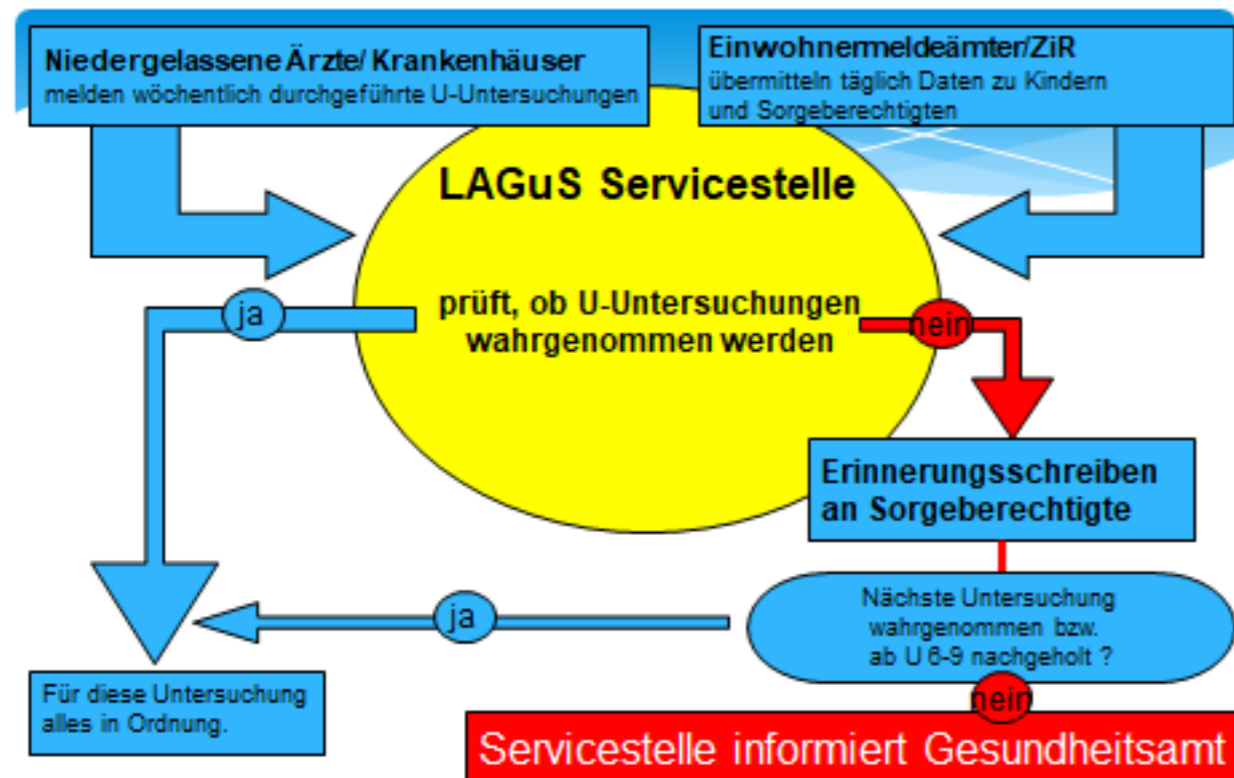


Abb. 2 und 3 Fließschemen § 15b des ÖGD-Gesetzes,
Quelle: Fachreferat des LAGuS zu § 15b ÖGD-Gesetz 2009

Die Reihenuntersuchungen der Vorschulkinder konnten aus personaltechnischen Gründen nur noch in Schwerpunktkindergärten durchgeführt werden. Mit der Änderung des Kinderförderungsgesetzes (KiFöG) war für jedes Kind durch das Fachpersonal in der Kindereinrichtung eine alltagsorientierte Beobachtung in Bezug auf Entwicklungsauffälligkeiten vorgesehen, die dokumentiert und mit den Eltern in Form von „Entwicklungsgesprächen“ ausgewertet werden musste. Nur noch auffällige Kinder sollten dann im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst zur Kontrolle vorgestellt werden. So entfiel in den Folgejahren die „Vorschuluntersuchung“ in den Kindertagesstätten gänzlich. Allerdings nahmen nun die Anträge für Amtsärztliche Stellungnahmen bei den jüngeren Kindern zu.

8.4 VON 2011 BIS 2021

2011 war die Zahl der Schuleingangsuntersuchungen bereits auf 1.579 angestiegen. Es gelang noch einmal, sämtliche Untersuchungen der 4. und 8. Klassen, einschließlich in den Gymnasien zu realisieren. Auch die Anzahl der zu bewältigenden Amtsärztlichen Stellungnahmen, die zu erledigenden Hausbesuche sowie die Notwendigkeit der Vermittlung von Familienhebammen erreichten einen neuen Höhepunkt.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen konnte erneut ein Anstieg der Zahl der Kinder mit Sprachauffälligkeiten und Störungen im psychosozialen Bereich, in den 4. und 8. Klassen eine Zunahme der Seh- und Hörstörungen festgestellt werden. Gründe dafür sind vermutlich exzessives Nutzen neuer Medien (Handy, Tablet, PC) und damit verbunden langanhaltendes Sehen im Nahbereich zusätzlich zu schulischen Aufgaben sowie lautes Hören von Musik oder Begleittönen bei Computerspielen.

Erstmals und in den Folgejahren konnten die Untersuchung der 8. Klassen nicht komplett durchgeführt und Impfungen in den Schulen nicht mehr angeboten werden.

2013 mussten im Zuge weiter steigender Schüler/innenzahlen die Einschulungsuntersuchungen auf Grund von Raummangel in den Schulen im Gesundheitsamt und in der Außenstelle der Abteilung stattfinden. Die entsprechenden Schulleiter/innen waren auch hier weiterhin anwesend.

Die Zusammenarbeit mit den Schulen wurde von den ärztlichen Mitarbeiterinnen zu diesem Zeit-

punkt als sehr hilfreich empfunden. Da auch die Konzepte der Schulen einer ständigen Dynamik unterlagen, war man durch die Kontakte mit dem pädagogischen Personal über Veränderungen im Prozedere der Klassenbildung, der Fördermöglichkeiten in den einzelnen Schulen und Möglichkeiten, die für das einzelne Kind in Frage kamen, gut informiert. Im gemeinsamen Miteinander (Eltern, Schulärztin und pädagogischer Fachkraft) war es möglich, den für das einzelne Kind vermeintlich besten Einstieg in die Schule zu finden.

Erstmals und in den nächsten Jahren folgend, fand eine Auswertung der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen des letzten Jahres im Rahmen einer Zusammenkunft der Schulleiter/innen und in der Arbeitsgruppe Frühförderung-Kita-Schule statt.

Mit der Zunahme der Flüchtlingsströme 2015 kamen dann neue Aufgaben auf den KJGD zu. Unbegleitete minderjährige Ausländer/innen (UmA), die in die Einrichtungen der Jugendhilfe aufgenommen wurden und Kinder, die mit ihren Sorgeberechtigten angereist waren, mussten amtsärztlich untersucht (Erstuntersuchung) und der Impfschutz neu begonnen oder komplettiert werden. Elterninformationsrunden zu Themen der Gesundheitsvorsorge und Impfaktionen in den Gemeinschaftsunterkünften wurden realisiert. Neue gesetzliche Vorgaben mussten erarbeitet, umgesetzt und die Mitarbeiterinnen geschult werden. Da die Flüchtlinge in der Regel in der ersten Zeit noch keine Krankenversicherung über eine Krankenkasse haben, ist es nach Anfrage des Amtes für Jugend, Soziales und Asyl notwendig, im Rahmen der Vorgaben des Asylbewerberleistungsgesetzes eine amtsärztliche Überprüfung über die Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung bei Erkrankung des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen zu bescheinigen.

Ab 2016 wurde die Diskrepanz zwischen den steigenden Schülerzahlen und der personellen Situation im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst besonders deutlich. Wegen der erneuten defizitären Ärztesituation durch Erkrankungen wurde, wie auch schon im Jahr zuvor, mit Honorarkräften (Ärzte im Ruhestand) gearbeitet. Leider kam es in der Folge der Untersuchungen in diesem Jahr zu Anmerkungen und Beschwerden von Eltern. Sie betrachteten die Anwesenheit der pädagogischen Fachkraft der Schule als nicht regelkonform für das Vertrauensverhältnis einer ärztlichen Untersuchung. Letztlich musste festgelegt werden, dass die Einbindung der Schulleitung in die

Untersuchungsführung nicht mehr realisiert werden sollte. Somit war eine langjährige, in der Regel für das einzelne Kind Gewinn bringende, gute Zusammenarbeit im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen nicht mehr praktikabel. Da auch die entsprechende Schulleitung Sorge für evtl. nötige Fördermaßnahmen zu treffen hat, werden für die Familien und das pädagogische Personal weitere, für das Kind häufig belastende Termine in der Schule oder dem Staatlichen Schulamt nötig.

Im Konsens mit den Hausbesuchen im Rahmen der versäumten Vorsorgeuntersuchungen und der Tätigkeit der Familienhebammen zeichnete sich ab, dass weitere Beratungsangebote, insbesondere für Familien mit Neugeborenen und Säuglingen erforderlich waren. Mit großem Engagement der auf diesem Gebiet tätigen Mitarbeiterinnen erfuhr das Angebot der Mütterberatung eine Wiederbelebung.

Zum Ende des Jahres 2016 übernahm der KJGD erstmalig Vorlesungen über den Öffentlichen Gesundheitsdienst für das Medizinstudium. Das Thema für den KJGD lautete „Problembereich Kinder und Jugendliche“. In der Folge hospitierten Studierende der Fachrichtungen Medizin, aber auch Sonderschulpädagogik regelmäßig in der Abteilung.

2017 wurden alle Einschüler/Einschülerinnen, jedoch nur 86 % der Viert- und die Achtklässler der Förderschulen ärztlich untersucht. Erstmals erfolgten anteilige Untersuchungen auf Grund von Personaldefiziten im ärztlichen Bereich lediglich durch die jeweilige Arzthelferin in den Schulen. Diese begrenzte sich auf die Erfassung von Größe und Gewicht, Messung der Blutdruck- und Pulswerte, auf einen Seh- und Hörtest sowie ein persönliches Gespräch zu etwaigen gesundheitlichen Problemen. Die Eltern erhielten bei Auffälligkeiten entsprechende schriftliche Hinweise und das Angebot, ihr Kind im Gesundheitsamt ärztlich untersuchen zu lassen bzw. den Kinderhausarzt zu kontaktieren. So konnten zumindest 588 Kinder und Jugendliche und deren Eltern außerhalb der Vorsorgeuntersuchungen bei ihrem behandelnden Kinderarzt zusätzliche Informationen zu gesundheitlichen Problemen, Impflücken ggf. weiteren Untersuchungen, wie z. B. die Vorstellung beim Augen- oder HNO-Arzt und Hinweise zu Behandlungs- und Hilfsangeboten erhalten.

Mit der Möglichkeit des Nachzuges für Familienangehörige von Asylsuchenden nahm auch die Notwendigkeit der Erstuntersuchungen vor dem Schulbeginn oder dem Besuch einer Kindertages-

stätte wieder zu. Da Schulpflicht besteht, mussten diese Untersuchungen zeitnah erfolgen und andere pflichtige Aufgaben zurückgestellt werden, insbesondere die Bearbeitung der zahlreichen Anträge für Amtsärztliche Stellungnahmen in Bezug auf Eingliederungshilfen.

Mit den 2018 erneut angestiegenen Schülerzahlen war es in der aktuellen personellen Ausstattung nicht mehr möglich, alle nach der Schulgesundheitspflegeverordnung pflichtigen Untersuchungen zu realisieren. Allein für Schuleingangsuntersuchungen musste deutlich mehr Zeit eingeplant werden. Die Einführung eines neuen Testes (SOPESS) für die Einschulungsuntersuchung bedeutete für alle beteiligten Mitarbeiterinnen persönliche Schulung und Übung, um den Anforderungen gerecht zu werden. Die Einschulungsuntersuchungen der entwicklungsauffälligen und chronisch kranken Kinder (Integrativkinder, Kinder aus Frühfördereinrichtungen) erforderten ebenfalls einen größeren Zeitraum. Hier waren häufig Gutachten für Fördermöglichkeiten (frühschulische Begleitung, Integrationshelfer) anhängig oder eine spezielle Beratung der Eltern in Bezug auf die Schulwahl sowie Möglichkeiten der schulischen Förderung notwendig.

Die Impfassistentinnen kontrollierten weiterhin in den Schulen die Impfausweise. Insbesondere in den oberen Klassenstufen stellten sie noch einmal die Wichtigkeit eines kompletten Impfschutzes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs heraus und die Bedeutung der Impfungen gegen HPV, die jetzt auch für die Jungen möglich war.

2019 erhielt die Familienberatung auf Grund der erweiterten Nachfrage und Notwendigkeit der Betreuung junger Familien im Rahmen der Frühen Hilfen neue Räumlichkeiten.

DIE ZUSAMMENARBEIT WURDE INTENSIVIERT MIT

- der Eltern- und Familienbildung
- dem Sozialpädiatrischen Zentrum der Universitäts-Kinder- und Jugendklinik
- den Sozialberatungszentren
- der Geburtsstation im Klinikum Südstadt
- den Schwangerenberatungsstellen
- den Frühförderstellen
- dem Familienpflegezentrum
- der Adoptionsstelle
- den Hilfen zur Erziehung, die durch das Jugendamt vermittelt werden

Die Mitarbeiterinnen der Mütter- und Väterberatungsstelle begleiteten bereits zum zweiten Mal den in Rostock ins Leben gerufenen Stilltag. Zu dieser Zeit standen für Rostock nur zwei Familienhebammen zur Verfügung, was zu Ablehnungen von Betreuungsanträgen führte. Es gelang im November des Jahres, eine Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegerin (speziell ausgebildete Kinderkrankenschwester) fest in Teilzeit einzustellen, um einen Teil der Anfragen bezüglich der Notwendigkeit der Unterstützung von Familien begegnen zu können. Schnell zeigte sich, dass das Zeitvolumen noch immer nicht ausreicht. Die Folge waren erneut Ablehnungen von Anträgen und Mehrarbeitszeit.

Mit der beginnenden Coronapandemie 2020 konnten auf Grund des Einsatzes von Mitarbeiterinnen in Funktionen, die nicht den üblichen Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes entsprechen und der noch immer defizitären Personalsituation weiterhin nicht alle gesetzlich vorgeschriebenen Untersuchungen durchgeführt werden. Zusätzlich gab es erhebliche logistische Probleme bei der Umsetzung. Hygienische Voraussetzungen für Untersuchungen in den Schulen konnten nicht ausreichend gesichert werden. Klassen wurden auf Grund von Quarantänemaßnahmen geschlossen. Zusätzliche Ferientage und Homeschooling erschwerten eine Terminplanung. Da so wenig wie möglich Unterricht ausfallen sollte, verzichtete man weitestgehend auf die schulärztlichen Untersuchungen in den 4. und 8. Klassen. Die Schuleingangsuntersuchungen konnten komplett realisiert werden, der Zeitraum war jedoch deutlich verlängert. Die letzten Termine wurden zum Ende der Sommerferien realisiert.

Wiederum kam es zu deutlichen Verzögerungen in der Bearbeitung von Anträgen zu Amtsärztlichen Stellungnahmen. Schulärztliche Sprechstunden konnten nur in reduziertem Umfang angeboten werden.

Die Möglichkeit der Verschiebung von Vorsorgeterminen erschwerte die Aufgaben im Rahmen der Frühen Hilfen. Im Rahmen der Hausbesuche mussten 153 Meldungen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt erfolgen. In der Mütter- und Väterberatung war der Bedarf auf das Fünffache im Vergleich zum Vorjahr gestiegen.

Gleichzeitig hatten auch die letzten beiden Familienhebammen ihre Arbeit beendet, so dass die betroffenen Familien in andere Hilfsysteme vermittelt werden mussten.

Durch das für März 2021 durch die Bundesregierung vorbereitete Masernschutzgesetz wurden erneut Aufgaben an die Gesundheitsämter übertragen, die zusätzlich zu bedenken waren.

Künftig dürfen nur noch Kinder in Gemeinschaftseinrichtungen betreut werden, die einen ausreichenden Masernimpfschutz, eine Immunität gegen Masern nachweisen können oder bei denen Kontraindikationen gegen die Masernschutzimpfung bestehen.

Es mussten erste Vorüberlegungen getroffen werden, wie mit Impfskeptikern und Impfverweigerern zu verfahren ist. Im ersten Schritt sollten die Eltern aller von den Leitern der Einrichtungen gemeldeten Kinder, die über keinen ausreichenden Impfschutz verfügen, eingeladen und bei gleichzeitigem Angebot der fehlenden Impfung beraten werden. Die Durchführungsbestimmungen für weitere Verfahrensschritte mussten erarbeitet und mit dem Rechtsamt abgestimmt werden. Diese beauftragten sich auf die Androhung und Durchsetzung einer Geldstrafe bis zum Betretungsverbot der einzelnen Einrichtungen. Hierbei ist dann noch zu differenzieren, um welche Einrichtungen es sich handelt. Für die Schüler/innen steht die Schulpflicht über der Impfpflicht, in Einrichtungen der Jugendhilfe steht bei Neuaufnahmen zunächst das Kindeswohl im Vordergrund.

2021 konnten lediglich die Reihenuntersuchungen in der Schule mit dem Förderschwerpunkt „motorische Entwicklung“ in Gänze realisiert werden, da insbesondere hier Festlegungen für jede/n einzelne/n Schüler/Schülerin bezüglich der Teilnahme am Sportunterricht getroffen werden mussten. Die Schuleingangsuntersuchungen zogen sich bei erneut ansteigender Schülerzahl über einen Zeitraum von neun Monaten hin. Die letzten Kinder wurden noch in der ersten Schulwoche angesehen.

8.5 ÜBERSICHT ZU EINZELNEN LEISTUNGEN – RÜCKBLICK

Im Laufe der betrachteten 30 Jahre kam es zu einem deutlichen Wandel der Tätigkeiten im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst. Bestand zunächst der Anspruch, alle Säuglinge gut zu versorgen, die Reihenuntersuchungen und Beratungsangebote in den Schulen flächendeckend zu realisieren und den Impfschutz zu komplettieren, liegt der aktuelle Schwerpunkt bei der Erfassung von Kindern und Jugendlichen, die an gesundheitlichen, sozialen und Entwicklungsproblemen leiden, für diese entsprechende Hilfsangebote zu ermitteln und die Erziehungsberechtigten über Hilfs- und Förderangebote zu beraten. Durch zunächst deutlich sinkende, später wieder ansteigende Geburtenzahlen und somit variierende Schülerzahlen, sich ändernde Gesetze und Bestimmungen, den Zuzug von Asylbewerbern und personelle Missstände mussten die Arbeitsaufgaben ständig angepasst und teilweise neu erschlossen werden (Abb. 4).

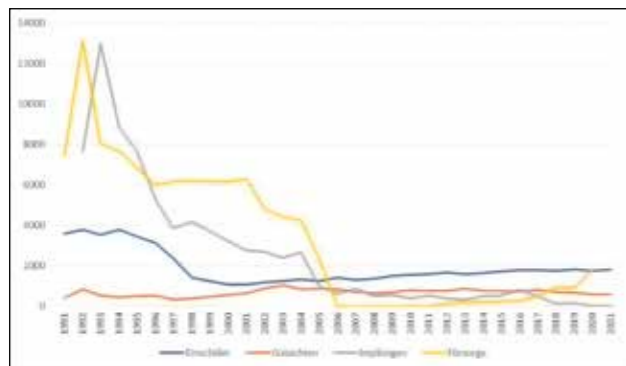


Abb. 4 Anzahl der Einschulungsuntersuchungen, Gutachten, Impfungen und Fürsorgeleistungen über den Zeitraum 1991–2021, Quelle: Eigene Erhebungen und Berichte in Form der Jahresberichte des KJGD, Gesundheitsamt Rostock

SCHULUNTERSUCHUNGEN

Waren 1991 noch mehr als 3.000 Schulanfänger/innen zu untersuchen, verringerte sie sich zehn Jahre später auf 1.063 (Abb. 5). Damals konnten die Anforderungen mit dem vorhandenen Personal gut abgedeckt werden. Von den 3.586 Einschulungsuntersuchungen des noch geburtenstarken Jahrgangs 1985/86 fanden 1.991 in erster Linie in den Kindergärten statt.

1993 UNTERSUCHTEN DIE TEAMS

- 3.513 Schulanfänger/innen
- 3.237 Jungen und Mädchen der 4. Klassen
- 1.398 Schulabgänger/innen
- 1.177 Kinder und Jugendliche in der Schulärztlichen Sprechstunde
- psychologische/kinderpsychiatrische Beratung erhielten 458 Kinder

Im weiteren Verlauf kam es wieder zu einem leichten, aber stetigen Anstieg der Schülerzahlen (um etwa zusätzlich 800 Kinder), was sich nicht nur bei den Einschüler/innen, sondern in den Folgejahren auch bei den höheren Klassen zeigte.

Durch gute organisatorische Arbeit war es trotz Engpässen in der personellen Ausstattung möglich, in den Folgejahren zunächst die Einschulungs- und Reihenuntersuchungen in den 4. und 8. Klassen sowie in den Förderschulen abzusichern, Impfangebote in den Schulen zu realisieren und die wöchentlichen Sprechstunden aufrecht zu erhalten.

In der Ferienzeit (Schließzeit der Schulen) untersuchten die Kolleginnen des KJGD Kinder der Altersklasse 4,5 bis 5,5 Jahre zum Beginn ihrer Vorschulzeit in ihren jeweiligen Kindergärten. Ziel war es, entwicklungsauffällige Kinder rechtzeitig zu identifizieren, sie einer entsprechenden Förderung zuzuführen, um somit den Übergang von der Kita in den Schulbereich günstig zu gestalten.

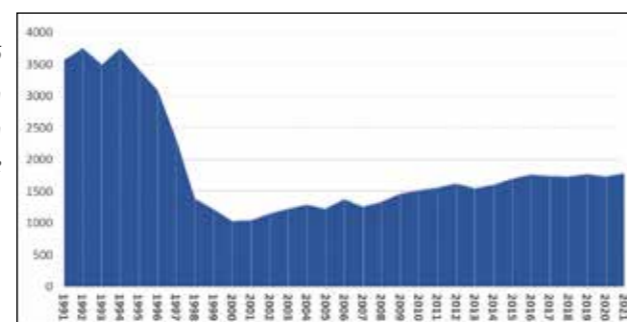


Abb. 5

Entwicklung der Zahlen der Einschulungsuntersuchungen 1991–2021, Quelle: Eigene Erhebungen und Berichte in Form der Jahresberichte des KJGD, Gesundheitsamt Rostock

IMPFUNGEN

Die Abteilung verabreichte 1992 etwa 12.500 Impfungen, einschließlich der Schluckimpfung gegen Poliomyelitis. Die Zahl der Impfungen, die zu Anfang der 90er-Jahre in erster Linie noch durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst realisiert wurden, nahm mit der Übernahme dieser Aufgabe durch die niedergelassenen Kinderärzte rapide ab (Abb. 6).

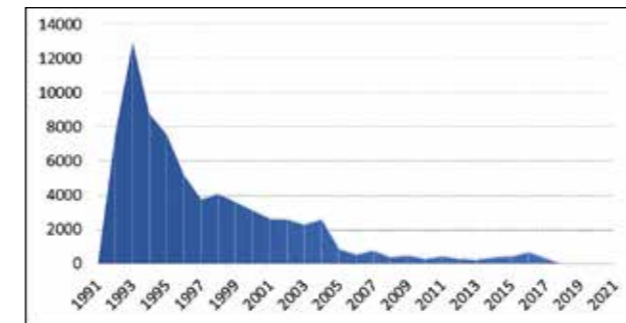


Abb.6 Anzahl der durch den KJGD verabreichten Impfungen in den Jahren 1991–2021, Quelle: Eigene Erhebungen und Berichte in Form der Jahresberichte des KJGD, Gesundheitsamt Rostock

Anfang des 21. Jahrhunderts konnten Impfangebote und Impfsprechstunden des KJGD in den Schulen noch regelmäßig angeboten werden. Im weiteren Verlauf war dies jedoch nur noch punktuell möglich und musste zu Gunsten anderer pflichtiger, zusätzlicher Aufgaben reduziert werden.

GUTACHTEN

Erstellte der KJGD 1991 noch 522 Amtsärztliche Gutachten für Eingliederungshilfen, Pflegegeld, Adoptionen, für das Versorgungs- und Arbeitsamt, 86 Gutachten (entsprechend des BSHG) für Unterbringungen in einem Internat der 11. Sonderschule und 129 Gutachten zur Aufnahme von Kindern in eine Sonderschule, waren 2008 schon 622 Anträge pro Jahr zu bearbeiten (Abb. 7).

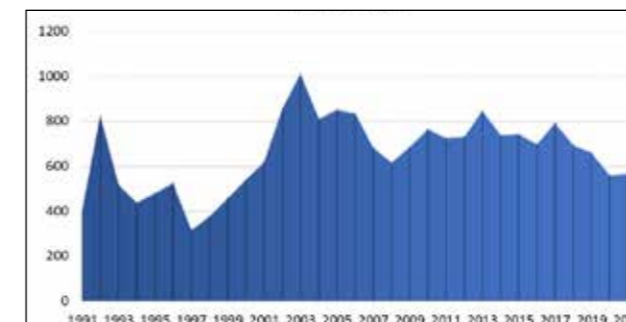


Abb. 7 Anzahl der durch den KJGD erstellten Amtsärztlichen Stellungnahmen 1991–2021, Quelle: Eigene Erhebungen und Berichte in Form der Jahresberichte des KJGD, Gesundheitsamt Rostock

Auch die Anforderungen für die Qualität der Amtsärztlichen Stellungnahmen nahmen zu. Der zeitliche Arbeitsaufwand erhöhte sich deutlich durch die Nutzung standardisierter Tests, umfangreicherer, dafür gesetzsicherer Schriftstücke, die Vorgaben durch das Bundesteilhabegesetz und den damit verbundenen erhöhten bürokratischen Aufwand.

Mit der Zunahme der Fördermöglichkeiten in den Kindereinrichtungen (integrative Kindertagesstätten) und der Etablierung von Frühförderstellen im Stadtgebiet von Rostock stieg Anfang des neuen Jahrhunderts auch die Anzahl der Anträge zur Begutachtung der Kinder, für die Eingliederungshilfen beantragt wurden. In der kinderpsychiatrischen Beratungsstelle wurden 1992 zusätzlich 873 Beratungen dokumentiert.

FÜRSORGERISCHE LEISTUNGEN

1991 wurden 7.391 fürsorgerische Beratungen (1992 sogar mehr als 12.000), darunter 2.099 ärztliche Untersuchungen sowie 2.647 Teilnehmer/innen an Mütter- und Elterntreffs registriert. In Ergänzung hierzu fanden Hospitationen, Elternabende und Gruppengespräche in Kindertagesstätten, Kinderpflegeeinrichtungen, Grund- und Sonderschulen statt.

Zum Zeitpunkt der Gründung des Gesundheitsamtes konnten die Mitarbeiterinnen der noch in allen Stadtteilen und Geburtskliniken vorhandenen Mütterberatungsstellen flächendeckend Beratungsangebote, häufig auch in Form von Hausbesuchen, anbieten. In den damals noch vorhandenen 12 Beratungsstellen betreuten 12 Fürsorgerinnen und zwei Ärztinnen nahezu lückenlos 3.561 Säuglinge und 6.163 Kleinkinder. In 2.885 Fällen wurden Hausbesuche durchgeführt. Das Einverständnis hierfür erhielten die Fürsorgerinnen bereits bei einem Besuch in der Entbindungsklinik. Nach ersten Beratungen über Stillen, Nabelpflege, Ernährungsprobleme, Hautpflege und Möglichkeiten von Staatlichen Fördermaßnahmen (Schwangerschafts- und Mutterschaftsunterstützung, Erziehungsgeld und Erziehungsurlaub) wurden die Eltern an das bestehende Vorsorgeprogramm der niedergelassenen Kinderärzte verwiesen. Ergänzt wurden die Angebote durch Vorträge und Gespräche im Rahmen von Müttertreffs mit den Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes.

Durch die sehr aktive Tätigkeit der Hebammen nach der Wende wurden diese Angebote zunehmend weniger genutzt und auf Grund politischer Vorgaben nach und nach alle Mütterberatungsstellen geschlossen. Die Stellen der Fürsorgerinnen wurden nicht wiederbesetzt. Erst in den letzten zehn Jahren rückte im Zusammenhang mit den Frühen Hilfen und Kinderschutzprogrammen die Notwendigkeit niedrigschwelliger Beratungsangebote wieder in den Fokus der kommunalen Gesundheitsvor- und Fürsorge. 2010 fielen dann schon 182 Hausbesuche bei versäumten Vorsorgeuntersuchungen an, bei denen in 44 Fällen die Vermittlung einer Familienhebamme erfolgte (Abb. 8).

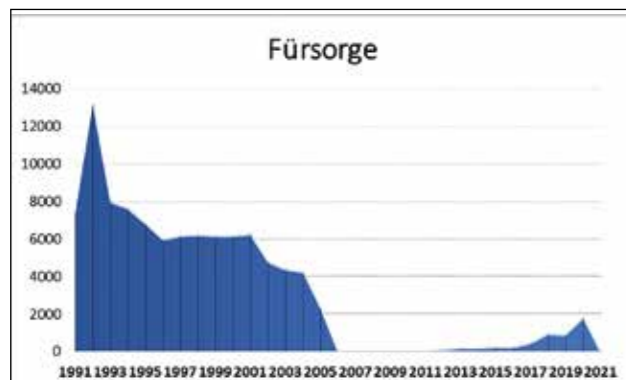


Abb. 8 Anzahl der fürsorgerischen Leistungen im Rahmen der Frühen Hilfen,
Quelle: Eigene Erhebungen und Berichte in Form der Jahresberichte des KJGD, Gesundheitsamt Rostock

Binnen kurzer Zeit stiegen die Nachfragen um das fast 20-fache an.

2018 standen noch neun Familienhebammen für die Vermittlung in hilfebedürftige Familien zur Verfügung. 752 versäumte Vorsorgeuntersuchungen mit der Notwendigkeit eines Hausbesuchs, 116 mehr als im Vorjahr, meldete das LAGUS. Die Mütterberatung zählte 191 Kontakte mit ratsuchenden Familien und lud zu Treffen im Rahmen einer Kleingruppenberatung ein.

Die Zahl der versäumten Vorsorgeuntersuchungen betrug 576. In der Mütter- und Väterberatung war der Bedarf mit 1.230 Kontakten auf das Fünffache im Vergleich zum Vorjahr gestiegen.

Da aktuell nur 1,75 Planstellen für diese sehr umfassende Tätigkeit (Hausbesuche, Beratung, Vermittlung von Hilfen, Netzwerkarbeit) bereitstehen, ist zu befürchten, dass in nächster Zeit eine große Zahl von Hilfesuchenden nicht bedacht werden kann.

8.6 AUSBLICK

Es lässt sich feststellen, dass viele sinnvolle Tätigkeiten und Aktionen im Sinne der Kinder und Jugendlichen sowie deren Familien aktuell nicht oder nicht ausreichend realisiert werden können.

Nach wie vor ist die präventive Arbeit der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste durch keine andere Maßnahme zu ersetzen. Es ist sehr wünschenswert, wieder Impfkationen, Informationsveranstaltungen in den Schulen und im Rahmen von Elternversammlungen in den Kindergärten anbieten zu können.

Die frühzeitige zusätzliche Förderung entwicklungsauffälliger Kinder sollte durch kürzere Bearbeitungszeiten eher einsetzen und somit bessere Voraussetzungen für den Übergang in die Schulzeit geschaffen werden.

Da das Modell der Inklusion behinderter Kinder gelebt werden soll, ist es notwendig, die Gegebenheiten für diese Kinder in den einzelnen Kindertagesstätten, Schulen und Horten zu kennen und vor Ort Einfluss durch Beratungen der Mitarbeitenden und Eltern zu nehmen. Das bedingt eine Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Einrichtungen.

Die steigenden Zahlen der Kontakte im Rahmen der Frühen Hilfen zeigen, dass erhebliche Unsicherheiten und Probleme bei Familien mit Säuglingen und Kleinkindern bestehen. Diesen muss durch Beratung und Zuwendung begegnet werden. Die aktuelle personelle Situation entspricht jedoch nicht den immer weiter steigenden Anforderungen, insbesondere bei der Betreuung der Familien mit Kleinstkindern.

Um einen guten Start ins Leben zu haben, ist hier eine engmaschige Begleitung der betroffenen Eltern mit ihren Kindern besonders wichtig. Insbesondere in diesem Bereich ist dringend eine Erweiterung des Personalpools notwendig.

Wünschenswert wäre, die Abteilung um eine kinderpsychologische Fachkraft oder einen Facharzt/ Fachärztin für Kinderpsychiatrie zu erweitern. Im Ergebnis der Erhebungen der schulärztlichen Untersuchungen zeichnet sich ab, dass ein erheblicher Anteil der Kinder und Jugendlichen bereits in psychiatrischer Behandlung ist oder sich Auffälligkeiten im psychosozialen Bereich zeigen.

Etwa 30 Prozent aller Kinder und Jugendlichen weisen auffällige, dementsprechende Befunde auf. Anfragen zu Amtsärztlichen Stellungnahmen im Rahmen von Hilfsangeboten für diese Kinder und Jugendlichen entsprechend der Möglichkeiten des SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) können aus fachlicher Sicht aktuell nicht bearbeitet werden. Sie müssen extern zu den spezialisierten Fachärzten verwiesen werden. Zeitliche Abläufe, die für eine schnelle Hilfe nötig wären, verlängern sich dadurch, so dass Familien zusätzlich belastet sind.

Derzeit ist zu befürchten, dass auf Grund des Mangels an ärztlichen Kolleg/innen in den Gesundheitsämtern und der weiteren Zunahme an Aufgaben, wichtige Maßnahmen nicht mehr in der Praxis umgesetzt werden können.

So werden in Mecklenburg-Vorpommern aktuell nicht alle Schüler/innen in den 8. Klassen untersucht. Zu bedenken ist, dass gerade diese Untersuchung einen wichtigen Stellenwert hat. Zu wenig Kinder und Jugendliche nehmen die Jugendvorsorgeuntersuchungen (J1 und J2), die durch die niedergelassenen Kinderärzte durchgeführt werden, in Anspruch. Das heißt, wenn keine ernsthaften Erkrankungen bestehen, ist eine Ganzkörperuntersuchung bestenfalls in der 4. Klasse erfolgt.

In Anbetracht der weiteren Schullaufbahn, der Überlegungen für die Berufswahl und mit dem Wissen um Pubertätsprobleme, Drogenkonsum (einschließlich Alkohol und Nikotin) ist gerade in diesem Alter das persönliche Gespräch, die körperliche Untersuchung und die daraus folgende Beratungstätigkeit als besonders wichtig anzusehen.

Da es immer schwieriger wird, gut ausgebildetes Fachpersonal für die Belange des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes einzustellen, muss darüber nachgedacht werden, wie Handlungsabläufe verändert werden und insbesondere der Beruf des Schularztes/der Schulärztin nicht nur in finanzieller Hinsicht attraktiver gestaltet werden kann. Es ist positiv anzumerken, dass im Öffentlichen Gesundheitsdienst familienfreundliche Arbeitszeiten mit der Möglichkeit der Gleitarbeitszeit existieren. Die Arbeit im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst mit den vielfältigen prophylaktischen Aufgaben ist ein interessanter und wichtiger Bestandteil im Bereich des Gesundheitssystems.

Quellen und Literatur (Auswahl)

Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg, Stand: Juli 2019

Homepage LIGA NRW

Fachreferat des LAGuS zu § 15b ÖGD-Gesetz 2009

Eigene Erhebungen und Berichte in Form der Jahresberichte des KJGD, Gesundheitsamt Rostock



9.

ZAHNÄRZTLICHER DIENST (ABTEILUNG VI)

KIRSTEN SCHRÖDER

9.

ZAHNÄRZTLICHER DIENST (ABTEILUNG VI)

KIRSTEN SCHRÖDER

Der Zahnärztliche Dienst erfüllt durch Rechtsvorschriften vorgegebene kommunale Pflichtaufgaben im Rahmen der Bundes- und Landesgesetzgebung.

GESETZLICHE GRUNDLAGEN SIND:

- Sozialgesetzbuch V, § 21
- Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst MV vom 19. Juli 1994, § 16ff (in der jeweils neuesten Fassung)
- Schulgesetz für das Land MV vom 13. Februar 2006
- Verordnung über kinder- und jugendärztliche sowie zahnärztliche Untersuchungen vom 10. Juli 1996 (Schulgesundheitspflegeverordnung)

PFLICHTAUFGABEN SIND:

- Durchführung flächendeckender zahnärztlicher Untersuchungen in Kita, Schulen und Behinderteneinrichtungen für die Altersgruppe der 2–18-Jährigen
- Umsetzung einer flächendeckenden Gruppenprophylaxe für alle Kinder vom 3. bis 12. Lebensjahr
- Erweiterung intensivprophylaktischer Maßnahmen für Kariesrisikogruppen bis zum 16. Lebensjahr
- Öffentlichkeitsarbeit im engen Zusammenwirken mit allen Multiplikatoren für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung
- Organisation und Mitwirkung in der KAJ Rostock
- Mitarbeit in der LAJ als Vorstandsmitglied
- Erarbeitung von zahnmedizinischen Stellungnahmen in Amtshilfe gemäß Bundessozialhilfegesetz, Asylbewerberleistungsgesetz, Heilfürsorgebestimmungen und Bundesbeihilfeverordnung
- Gesundheitsberichterstattung auf allen Ebenen

9.1 DIE EHEMALIGEN ERINNERN SICH

DR. MED. DENT. KERSTIN BUSCH (1991–2015) RÜCKBLICK AUF DIE TÄTIGKEIT ALS ZAHNÄRZTIN IM GESUNDHEITSAMT

Nach dem Studium der Zahnmedizin in Rostock war ich zu Beginn meines Arbeitslebens in der Kreispoliklinik Malchin angestellt. 1988 wechselte ich zur Bezirksjugendzahnklinik (BJZK) nach Rostock, die von OMR Dr. Becher geleitet wurde. Hier war ich in der „Abteilung für Prävention und medizinische Dokumentation“ mit der wissenschaftlichen Auswertung kieferorthopädischer Therapien und Prävention beauftragt.

Die Kinderzahnheilkunde bekleidete in der DDR als eigenständiges Fachgebiet einen hohen Stellenwert. Ausdruck dessen war die Schaffung einer Qualifizierungsmöglichkeit zum „Fachzahnarzt für Kinderstomatologie“ sowie die Aufnahme der Kinderzahnheilkunde in das Grundstudium der Zahnheilkunde an den Universitäten.

Die „Wendezeit“ an der BJZK erlebte ich als aufregende, ungewisse und von vielen Zweifeln getragene Phase. Sämtliche Strukturen gerieten auf den Prüfstand. Grundsätzlich erfolgte die kinderzahnärztliche Betreuung in der DDR nach dem sogenannten „BONNER SYSTEM“, heißt: Prävention, Untersuchung, Behandlung und Nachsorge waren vollverantwortlich in einer Hand. Die nun angestrebte Abwicklung der BJZK und Schaffung bundeseinheitlicher Strukturen bedeutete konkret: Übernahme des sogenannten „FRANKFURTER SYSTEMS“. Reihenuntersuchungen und Gruppenprophylaxe erfolgten durch Schulzahnärzte des ÖGD, Individualprophylaxe und Therapie jedoch von niedergelassenen Zahnärzten. Die 1989/90 eingeleitete bundesweite Regelung der präventiven Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Gruppenprophylaxe sollte den

neuen und alten Bundesländern eine gemeinsame Basis für die Weiterentwicklung der Kinderzahnheilkunde im vereinten Deutschland bieten. Mit der Neufassung des § 21 SGB V war die Idee zur bundesweiten Durchführung einheitlicher Präventionsmaßnahmen in Kita und Schulen zur Norm erhoben worden.

Ich hatte damals großes Glück, bereits in einer Präventionsabteilung unter Leitung von Dr. Günther Mönnich zu arbeiten. Sowohl OMR Dr. Becher als auch Dr. Mönnich haben mich in meinem Wunsch zur Bewerbung für die Kinder- und Jugendzahnärztliche Abteilung des neu zu gründenden Gesundheitsamtes bestärkt und sehr unterstützt. Mit großer Freude und Enthusiasmus konnte ich ab Mai 1991 von Beginn an am Aufbau dieser Abteilung unter Leitung von Dr. Mönnich beteiligt sein.

Dass parallel dazu die BJZK ums „Überleben“ kämpfte, war nicht unproblematisch, vor allem auch wegen der Zukunft vieler älterer Kollegen.

Unter Leitung von Dr. Mönnich, der nach dem Weggang von OMR Dr. Becher auch noch die „Abwicklung“ der BJZK übernahm, begannen nun im Gesundheitsamt fünf Zahnärzte in Teilzeit mit Zahnarzhelferinnen und drei Prophylaxefachkräften ihre Arbeit im gesamten Stadtgebiet, d. h. zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen aller Rostocker Kinder von drei bis 18 Jahren und Aufbau eines Präventionsprogramms. Dazu wurden die Räume der BJZK und weitere Außenstellen im Stadtgebiet als Anlaufstellen genutzt. Für uns alle, auch für Kinder und Eltern, Kita und Schulen, eine sehr aufregende Zeit des Lernens und vertraut Machens mit neuen Gegebenheiten, Gesetzen und Arbeitsbedingungen. Oft genug gab es völliges Unverständnis, warum wir „nur“ über die Notwendigkeit zur zahnärztlichen oder kieferorthopädischen Therapie informierten, Termine aber bei den niedergelassenen Zahnärzten zu machen waren. Gerade als alle Kolleginnen sich in ihr neues Aufgabengebiet eingearbeitet hatten, Strukturen und Verantwortlichkeiten geschaffen waren, überrollte das Gesundheitsamt eine Kündigungswelle. Diese Zeit habe ich als sehr schmerzlich empfunden. Kollegialität, Freude an der Arbeit und Freundschaften gingen verloren, eine Atmosphäre aus Neid, Angst und Schuldzuweisungen beherrschte das Arbeitsklima.

Wir, die wir das Glück hatten, bleiben zu dürfen, mussten erneut beginnen, die Arbeitsaufgaben und -bereiche zu verteilen, nun aber mit deutlich weniger Personal bei gleichbleibender Betreuungszahl. Im Gegenteil: Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 verlangte die Erhebung eines einheitlichen Zahnstatus (natürlich noch ohne digitale Hilfe) für alle Kinder und die Erarbeitung und Durchführung spezifischer Präventionsprogramme für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko bis 12 Jahre. Das wurde mit dem GKV – Gesundheitsstrukturgesetz von 2000 noch erweitert bis zum 16. Lebensjahr. Überhaupt stellte die Diskrepanz von gesetzlicher Aufgabenstellung mit Pflicht zur Flächendeckung und IST-Personalbestand eine stete Herausforderung und vor allem eine Belastung für alle dar. Bedingt auch durch die neue Personalsituation war unsere Abteilung in drei Sachgebiete (Mitte, Nordost und Nordwest) gegliedert und ich für den Bereich Nordost verantwortlich. Für den fachlichen und persönlichen Austausch sowie Weiterbildungen unterstützten uns die neu gegründete Landesstelle der ZÄ im ÖGD und die „Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege“ (LAJ) Schwerin. Rostock war hier federführend. Dr. Mönnich leitete die Landesstelle bis zum Ausscheiden und war auch Vorsitzender der Kreisarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (KAJ) als Mitglied der LAJ.

Die Fortbildungen an der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf brachten darüber hinaus immer Freude und Gewinn. Neben enormer Wissenserweiterung, gerade auch auf dem Gebiet des Gutachtenwesens, bot der „Blick über den Tellerrand“ die Möglichkeit der eigenen Standortbestimmung und Weiterentwicklung für unsere Abteilung.

Mit dem altersbedingten Ausscheiden von Dr. Günther Mönnich im Jahr 2000 wurde ich zur Vorsitzenden der KAJ gewählt. Dr. Brit Schremmer übernahm 2001 die Leitung der Abteilung.

Dass sie später umbenannt wurde in „Zahnärztliche Abteilung“ war nur folgerichtig. Haben wir doch nicht nur Kinder und Jugendliche mit Vorsorgeuntersuchungen, Fluoridierungen und Vermittlung von Wissen zu präventivem Handeln betreut, es galt daneben, zahnärztliche Stellungnahmen für verschiedene Träger zu erarbeiten und Öffentlichkeitsarbeit für alle Bevölkerungsgruppen zu leisten. Hier seien beispielhaft der

jährliche „Tag der Zahngesundheit“ sowie Weiterbildungen für Lehrer, Tagesmütter und Personal in Pflegeeinrichtungen genannt.

Mit dem Weggang von Dr. Brit Schremmer im Jahr 2011 habe ich die Leitung der Abteilung übernommen. Gemeinsam mit großer Unterstützung von Karin Marquardt als Verwaltungsleiterin des Amtes ist es uns gelungen, Arbeitsprozesse durch das Outsourcen der Instrumentenbearbeitung zu optimieren, um so noch effektiver zahnmedizinische Prävention betreiben zu können. Im Jahr 2015 bin ich aus gesundheitlichen Gründen aus dem Gesundheitsamt ausgeschieden. Zahnärztin Sabine Klimas übernahm die Abteilungsleitung.

Für mich ganz persönlich war eine konstruktive, freundliche und von gegenseitigem Respekt geprägte Arbeitsatmosphäre immer sehr wichtig. In der Rückschau betrachtet, war das für mich überwiegend und mit den meisten Kollegen möglich.

DIPL.-STOM. SABINE KLIMAS (1997–2017) RÜCKBLICK AUF MEINE TÄTIGKEIT IM GESUNDHEITSAMT

Von 1975 bis 1980 habe ich in Rostock Zahnmedizin studiert. Durch die Studienlenkung begann ich im Januar 1981 in der Poliklinik Wittenberge/Elbe meine Ausbildung zum Fachzahnarzt. Ich arbeitete in der Poliklinik und im Betriebsgesundheitswesen. Ende 1985 legte ich die Facharztprüfung für Allgemeine Stomatologie ab. Im Januar 1986 zog ich wegen des berufsbedingten Wechsels meines Mannes nach Güstrow und arbeitete auch hier in der Poliklinik.

Die Grenzöffnung und die Wendezeit erlebte ich im Mutterschutz nach der Geburt meines zweiten Sohnes. Im Mai 1990 begann ich in einer Außenstelle der Poliklinik zu arbeiten und konnte mir eine Selbständigkeit in eigener Praxis nicht vorstellen.

Im April 1991 jedoch musste ich in die Niederlassung starten. Das bedeutete den Besuch vieler Fortbildungen zu Abrechnungsfragen, Personal- und Praxisführung, Zahntechnik und Materialkunde und Medizinrecht. Mit vielen erbrachten Eigenleistungen bauten wir eine neue Praxis auf.

Da die Dienstbelastung meines Mannes als leitender Oberarzt der ITS in Güstrow mit häufigen Nacht- und Wochenenddiensten unverändert an-

hielt und die Anforderungen in meiner Praxis wegen des hohen Nachholbedarfs kaum steuerbar waren, verkaufte ich meine Praxis Ende 1995.

1997 begann ich meine Tätigkeit im Gesundheitsamt Rostock als Honorarkraft mit 60 Stunden im Monat. Von Dr. Mönnich wurde ich ausschließlich für die zahnärztlichen Untersuchungen im Stadtgebiet eingesetzt.

Im Jahr 2000 schied Zahnärztin Regina Piatkowski aus Altersgründen aus dem Gesundheitsamt aus. Ich bewarb mich auf die freiwerdende 20-Wochenstunden-Stelle und bekam den Zuschlag. Nunmehr wechselte ich in die Außenstelle im Nordwesten von Rostock in die „Rudolf Tarnow“-Grundschule. Hier stand mir die erfahrene Prophylaxeschwester Christa Fischer zur Seite. Die Betreuung von fünf Stadtteilen, vier davon im Kariesrisikogebiet, erforderte eine gute Organisation, einen straffen Zeitplan und vor allem einen guten Kontakt zu Lehrern, Erziehern und Eltern.

Neben den zahnärztlichen Untersuchungen etablierten wir verschiedene Prophylaxeprogramme mit Unterrichtsstunden, Fluoridierungen, gestalteten Tage der Zahngesundheit und führten Elternabende durch. Wir nahmen Kontakt zu Hebammen, Säuglingsschwestern und Mütterberatungsstellen auf. Dabei erlernte ich den Umgang mit Power Point und konnte so die Präsentationen anschaulicher gestalten. Besonders wichtig war es, gerade im Kariesrisikogebiet die Akzeptanz der Eltern zu erlangen und nachmittags in den Kitas Gespräche anzubieten.

Nach dem Ausscheiden von Dr. Brit Schremmer 2011 übernahm Dr. Kerstin Busch die Abteilungsleitung. Es begann eine Zeit der konstruktiven, teamorientierten und sehr kollegialen Zusammenarbeit. Mit jetzt nur noch zwei zahnärztlichen Kollegen mussten Gutachten, die Arbeit in der Kreisarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, die Tage der Zahngesundheit und die Weiterentwicklung der Prophylaxeprogramme koordiniert werden. Das gelang nur im guten Miteinander aller Mitarbeitenden der Abteilung, Einbringen eigener Ideen und Übernahme von Verantwortung durch die zahnärztlichen Helferinnen und Prophylaxeschwestern.

Meine Mitarbeit im Vorstand der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (LAJ) erforderte einen nicht unerheblichen Zeitaufwand durch

aufwendige Vorbereitung, fundierte Statistikkenntnisse und Argumentation vor den Krankenkassen. Bis zu meinem Ausscheiden setzte ich mich vehement im Vorstand der LAJ und im Amt für Jugend und Soziales für die Aufnahme der Pflicht zum täglichen Zähneputzen in Kita in das Kindertagesstättenförderungsgesetz ein.

Durch die Erkrankung von Dr. Kerstin Busch ab 2013 musste ich die Aufgaben der Abteilungsleitung zusätzlich übernehmen. Das war für mich eine herausfordernde Zeit, insbesondere wegen meiner Halbtagsstätigkeit. Sehr hilfreich war, dass Dr. Markus Schwarz mir gestattete, meine Arbeitszeit flexibel zu gestalten und Überstunden ganz nach den Erfordernissen zu leisten. Hilfe und kollegiale Unterstützung bekam ich auch von Schwester Katrin Liebscher und Kirsten Schröder, die 2012 als zahnärztliche Kollegin in die Abteilung kam.

2015 übernahm ich die Leitung der Abteilung. In dieser Position war es für mich von äußerster Wichtigkeit, ein kollegiales Team an meiner Seite zu haben, dass das Wohl der Kinder in den Mittelpunkt seiner Tätigkeit stellt, freundlich auf diese zugeht und immer neue Ideen einbringt. Eine Herausforderung waren die Umzüge der Außenstellen. Die Zuarbeit für den ersten wissenschaftlich begleiteten Gesundheitsbericht des Gesundheitsamtes war aufwendig und zeitintensiv.

Die Leitung dieses motivierten Teams hat mir viel Freude gemacht. Die körperliche Belastung durch die zahnärztlichen Untersuchungen und mein täglicher Arbeitsweg von 100 km ließen in mir jedoch den Entschluss reifen, vorzeitig in Ruhestand zu gehen (Abb. 1). Ende September 2017 beendete ich meine Tätigkeit im Gesundheitsamt.



Abb. 1 ZÄD, Foto: Dorit Metz

9.2 AUFGABEN DES ZAHNÄRZTLICHEN DIENSTES

Die Abteilungsleitung initiiert, koordiniert und organisiert die Aufgaben der Abteilung mit zwei Außenstellen, eine im Nordosten und eine im Nordwesten.

Nach jährlicher statistischer Auswertung des Schuljahres erfolgen die Priorisierungen, wer wann, welche Gebiete und Schularten aufsucht, wo intensive Gruppenprophylaxe oder/und Unterricht notwendig sind.

Es gilt, in Umsetzung der Gruppenprophylaxe möglichst viele „Impulse“ in den entsprechenden Einrichtungen zu setzen, damit die Kinder und Jugendlichen oft und wiederholend innerhalb eines Schuljahres erreicht werden.

Wir untersuchen gegenwärtig in 76 Kindertagesstätten, sechs Förderschulen, 28 Grundschulen und 26 weiterführenden Schulen, darüber hinaus Kleingruppen von Tagesmüttern, Heilpädagogische Tagesgruppen in speziellen Einrichtungen, Wohngruppen mit nicht schulfähigen und betreuten Kindern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Rostock.

Bevor die Untersuchungen erfolgen können, sind zu Beginn des Schuljahres alle Schul- und Kitlisten anzufordern und in das entsprechende Computersystem einzugeben, was einen hohen organisatorischen und zeitlichen Aufwand erfordert. Ebenfalls sind nach der Terminierung die Einrichtungen mit den Aufklärungszetteln für jedes Elternhaus zu beliefern. Der Postweg, auf dem dies geschieht, ist zeitlich immer mit einzukalkulieren.

Dasselbe gilt auch für die Fluoridierungen und das Anfärben von Zahnbelägen, was wir ausschließlich nur bei vorliegendem Einverständnis der Eltern durchführen. Bei größeren Veranstaltungen, wie

z. B. „Tag der Zahngesundheit“ oder Stadt- und Kitafesten kommen organisatorisch zusätzlich das Einholen von Foto- und Veröffentlichungserlaubnissen hinzu.

Die Prophylaxeassistentinnen gehen täglich vormittags in die Kindertageseinrichtungen. Dort erreichen sie im Durchschnitt drei bis vier Gruppen mit einer kleinen altersentsprechenden theoretischen Lerneinheit sowie mit praktischen Zahnputzübungen nach der KAI Methode (Kau-, Innen-, Außenflächen-Zahnputzmethode). Die Vollzeitkräfte suchen an den Nachmittagen die Horte der Stadt zum Zahnputztraining mit den Schüler/innen auf. Zusätzlich bieten wir allen Schulen 45 Minuten Unterrichtsgestaltung an. Während dieser Unterrichtseinheiten erfolgen immer auch praktische Zahnputzübungen.

Im laufenden Schuljahr finden ebenfalls regelmäßige Veranstaltungen mit Eltern und Fortbildungen für Erzieher/innen und Tagesmütter sowie in den beiden Rostocker Asylunterkünften statt. Bisher wurde auch der zahnärztliche Unterricht in der Hebammenausbildung der „Alexander Schmorell“- Schule durchgeführt, der aktuell von der Universität übernommen wurde, da die Ausbildung eine universitäre geworden ist. In diesem Semester absolvieren die Studierenden im 2. Fachsemester der Zahnmedizin im Rahmen der Berufsfelderkundung ein Praktikum im ZÄD und eine von uns gehaltene Vorlesung über das Berufsfeld „Zahnarzt im ÖGD“. Im kommenden Semester hält der ZÄD eine Vorlesung im 10. Fachsemester Zahnmedizin im Rahmen der Berufskunde „§ 21 SGB V – Gruppenprophylaxe und ZÄD im ÖGD“ an der Universität Rostock. Mit dieser Initiative soll der Aufgabenbereich des ZÄD bekannter werden.

Zahnärztinnen und Prophylaxeassistentinnen sowie die fortgebildeten Helferinnen teilen die Fluoridierungen in den ausgewählten Einrichtungen so auf, dass wir in Rostock jährlich zwei Fluoridimpulse setzen können, was uns allen sehr am Herzen liegt, da sie als eine Säule der Gruppenprophylaxe einen hohen Evidenzgrad haben. Ebenfalls werden an entsprechend ausgewählten Schulen spezielle wöchentliche Putzimpulse umgesetzt.

Unterstützt werden wir durch niedergelassene Kolleg/innen und die Universität Rostock als Partnerin. Konkret betreut die zahnärztliche konservierende Abteilung eine Schule der Stadt Rostock mit Fluoridierungen und zahnärztlichen Untersuchungen. Hier wird u. a. Student/innen die Möglichkeit zur

Untersuchungen gegeben, um die Arbeit im Rahmen der Gruppenprophylaxe des ÖGD kennenzulernen. Die Zusammenarbeit geschieht im Rahmen der Kreisarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege Rostock.

Jedem Kind stehen im laufenden Schuljahr entsprechend der Gruppenprophylaxe zwei Zahnbürsten zu. Diese, sowie Zahncreme, Fluorid- und Aufklärungsmaterial, finanzieren die Krankenkassen, wobei ein Teil des Materials für Fluoridierungen sowie öffentliche Veranstaltungen auch aus kommunalen Mitteln finanziell unterstützt wird. Alle Einschüler/innen erhalten ein Zahnpflegebegünstigungspaket, für das die LAJ die Kosten trägt. Die Intensivprophylaxe in der Stadt Rostock wird über die LAJ als Projekt finanziert, teilweise auch die Personalkosten der beiden Prophylaxeassistentinnen. Es betrifft insgesamt 29 Wochenstunden. Intensivprophylaxe bedeutet, dass zusätzliche Impulse, ergänzend zu den beiden Basisimpulsen durch den ÖGD, in ausgewählten Einrichtungen vorgenommen werden. Hier werden z. Zt. in Rostock vier Förderschulen, drei Grundschulen, zwei weiterführende Schulen und drei Kindertagesstätten betreut und seit 2022 zusätzlich einige Krippen.

In jeder Außenstelle sind jeweils eine Zahnärztin mit Helferin und eine Prophylaxeassistentin beschäftigt. Hier finden die zahnärztlichen Untersuchungen in den umliegenden Gebieten entsprechend der Priorisierungen statt. Die Außenstellen sind jeweils mit Zahnputzstrecken und einer zahnärztlichen Einheit ausgestattet. Kindergruppen werden dorthin eingeladen, um Zahnputztrainings durchzuführen, die sehr gern von den Erzieher/innen angenommen werden. Zur zusätzlichen Motivation werden die Zahnbeläge angefärbt, die dann im „Kariestunnel“ leuchten. Die zahnärztliche Einheit dient ebenfalls dem Kennenlernen eines Zahnarztbesuches. Für einige Kinder sind dies ihre ersten zahnärztlichen Erfahrungen. Kinder, deren erste Erfahrung mit Angst und Schmerz verbunden war, haben so eine gute Möglichkeit, diese im Schutz der Gruppe abzubauen.

In den Räumen der Abteilung in der Paulstraße befindet sich ebenfalls eine zahnärztliche Einheit, die darüber hinaus auch für Begutachtungen im Rahmen zahnärztlicher Stellungnahmen genutzt wird. Die Zahnärztliche Abteilung arbeitete viele Jahre im Arbeitskreis Ernährung der Arbeitsgemeinschaft Kommunale Gesundheitsförderung mit und wirkt aktuell in der Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz der Stadt Rostock.

MAIKE SCHULZ TÄTIGKEIT ALS ZAHNMEDIZINISCHE PROPHYLAXEASSISTENTIN

Nach 15 Jahren Tätigkeit in der Zahnarztpraxis begann ich im Frühjahr 2019 meinen Dienst in der Zahnärztlichen Abteilung des Gesundheitsamtes der Hanse- und Universitätsstadt Rostock und war sehr motiviert in Anbetracht des neuen Aufgabenfeldes. Die Qualifikation der Zahnmedizinischen Prophylaxeassistentin erwarb ich vor 13 Jahren erfolgreich und arbeitete fast ausschließlich in der Individualprophylaxe, die sich in der Umsetzung doch deutlich von der Gruppenprophylaxe unterscheidet. Anfänglich war die Lautstärke in den Schulen, Horten und Kindergärten sowie die kurze Aufmerksamkeitsspanne mancher Kinder in einer Gruppe eine Herausforderung, an der ich gewachsen bin. Ich war sehr froh, in meiner Anfangszeit, meine erfahrenen Kolleg/innen an meiner Seite zu wissen und von ihnen und ihrem umfangreichen Wissen zu lernen. Für mich ist es auch heute noch ein spannender und abwechslungsreicher Beruf zu dem ich täglich mit Freude gehe.

Die Außendiensttätigkeit erfordert eine hohe Einsatzbereitschaft, zumal wir die notwendigen Arbeitsmaterialien selber transportieren.

Man benötigt Durchsetzungsvermögen sowie gute Kommunikations- und Organisationsfähigkeiten. Die optimierte Planung der Untersuchungen (Terminierung und rechtzeitig alle erforderlichen Unterlagen entsprechend Datenschutz der Schule zur Verfügung zu stellen, damit diese dann die Elterninformation übernehmen) gelingt Dank langjährig erfahrender Mitarbeiterinnen sehr gut. Doch die tägliche Arbeit gestaltet sich oft ganz anders als geplant.

Personalmangel, Krankheitsausfälle, Raummangel, aufgeteilte Schüler/innen, zusammengelegte Gruppen, Kinder in Förderstunden, Deutsch als Zweitsprache und vieles mehr erfordern tägliche Neuorientierung und entsprechend angepasstes Handeln.

Die gruppenprophylaktische Tätigkeit muss stets neu an die sich ständig ändernden Bedingungen angepasst werden. Die fortschreitende Individualisierung der Gesellschaft ist Herausforderung für unsere Arbeit, die auch zunehmend

„binnendifferenziert“ erfolgt, d. h., sich auf Kinder mit sehr unterschiedlichen Fähigkeiten einstellen zu müssen. Inzwischen befinden sich in der Betreuung in einer Gruppe drei- bis sechsjährige Kinder. Das erfordert eine flexible Herangehensweise beim Einbringen unserer Konzepte. Die Umsetzung der Inklusion in den Einrichtungen stellte uns vor die Frage „Wie erreichen wir zukünftig Kariesrisikokinder ohne Stigmatisierung?“. Die Segregationsstudie von 2018 hat für Rostock aufgezeigt, dass es klare Problemfelder in bestimmten sozialen Räumen gibt – eine weitere zunehmende Hürde in der Entwicklung unserer Arbeit. Die fortschreitende Digitalisierung erfordert eine Anpassung unserer Konzepte der Gruppenprophylaxe.

Leider sind die räumlichen Ausstattungen der sanitären Anlagen in den Einrichtungen über viele Jahre kaum im Sinne der gruppenprophylaktischen Tätigkeit gestaltet worden, obwohl es sich früher bewährt hatte (Abb. 2 und 3). Trotz wiederholten Hinweisen auf den verschiedensten Ebenen wurde dies selbst bei Neubauten in Rostock selten berücksichtigt, und gerade in jetzigen Zeiten der Pandemie erschwert es unsere Arbeit enorm.



Abb. 2 und 3 In der Kita,
Fotos: Katrin Liebscher

Nach 30 Jahren begegnen uns immer noch Ausbilder/innen, die den Wert unserer Arbeit nicht sehen können und schon gar nicht wertschätzen. Hier bedürfte es, die Zahn- und Mundgesundheit verstärkt in den Ausbildungen zu thematisieren sowie für mehr eigenes Gesundheitsbewusstsein zu motivieren und es den Kindern im täglichen Umgang zu vermitteln.

Mit Ausbilder/innen, die dies verinnerlicht haben, gelingt unsere Zusammenarbeit zum Wohl der Kinder und Jugendlichen sehr gut, und das über Jahre. Mit ihnen finden sich immer Wege und Lösungen. Doch sehen wir hier noch viel Potential, gerade unter den jungen Erzieher/innen.

Die Voraussetzungen für die Durchführung größerer öffentlicher Veranstaltungen erlebe ich als sehr verbesserungswürdig. Dieses habe ich in Hamburg deutlich optimierter kennenlernen dürfen. Ich kann nur sagen, wäre unsere Motivation in der Abteilung im Sinne unserer Arbeit für die Kinder und Jugendlichen nicht so hoch, würden wir unter den bestehenden Bedingungen nicht mitwirken wollen. Hier fehlt eindeutig die Wertschätzung unserer Arbeit seitens der Stadt.

9.3 DIE EINBINDUNG DER ABTEILUNG IN DIE TÄTIGKEIT DER ARBEITSGEMEINSCHAFTEN

LANDESARBEITSGEMEINSCHAFT JUGENDZAHNPFLEGE MV (LAJ)

Ab Mai 1991 erarbeiteten Dr. Günther Mönnich, erster Leiter der Zahnärztlichen Abteilung des neu gegründeten Gesundheitsamtes und Dr. Drückler vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Schwerin gemeinsam mit dem AOK-Landesverband Schleswig-Holstein die Satzung für eine LAJ MV, die dann am 8. April 1992 gegründet wurde.

Damals wie heute ist Rostock durch Thomas Deiters, stellvertretender Geschäftsführer des Städte- und Gemeindetages, in der Mitgliederversammlung vertreten. Im Landesvorstand der LAJ arbeiteten Sabine Klimas und später Kirsten Schröder vom ZÄD Rostock für den Städte- und Gemeindegtag mit.

LAJ PROJEKT „GESUNDE ZÄHNE EIN LEBEN LANG“

Das Intensivprophylaxeprojekt besteht seit 18 Jahren. Es ermöglicht zusätzliche Betreuungsimpulse, insbesondere in Risikoeinrichtungen. Die fachliche Aufsicht erfolgt durch die Zahnärzt/innen des ÖGD in den jeweiligen Kommunen. Es gelingt

eine gute Einbindung in die Obliegenheiten des Zahnärztlichen Dienstes. Die Verteilung der Impulse wird optimiert mit der bereits bestehenden Basisprophylaxe, die durch den ÖGD abgedeckt und abgestimmt wird. Um den Prozess der Qualitätssicherung voranzutreiben, erfolgten in den Jahren 2012 und 2019 Evaluationen des Programmes auf Landesebene. Diese zeigten u. a., wie ökonomisch sinnvoll Kariespräventionsarbeit ist, zumal Karies lebenslange Schäden und damit fortlaufende Kosten verursacht. Laut den Ausführungen von Prof. Dr. Christian Splieth (Universität Greifswald) wurden jährliche Einsparungen von mehr als 1 Mio. Euro für nicht notwendige Füllungen bei Kindern und Jugendlichen belegt. Mit dem Programm konnte die Schwerpunktsetzung auf Risikoeinrichtungen mit hohen Karieswerten ausgebaut werden. Seitdem finden mehr wissenschaftlich wirksam evaluierte Maßnahmen wie Fluoridierungen und praktische Mundhygieneimpulse statt.

2012 folgte die Verabschiedung eines ECC-Konzeptes durch die LAJ MV als Grundlage, um auch im Milchgebiss bei der Kariesprävention erfolgreicher zu werden. Die Karieswerte bei den Erstklässlern waren in den letzten Jahren kaum gesunken. Karies tritt häufig schon vor der Aufnahme in den Kindergarten mit drei Jahren auf.

Mit dem wachsenden Bewusstsein für frühkindliche Karies wurde den Kommunen angeboten, die bestehenden Stellen über 25 Wochenstunden um vier Stunden pro Woche aufzustocken, um gezielt Prävention für die Kleinsten anzubieten.

2019 verabschiedete die LAJ Empfehlungen zur Prophylaxe bei Kindern unter drei Jahren.

KREISARBEITSGEMEINSCHAFT ZUR FÖRDERUNG DER JUGENDZAHNPFLEGE ROSTOCK

1992 erfolgte in Rostock in organisatorischer Verantwortung des Gesundheitsamtes die Gründung der KAG. Den Vorsitz hatten lange Zeit die Abteilungsleiterinnen des Zahnärztlichen Dienstes Dr. Kerstin Busch und in der Folge Sabine Klimas und Kirsten Schröder inne. Mitarbeit und Unterstützung erhielten wir von den Krankenkassen, niedergelassenen Kolleg/innen und der Universität Rostock sowie durch jährliche Spenden von der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie e. V..

In diesem Rahmen erfolgt jedes Jahr eine Auswertung in Form eines Arbeitsberichtes und die Aufstellung eines Haushaltsplanes und Abschlusses.

In Rostock sind jährlich über 25.000 Kinder und Jugendliche zu untersuchen. Abgesehen von den durch die Pandemie beeinflussten Jahren, konnten wir immer über 50 % der Untersuchungen realisieren, in den Jahren 2012/13 und 2016/17 sogar über 60 %, da konstant drei Zahnärztinnen tätig waren.

Es ist als großer Erfolg zu werten, dass Rostock das Mundgesundheitsziel der Gruppenprophylaxe, bis 2020 80 % der Kinder und Jugendlichen mit dieser Maßnahme zu erreichen, nur knapp (79 %) verpasste und auch im Pandemiejahr über 50 % der Kinder und Jugendlichen gruppenprophylaktisch erreicht hat, sogar mit fünf Impulsen.

9.4 ÖFFENTLICHKEITSARBEIT – SONDERAUFGABEN, VERANSTALTUNGEN

Es besteht das landesweite Projekt „Kita mit Biss“, ein Programm der LAJ MV zur Vermeidung frühkindlicher Karies.

HIER VERPFLICHTEN SICH EINRICHTUNGEN:

- täglich mit den Kindern das Zähneputzen zu üben
- zur Durchführung von zuckerfreien Vormittagen, von gesundem Frühstück
- zu kauintensiven Obst- und Gemüsezwischenmahlzeiten und
- zum Angebot von ungesüßten Getränken sowie
- zum frühen Abstellen von Lutschgewohnheiten, insbesondere keine Verwendung von Nuckelflaschen und Trinklernegefäßen, sobald die Kinder aus einer Tasse/Glas trinken können

Dabei sensibilisieren Erzieher/innen die Eltern und bitten diese um Unterstützung. Dieses Projekt startete am 1. November 2014 in 17 Einrichtungen im Land. Die Laufzeit beträgt jeweils zwei Jahre, in denen eine intensive Unterstützung des ZÄD des ÖGD erfolgt und die Versorgung mit Zahnputzmitteln, finanziert von der LAJ. Rostock ist von Beginn an dabei und betreute in diesem Rahmen bisher vier Kitas, die weiterhin die vermittelten Handlungsleitlinien in ihren Einrichtungen umsetzen. Ab 2021 Jahr konnten wir sogar zwei Kitas in der Stadt für die beiden kommenden Jahre gewinnen und die LAJ überzeugen, die Finanzierung zu tragen.

Die von der KAG zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel ermöglichten uns außerdem, viele eigene Flyer zu erstellen, die uns bei unserer Arbeit unterstützen. So u. a. in Zusammenarbeit mit Frau Prof. Dr. Franka Stahl von der Kieferorthopädischen Abteilung der Universität Rostock der „Schnuller- Flyer“ (Abb. 4-6).



Abb. 4, 5 und 6 Flyer Schnuller – ein Begleiter auf Zeit, Quelle: ZÄD

Über die LAJ MV wird jährlich ein Kalender herausgegeben, der von und für Einrichtungen aus dem Land gestaltet und vom Klatschmohn Verlag GmbH verlegt wird. Hieran war die Stadt Rostock in den letzten Jahren viermal beteiligt. Auch haben wir zusammen mit unserer KAG ein kleines Büchlein mit Kinderzeichnungen und Sprüchen der Kinder, die uns im Arbeitsalltag begegneten, gestaltet und herausgegeben.

Seit 30 Jahren wird regelmäßig der „Tag der Zahngesundheit“ gestaltet (Abb. 7).



Abb. 7 Plakat zum Tag der Zahngesundheit,
Foto: Susann Glandien

Er stand jährlich bundesweit unter dem Motto „Gesund beginnt im Mund“ und aus einem wechselnden Zusatzthema. In diesem Jahr wurde er in Rostock mit einer Jubiläumsveranstaltung in der gleichen Kita wie vor 30 Jahren gefeiert. Verschiedene Beiträge hierüber erschienen in der Zeitschrift „dens“.

Im Jubiläumsjahr der Rostocker Universität 2019 richteten wir diesen Tag gemeinsam aus, u. a. mit einer Vorlesungsveranstaltung für sechste Klassen der Christophorusschule Rostock. Ein besonderer Höhepunkt war hierbei der Auftritt des Theaters „Freigeister“. Der Leiter, Christof Lange, kreierte hierfür eigens ein Stück, in dem es um Zahngesundheit und Motivation zur Zahnpflege ging.

Weitere Höhepunkte waren im Gründungsjahr 1991 eine Talkrunde mit dem deutschen Fernsehfunke zum Anliegen dieses Tages, an der der damalige Amtsleiter, Dr. Dr. Herbert Vorpahl, ebenfalls Zahnarzt, teilnahm. 1993 erfolgte der Tag mit einer Fernsehaufzeichnung in der Sendung „Visite“, 1997 mit Mundspülbrunneneinweihung in einer Rostocker Schule, 2003 mit der Auftaktveranstaltung des Landes MV im Rostocker Freizeitzentrum, 2005 mit einem großen Malwettbewerb „Zeigt Eure Zähne“, 2007 mit einer Hip-Hop-Veranstaltung mehrerer Schulen mit selbstgedichteten Raps zum Thema Zähne und Zahnpflege. 2011 war das Krokomobil in Rostock, und auch in den anderen Jahren begleiteten uns u. a. die Kinderliedbühne und das Theater von Susanne Zinnecker.

2006 wurde der langjährige Leiter des Zahnärztlichen Dienstes, Dr. Günther Mönnich, mit der Ehrennadel in Bronze für sein Lebenswerk geehrt.

Unsere Abteilung beteiligte sich jedes Jahr an der Ausrichtung des Weltkindertages, der im letzten Jahr im IGA Park stattfand, davor viele Jahre am Universitätsplatz, oft gemeinsam mit weiteren Abteilungen des Gesundheitsamtes (Abb. 8 und 9).



Abb. 8 und 9 Weltkindertag auf dem Rostocker Universitätsplatz, Fotos: Susann Glandien

Unter Leitung der Koordinatorin für Gesundheitsförderung erreichten wir hunderte Kinder und Jugendliche an Bewegungstagen, u. a. in der Sporthalle Marienehe. Eingebunden waren wir auch zum „Tag der offenen Tür“ des Gesundheitsamtes anlässlich der 800-Jahr-Feier der Hanse- und Universitätsstadt Rostock, darüber hinaus in Veranstaltungen für Senior/innen und Bürger/innen im Rathaus und in Stadtteilbegegnungszentren. Es erschienen regelmäßig Kurzbeiträge zur Aufklärung über zahnärztliche Themen im „Wribbel“ und in der Stadtteilzeitung „Der Dierkower“.

2018 begleitete Rostocks Sozialsenator zusammen mit dem NDR den ZÄD bei der Arbeit in einer Kita. Es war auch das Jahr, in dem Zähneputzen in Kita mit der Aufnahme in das Kindertagesförderungsgesetz (KiföG) zur Pflicht wurde.

Im Jahr 2019 war es uns möglich, zusammen mit der Universität Rostock, insbesondere mit Prof. Dr. Franka Stahl, eine Spende über 10.000 Euro von der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie e. V. für ein von uns vorgeschlagenes Projekt „Gemeinsam für gesunde Kinderzähne – von Anfang an“ zu erhalten.

Dabei handelte es sich um die umfassende Aufklärung junger Eltern rund um das Thema Zahngesundheit in der Schwangerschaft und im Kleinkindalter. Wir nutzen die vorhandenen Kooperationen mit dem „Netzwerk Frühen Hilfen“, insbesondere mit den Familienhebammen des Gesundheitsamtes und dem bestehenden Babybegrüßungsdienst der Stadt Rostock über den Verein Charisma e. V. Damit erreichen und erreichen wir aktuell viele Familien mit Neugeborenen. Schwerpunkt ist, ein großes Augenmerk auf sozial schwächer gestellte Eltern zu legen, ohne diese zu stigmatisieren.

Dazu starteten wir an vielen Orten in der Stadt eine Plakataktion (Abb. 10 und 11).

Die häufigen persönlichen Beratungen bewirkten Verhaltensänderungen in den beteiligten Familien. So kam und kommt das Projekt den Kleinsten und Schwächsten in unserer Gesellschaft zugute.



Abb. 10 und 11
Plakataktion im Schuljahr
2020/2021,
Fotos: Susann Glandien

Ebenfalls war es möglich, über das Spendengeld alle Kitas der Stadt Rostock und einige Sportstätten mit Zahnrettungsboxen auszustatten.

Das Gesundheitsamt Rostock beteiligte sich immer an den jeweils laufenden Mundgesundheitsstudien: 2000, 2004 und 2009 an den Piperstudien und 2017 an der Studie der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.

2015 wurde im Gesundheitsamt ein Gesundheitsbericht erstellt. Aufgrund der exzellenten gesetzlichen Grundstruktur für den ÖGD und der Landesberichterstattung über die gruppenprophylaktischen Impulse liegen schon seit der Wiedervereinigung Untersuchungsdaten vor, die in den Bericht einfließen konnten.

9.5 KRITISCHE REFLEXION DER AUFGABEN DES KINDER- UND JUGENDZAHNÄRZTLICHEN DIENSTES

Unsere eigentliche Arbeit halte ich für sehr sinnhaft. Präventiv tätig zu sein, ist etwas sehr Wertvolles. Ich betrachte es als Geschenk. Schon im frühen Kindesalter mit unserer Arbeit anzusetzen, damit so wenig wie möglich gesundheitliche Folgen entstehen, vor allem so viele Kinder und Jugendliche aus den unterschiedlichsten sozialen Schichten zu erreichen, ihnen Chancengleichheit zu ermöglichen und ihnen Alltags- und Basiskompetenzen sowie (Zahn-) Gesundheitsbewusstsein zu vermitteln, empfinde ich als sehr bereichernd.

Gelder der Krankenkassen bzw. ihrer Mitglieder sehe ich hier sinnvoll, effektiv und wirtschaftlich eingesetzt. Wir haben die Möglichkeit, Krankheit (Karies) zu verhindern, und zugleich stimmt in unserer Tätigkeit das Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen. Viele Jahre der Gruppenprophylaxe zeigen deutschlandweit ihren Erfolg.

Über die Ritualisierung in den Gruppen wird die Zahnpflege für alle teilnehmenden Kinder und Jugendlichen zu einer sozialen Norm, die sich ein Leben lang auf ihr Verhalten auswirken wird. Für alle bedeutet es eine Chance, zahngesund aufzuwachsen, ebenso Folgekosten und Abhängigkeiten zu vermeiden. Jede Form unserer Arbeit dient der (Mund-)Gesundheitsförderung. Eine gesunde Mundhöhle ist immer eine bessere Immunbarriere als eine kranke und trägt somit auch zur Allgemeingesundheit bei. Kauen, Sprechen, Lachen, körperliche und seelische Entwicklung hängen wesentlich auch von gesunden Zähnen ab.

Gerade im ÖGD hat Prävention, ausgehend von der sozialmedizinischen Tradition, einen hohen Stellenwert.

Schaut man in die Historie, zeigt sich, warum der ZÄD notwendig wurde, wie sich gerade Sozialmediziner für die Etablierung einsetzten. Und die aktuelle Herausforderung der Pandemie, gerade in Rostock mit seinem hohen Segregationsgrad, weist den Weg, den Bedarf für die Zukunft.

Am 2. Mai 1991 nahm im Hause der Jugendzahnklinik Rostock in der St.-Georg-Straße 100 die Zahnärztliche Abteilung des Rostocker Gesundheitsamtes ihre Tätigkeit auf.

Die Jugendzahnpflege in der ehemaligen DDR wurde nach dem „Bonner System“ von Kantorowics gehandhabt, d. h. in der Einheit von Prophylaxe, Reihenuntersuchungen und Therapie.

Rund ein Fünftel aller Zahnärzt/innen haben als speziell weitergebildete Kinderstomatolog/innen diese komplexe kinderzahnärztliche Betreuung nahezu flächendeckend getragen. Viele Kolleg/innen setzten sich damals für den Erhalt dieses erfolgreichen Systems in den neuen Bundesländern ein. Sie schrieben an die Zahnärztekammer und den Freien Verband der Zahnärzte. Ohne Erfolg. Das System der alten Bundesländer wurde umgesetzt. So kam es, dass am 30. Juni 1992 die Kinder- und Jugendzahnklinik geschlossen wurde. Von da an war der Zahnärztliche Dienst des ÖGD nicht mehr kurativ tätig.

„Auch das Milchgebiss wurde als wichtige Stütze saniert – wer macht das nun? Haben die Erwachsenen-Zahnärzte die Zeit dazu?“ – ein Satz der damaligen Kollegen, der nachdenklich stimmen sollte.

Schaut man sich die weitere Entwicklung an, zeigen die Zahlen, dass genau hier der erkannte Schwachpunkt war und ist. Die kommunalen statistischen Auswertungen Rostocks zeigen es: 35% der Milchzahngebisse mit unversorgter Karies. Die Studie der DAJ im Schuljahr 2015/16, für die mehr als 300.000 Kinder deutschlandweit untersucht wurden und an der auch Rostock beteiligt war, zeigte auf, dass etwa Dreiviertel der kariösen Milchzähne nicht saniert waren [Team DAJ, 2017]. „Milchzahnkaries ist das Problem“ fand sich in der Auswertung und es wurde ein Aktionsplan „Prävention im Milchgebiss“ gefordert.

Im Jahr 2008 bin ich aus einer privaten Praxis in den ÖGD Hamburg gewechselt, seit 2012 in das Gesundheitsamt der Hanse- und Universitätsstadt Rostock, und seit 2017 obliegt mir die Leitung der Zahnärztlichen Abteilung.

DIE JETZIGE
KIRSTEN SCHRÖDER
VOM GLÜCK, IM GESUNDHEITSAMT ZU ARBEITEN

Meine Motivation, im Gesundheitsamt anzufangen, entsprang meiner früheren Tätigkeit in der Kinderstomatologie in Wismar und den dort gesammelten ersten Erfahrungen.

Dort wurde mir aufgezeigt, wie Gruppenprophylaxe mit ihren vier Säulen wirken kann.

Im ÖGD erreicht man mit seiner Arbeit im aufsuchenden Betreuungskonzept eine sehr hohe Zahl von Kindern und Jugendlichen verschiedenster Altersgruppen aus unterschiedlichsten sozialen Schichten in ihrem täglichen Umfeld.

Die nahezu flächendeckend realisierte Gesundheitsförderungsmaßnahme der Gruppenprophylaxe ist beinahe einzigartig in der Präventionsarbeit. Dabei mitwirken zu dürfen, erlebe ich als besonders.

Ich kann sagen, ich habe ein tolles Mitarbeiter-team, das motiviert und engagiert unseren gesetzlichen Auftrag umsetzt und den Erfolg der Arbeit im täglichen Umgang mit den Kindern und Jugendlichen sieht, aber auch in der Zusammenarbeit mit den Lehrer/innen und Erzieher/innen.

In Zeiten wie der derzeitigen Pandemie zeigen sich die Stärken der jahrelang gut gewachsenen Strukturen und das Vertrauen, welches aufgebaut wurde. Dadurch und durch den Rückhalt unseres Amtsleiters war es uns möglich, auch in diesen Zeiten unsere hoheitliche Aufgabe umzusetzen. Meine Kolleginnen bringen neue Ideen ein und sind immer daran interessiert, uns neu gestellte Aufgaben im Team umzusetzen, und sie sind jederzeit hilfsbereit.

Dies zeigte sich besonders in den letzten zwei Jahren bei der Unterstützung der Abteilung Hygiene. Das sind Dinge, die mir Zufriedenheit geben und die Motivation für die tägliche Arbeit.

Der ZÄD Rostock zeichnet sich durch die gute Zusammenarbeit aller Akteure (Landesarbeitsgemeinschaft, gesetzliche Krankenkassen, Obleute der niedergelassenen Kollegen und Kolleginnen und der ÖGD) aus. Alle Institutionen stellen die Sache in den Mittelpunkt und agieren im partnerschaftlichen Einsatz für die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen.

Die Aufgaben wachsen, auch durch die Zunahme der Kinder mit Migrationshintergrund im Laufe der Jahre und durch sprachauffälligere Kinder.

Die „soziale Polarisierung“ der Karies stellt erhebliche Herausforderungen im Zusammenhang mit der Intensivbetreuung von Kindern mit erhöhtem Erkrankungsrisiko dar. Immer weitreichendere Handlungsfelder müssen abgedeckt werden, mit jederzeit knappen Personalressourcen. Es gilt, die bisher erzielten Erfolge in der Basisprophylaxe zu halten. Diese zu Gunsten von Intensivmaßnahmen zu vernachlässigen, stellt keine Alternative dar.

Ziel sollte es sein, die sozialsituationbezogene Gesundheitsförderung in der öffentlichen Wahrnehmung und auch in der praktischen Umsetzung weiterzuentwickeln. Im Fokus sollten weiterhin das aufsuchende Prinzip, der Setting-Ansatz und niedrigschwellige Angebote stehen. Ebenfalls wichtig ist die vernetzte Gemeinschaftsarbeit, insbesondere mit den Familienhebammen und Sozialarbeiter/innen, die Familien betreuen. Es gibt vulnerable Gruppen, die durch das bestehende Netz fallen. Hier gilt es, Ansätze zu finden, diese so zu unterstützen, dass im Sinne der Kinder z. B. eine Behandlung der Zähne erfolgt und dass zwischen Elternhaus und Sozialkraft verbindliche Absprachen zur Förderung der Kinderzahngesundheit getroffen werden.

Kinder verbringen einen immer größer werdenden Anteil ihrer Entwicklungszeit in Kitas und Ganztagschulen. Dieser sich vollziehende Wandel in der Gesellschaft bezieht selbst die Kleinsten durch den flächendeckenden Aufbau von Krippen mit ein. Damit gewinnen Maßnahmen wie die Gruppenprophylaxe immer weiter an Bedeutung, denn diese findet in den Lebenswelten der Kinder statt. Ritualisierung, Verfahrenssicherheit und ein Lernen von anderen Kindern ermöglichen ein frühes Verfestigen gesundheitsfördernder Handlungen. Hier sind Unterstützer/innen, Lehrer/innen und Erzieher/innen gefragt, gesundes Verhalten und Selbstverantwortung zu fördern.

Wir brauchen den politischen Willen, das Thema weiter in die Bildungs- und Lehrpläne, auch in die Erwachsenenbildung über die Kultusministerkonferenzen zu bringen. Wir brauchen Gesundheitskompetenz der Pädagogen und Pädagoginnen. Das Wohl unserer Zähne wirkt sich auf unser Gesundheitsempfinden aus. Schlechte Zähne haben soziale Folgen.

Unbedingt sind die baulichen Voraussetzungen in den Einrichtungen für eine optimierte Umsetzung der Gruppenprophylaxe zu verbessern.

Allen, die mit Kindern arbeiten, kommt eine besondere Verpflichtung zu, denn sie sind diejenigen, die Orientierung geben und Entwicklung ermöglichen, Netzwerke bilden und Rahmenbedingungen zur lebensraumbezogenen Unterstützung der Kinder und Jugendlichen schaffen.

Wir brauchen eine starke, engagierte Lobby für die Sache und solidarisches Denken.

In 2021 wurden die Mundgesundheitsziele für 2030 von der WHO neu formuliert und dabei die Schnittstellen von Mund- und Allgemeingesundheit (Parodontose- und Herzinfarktprophylaxe) in den Fokus genommen, die Wertigkeit der regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchungen dargestellt, aber auch der weitere Ausbau der Gruppenprophylaxe ausdrücklich als Ziel formuliert.

Die Umsetzung beginnt in der Praxis durch Ausprobieren und Üben und stärkt damit die gesundheitlichen Ressourcen. Das passiert in der Gruppenprophylaxe und fördert dadurch Selbstwertgefühl und -wirksamkeit, Sinnerfahrung und soziale Kompetenz der Kinder und Jugendlichen in allen sozialen Schichten.

Förderung von gesundheitlichen Ressourcen, das passiert in der Gruppenprophylaxe. Das ist Gesundheitsförderung für die Kinder und Jugendlichen, aus der gesteigertes Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, reziproke soziale Netze und Sinnerfahrung hervorgehen.



10

KOORDINATIONSBEREICHE

KOMMUNALE GESUNDHEITSFÖRDERUNG

SUCHT UND SUCHTPRÄVENTION

PSYCHIATRIE

ANGELIKA BAUMANN, KRISTIN SCHÜNEMANN,

ANTJE WROCISZEWSKI, DOREEN DONATH

10.1

KOMMUNALE GESUNDHEITSFÖRDERUNG ANGELIKA BAUMANN, KRISTIN SCHÜNEMANN

10.1.1 DIE EHEMALIGE ERINNERT SICH

DR. ANGELIKA BAUMANN (1991–2011) KOMMUNALE GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Als promovierte Diplomlehrerin für Körpererziehung/Germanistik mit einer postgradualen Zusatzqualifizierung für Gesundheitserziehung, erworben am Deutschen Hygienemuseum Dresden, erfüllte ich die Voraussetzungen für die Leitung eines Kabinettes für Gesundheitserziehung und wurde 1987 durch den Rat der Stadt Rostock, Abt. Gesundheits- und Sozialwesen, für diese Tätigkeit eingestellt.

Besetzt mit mir und einer Sekretärin, bestanden unsere Aufgaben vorrangig in der gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung. Mit der Umsetzung waren zu dieser Zeit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitswesens, sowohl des stationären als auch des ambulanten Bereichs beauftragt. Aber auch eigene Aktionen des Kabinettes, z. B. Vorträge in Betrieben, Fortbildungen für Beschäftigte, ergänzten neben Koordinationsaufgaben den Auftrag des Staatlichen Gesundheitswesens.

Um den Anforderungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Umsetzung der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung von 1986 zu entsprechen, sollte die DDR bei ihrem Beitritt in die WHO dafür strukturelle Voraussetzungen schaffen. So mussten in den Kreisen, Bezirken und Städten Komitees für Gesundheitserziehung und für deren Koordination so bezeichnete Kabinette gebildet werden. Sie sollten zum Ausdruck bringen, dass Gesundheit ein gesamtgesellschaftliches Anliegen ist.

Das Komitee in Rostock wurde halbjährlich einberufen und veranlasste hauptsächlich Berichterstattungen aus den einzelnen Bereichen zu gesundheitsrelevanter Aufklärung, allerdings ohne Handlungsbefugnisse.

Mit der Übernahme des Kabinettes für Gesundheitserziehung 1991 in das Gesundheitsamt und dem Zerfall der bestehenden gesellschaftlichen Strukturen löste sich das Komitee für Gesundheitserziehung auf.

Die neuen räumlichen Gegebenheiten für den Aufbau eines Sachgebietes Gesundheitsförderung im künftigen Gesundheitsamt in der ehemaligen SED Kreisleitung, St.-Georg-Str. 109, Haus I, z. B.

- eine Mediathek für Aufklärungsmaterial und kleinere Veranstaltungen
- ein Gymnastikraum für Gesundheitskurse
- Nutzungsmöglichkeiten größerer Räume
- Büros für die beiden Mitarbeiter/innen (später wurden noch zwei weitere eingestellt)

und bis dahin noch fehlende gesetzliche Vorgaben für den Öffentlichen Gesundheitsdienst boten unserem kleinen Team einen fast unbegrenzten Spielraum für Eigeninitiative. So organisierten wir noch vor Bestehen der neuen gesetzlichen Krankenkassen und ihren späteren Angeboten eine Vielzahl von Gesundheitskursen für verschiedene Zielgruppen, die aufgrund des Zeitgeistes und Bedarfes immens in Anspruch genommen wurden.

In den 90er-Jahren gab es vielfältige Anregungen aus und Austausch mit Gesundheitsämtern der nördlichen Bundesländer. Die Vertreter der Partnerstadt Bremen, der Städte Itzehoe oder Hamburg empfahlen bei meinen Arbeitsbesuchen Aufgaben der Gesundheitsförderung und Möglichkeiten für die Etablierung in einer Kommune auf der Basis ihrer Gesetze des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die Partnerstadt Bremen, 1989 bereits eine von sieben weiteren deutschen Kommunen, die zum damaligen Zeitpunkt das Modellprojekt „Gesunde Städte“ der WHO mitgestalteten, legte mit ihnen den Grundstein für ein „Gesunde-Städte-Netzwerk“

in der Bundesrepublik Deutschland, die in ihrem Wirkungskreis das von der WHO so bezeichnete Gesunde-Städte-Projekt umsetzten.

Wir hatten 1991 potenzielle Partner/innen für eine künftige Gesundheitsförderung in Rostock zu einer Informationsveranstaltung eingeladen, um von den Bremer Gästen des dortigen Gesunde-Städte-Projektes die visionären Ziele und dafür notwendige Strukturen kennenzulernen.

Die Resonanz war großartig und vielversprechend, zumal die Hansestadt Bremen 50.000 DM für den Aufbau der Selbsthilfebewegung in Aussicht stellte.

Mit der Gründung des Selbsthilfeplenums „Rostocker Topf“ am 30. Oktober 1992 waren die nach Bremer Vorbild angelehnten Strukturen und organisatorischen Voraussetzungen geschaffen worden, damit Menschen sich bei der Bewältigung ihrer sozialen und gesundheitlichen Probleme gegenseitig unterstützen konnten.

Von da an traf sich das Selbsthilfeplenum monatlich im Gesundheitsamt zum Erfahrungsaustausch, zu interessanten Vorträgen von Expert/innen, zur Vernetzung mit kommunalen Partner/innen, zu Beiratswahlen oder Benennung einer Vertretung im Gesunde-Städte-Netzwerk Deutschlands. Diese Strukturen bestehen bis heute, auch wenn Personen und Gruppen gewechselt haben.

Parallel dazu beantragte die Hansestadt Rostock die Mitgliedschaft im Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland. Zur Verwirklichung der damit verbundenen Selbstverpflichtungen und des Gesunde-Städte-Projekts in Rostock gründete sich am 1. Dezember

1992 im Auftrag der Bürgerschaft eine Arbeitsgruppe „Kommunale Gesundheitsförderung“. Sie verfolgte bis 2011 das Ziel, langfristig das Leitbild Gesunde Stadt mit dem Primat zu entwickeln, einerseits gesundheitliche und soziale Kompetenzen der Rostocker Bevölkerung zu stärken und gleichzeitig die Schaffung von dafür notwendigen Rahmenbedingungen zu ermöglichen. Dazu gehörten auch Beteiligungsstrukturen wie z. B. das Selbsthilfeplenum oder Kinder oder Ältere (siehe Selbsthilfeförderung in der Hansestadt Rostock).

Grundlage für den kommunalen Gesundheitsförderungsprozess war das Erfordernis einer Kooperation unterschiedlichster Partner/innen, um damit zum Ausdruck zu bringen, dass Gesundheit nicht allein eine Ressortaufgabe des Gesundheitsamtes darstellt. Dieser fachliche Ansatz entsprach bewusst den Vorgaben der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung der WHO.

Mit der Installierung verschiedener Arbeitskreise unter dem Dach der AG „Kommunale Gesundheitsförderung“, die sich auf der Basis von Handlungsempfehlungen Kommunaler Konferenzen gründeten und für das Thema erforderliche Kooperationspartner/innen einbezogen, konnte eine kontinuierliche und zielgerichtete Zusammenarbeit beginnen. Nachstehende Abbildung soll die mit Stand 2005 entstandene Arbeitsstruktur zum Ausdruck bringen (Abb. 1).

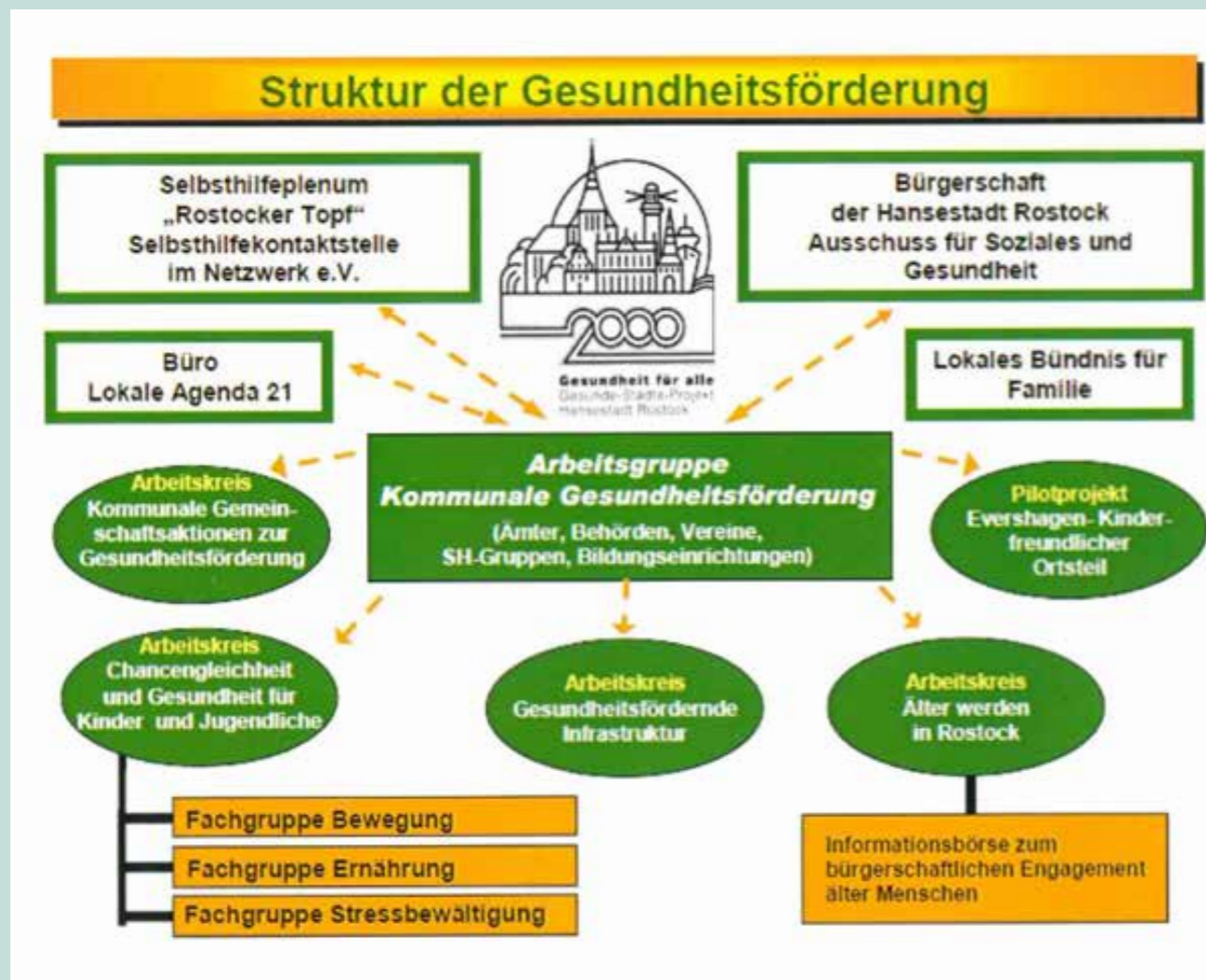


Abb. 1 Struktur der Gesundheitsförderung Arbeitsstand 2005, Gesundheitsamt

AUSGEWÄHLTE SCHWERPUNKTAUFGABEN VON 1992 BIS 2011

- Koordinierung des Gesunde-Städte-Projekts der Hansestadt Rostock in Kooperation mit zahlreichen Partner/innen in der Kommune mit dem Ziel der Entwicklung einer gesunden Stadt
 - Bearbeitung von Themenschwerpunkten innerhalb von Arbeitskreisen und Projektgruppen (Kinderfreundlichkeit, Kinder- und Jugend-gesundheit, stadtteilorientierte Gesundheitsförderung, „Gesunde Ernährung in der Schule“, Modellprojekte „Gesunde Schule“, „Gesunde Kita“ u. a.)
 - Enge Verknüpfung der Gesunde-Städte-Arbeit mit dem Prozess der Lokalen Agenda 21 bei der Umsetzung der Leitlinien zur Stadtentwicklung
 - Stadtteilarbeit auf der Basis des Pilotprojekts „Evershagen – kinderfreundlicher Ortsteil“
 - Verabschiedung des kommunalen Programms „Älter werden in Rostock“ zur demografischen Entwicklung in der Hansestadt Rostock
 - Entwicklung und Realisierung von kommunalen Gesundheitszielen für Kinder und Jugendliche zu Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung
 - Konzipierung eines Strategiekonzeptes „Gesunde Lebensräume in der Hansestadt Rostock bis 2025“
- Den kommunalen Höhepunkt und eine enorme logistische Herausforderung seit 1992 bildeten bis 2010 die jährlichen Rostocker Gesundheits-, und später die Umwelt- und Gesundheitstage mit kommunaler Konferenz, Umwelt- und Gesundheitsmarkt und Selbsthilfetag oder entsprechend der gewählten Konferenzthemen auch vertiefenden Veranstaltungen.
- Aus den Konferenzergebnissen erwachsen stets mehrjährige Projekte und neue Arbeitskreise.



Abb. 2 Dokumentationen von Projekten und Programmen, Gesundheitsamt, Foto: Dorit Metz

Die Protokollierung aller Zusammenkünfte, Kontrolle der gemeinsam getroffenen Festlegungen, Präsentation der Ergebnisse auf der jährlichen Vollversammlung der Arbeitsgruppe „Kommunale Gesundheitsförderung“, Organisation, Dokumentation und Veröffentlichung von Projekten, Konferenzen und Programmen waren meine grundlegenden Koordinierungsaufgaben (Abb. 2).

SELBSTHILFEFÖRDERUNG IN DER HANSESTADT ROSTOCK

Anliegen des Gesunde-Städte-Projektes war es seit 1992, aufgrund der Selbstverpflichtungen als Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland in Rostock ein selbsthilfefreundliches Klima zu schaffen.

Die Grundlage dafür bildeten eine Plattform für die Beteiligung von Bürger/innen am Prozess einer nachhaltigen gesundheitsfördernden Stadtentwicklung sowie die Vernetzung und der Erfahrungsaustausch zwischen Selbsthilfegruppen und -initiativen.

Selbsthilfegruppen sind eine Instanz für Menschen, die an chronischen Erkrankungen leiden, behindert sind und/oder sich in einer schwierigen Lebensphase befinden. Durch das enge Vertrauensverhältnis der Mitglieder untereinander wirken sie Vereinsamung der Betroffenen entgegen oder können einfache Betreuungsaufgaben übernehmen (z. B. Besuche am Krankenbett, Begleitung zu verschiedenen Institutionen, Hilfestellung im Alltag). Weil aber in Selbsthilfegruppen ausschließlich Betroffene mitwirken, ist eine Unterstützungsstruktur, unabhängig vom Thema der Selbsthilfegruppe, unbedingt erforderlich.

Ermöglicht wurde das durch finanzielle Förderung der Selbsthilfekontaktstelle, um die Beratung und Unterstützung der Gruppen und Initiativen sowie Rostocker Bürgerinnen und Bürger zu gewährleisten.

Darüber hinaus war das Gesundheitsamt eine weitere Unterstützungsstelle, um zum einen die direkte finanzielle Förderung von Selbsthilfegruppen und -initiativen politisch einzufordern und zum anderen verwaltungstechnisch abzuwickeln.

Das Selbsthilfepodium „Rostocker Topf“, ein Zusammenschluss von damals mehr als 120 gesundheits-, krankheits- und sozialbezogenen Selbsthilfegruppen besteht seit 1991 und wird durch einen gewählten Beirat von Betroffenen, die Selbsthilfekontaktstelle sowie durch das Gesundheitsamt unterstützt (Abb. 3).

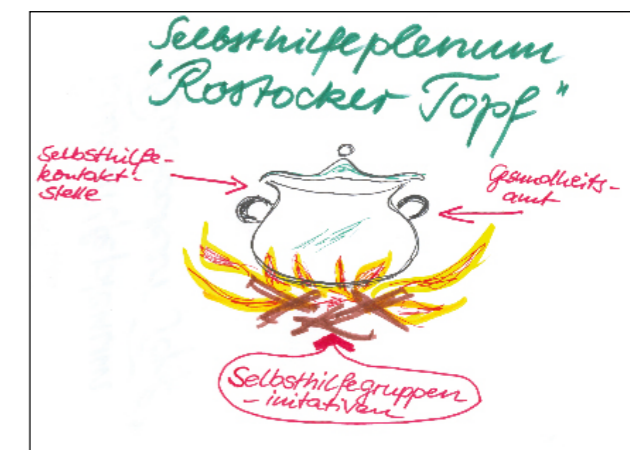


Abb. 3 Rostocker Topf, Zeichnung Angelika Baumann 1992

Seit 1993 fördert die Hansestadt Rostock auch finanziell den „Rostocker Topf“, so dass nach inzwischen gemeinsam von den Gruppen und der Verwaltung erarbeiteten Förderrichtlinien ermöglicht werden kann, dass sich Menschen zur Bewältigung ihrer gesundheitlichen und sozialen Probleme treffen und auch öffentlich wirksam werden können.

Mit dieser Struktur sind die Voraussetzung dafür geschaffen worden, dass Selbsthilfegruppen, betroffene Bürgerinnen und Bürger in den Prozess kommunaler Gesundheitsförderung einbezogen werden konnten.

Die Beteiligung gestaltete sich z. B. durch gemeinsame Realisierung der Rostocker Gesundheitstage, von Selbsthilfetagen, durch Konferenzbeiträge aus Sicht von Betroffenen oder auch durch Mitwirkung von Elterngruppen an Aufgabenstellungen in den Arbeits- und Projektgruppen der AG „Kommunale Gesundheitsförderung“, z. B. „Gesunde Ernährung in der Schule“, „Förderung des Nichtrauchens“ oder „Unfallverhütung bei Kindern und Jugendlichen“. Auch in der Konzeptphase des von der Bürgerschaft der Hansestadt Rostock verabschiedeten Pilotprojektes „Evershagen – kinderfreundlicher Ortsteil“ sowie der „Kindergesundheitsziele in Rostock bis 2010“ war die Betroffensicht Bestandteil der Erarbeitung.

Durch die kontinuierliche und verlässliche Koordination der Selbsthilfebewegung und die steigende Anzahl der Gruppen erhöhte sich die kommunalpolitische Akzeptanz deutlich. Die Auszeichnung mit dem Sozialpreis der Hansestadt Rostock 2001 war für das gesamte Plenum Ausdruck gesellschaftlicher Wertschätzung (Abb. 4, 5, 6 und 7).



Abb. 4
2. Selbsthilfetag 9. Juni 1995 im Modellraum des Rostocker Rathauses, Foto: Angelika Baumann



Abb. 5 10 Jahre Rostocker Topf,
Foto: Irma Schmidt



Abb. 6 Jobst Pagel vom Bremer Topf mit einem Grußwort zum 10-jährigen Bestehen,
Foto: Irma Schmidt



Abb. 7 Das Selbsthilfeplenum „Rostocker Topf“ erhält den Sozialpreis der Hansestadt Rostock am 4. Dezember 2001, Foto: Irma Schmidt

Sonderplenum des „Rostocker Topfes“ mit Konferenz im Bürgerschaftssaal und Präsentationen der Gruppen in der Rathaushalle Thema: Selbsthilfe aus der Sicht von Betroffenen (Abb. 8, 9 und 10)



Abb. 8 und 9 Grußwort der Sozialsenatorin, Dr. Liane Melzer, zu 20 Jahre Selbsthilfeplenum,
Fotos: Dorit Metz



Abb. 10 - 20 Jahre Selbsthilfeplenum „Rostocker Topf“, Foto: Dorit Metz

MITGLIEDSCHAFT IM GESUNDE-STÄDTE-NETZWERK VON 1992 BIS 2011

Mit Bürgerschaftsbeschluss 508/36/1992 war Rostock Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland.

Durch die alle vier Jahre geforderte Berichterstattung der beigetretenen Kommunen zum Umsetzungsstand der eingegangenen Verpflichtungen der Mitglieder sowie die untersetzenden Projektpräsentationen hat sich die Hansestadt Rostock sehr bald große Anerkennung erwerben können. So wurde ich als einzige Vertreterin der neuen Bundesländer in den Sprecherrat des Netzwerkes gewählt und bekleidete diese Funktion über acht Jahre. Innerhalb des deutschen Gesunde-Städte-Netzwerkes hatte Rostock erstmalig die Verbindung von Agenda 21- und Gesunde-Städte-Arbeit (Kommunale Konferenz 1998) konkret aufgegriffen und auf einem Symposium in München 1998 vorgestellt. Für ihre Vorreiterrolle wurde die Hansestadt Rostock mit dem Gesunde-Städte-Preis 2000 ausgezeichnet. Auf Rostocker Initiative gründete sich im September 1999 das Regionale Netzwerk Gesunder Städte in Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein. Dazu gehörten die Städte Lübeck, Bad Oldesloe, Greifswald, Stralsund und Rostock. Dieses kleine Netzwerk hatte sich die Aufgabe gestellt, zweimal pro Jahr zu verschiedenen gesundheitsrelevanten Themen einen Erfahrungsaustausch zu organisieren.

Rostocker Erfahrungen waren auch im Netzwerk der „Gesunden Städte im Ostseeraum“ gefragt. Hier präsentierte sich die Hansestadt Rostock z. B. 1998 in Turku mit einem Vortrag zur Vernetzung von Gesunde-Städte-, Agenda 21- und UBC-Arbeit in Rostock (Vereinigung der Ostseestädte).

Andererseits profitierte Rostock auch von den Erfahrungen anderer Mitgliedsstädte. So nutzen uns z. B. die Hinweise aus Hamburg zu Fragen der frauenspezifischen Stadtentwicklung, aus Braunschweig zu bürgernaher, stadtteilbezogener Gesundheitsförderung, aus Greifswald zu Nachbarschaftsplanung, aus Osnabrück zu EU-Fördermöglichkeiten im Öffentlichen Gesundheitsdienst, aus Essen und Heidelberg zur Entwicklung von Kinderfreundlichkeitskriterien und aus Berlin-Hohenschönhausen zur Entwicklung des Projektes zur Förderung des Nichtrauchens.

Die Gesundheitsförderungsarbeit in Rostock gestaltete sich über den Zeitraum 1992 bis 2011 als kontinuierlicher Prozess und ressortübergreifende Gemeinschaftsaufgabe.

KOMMUNALE GESUNDHEITSFÖRDERUNG – EIN PROZESS

Nach dem Entwurf eines Praktikanten entwickelte der Rostocker Grafiker Gerd Lippmann das Symbol für die künftige Kennzeichnung aller Aktivitäten (Abb. 11).



Abb. 11 Logo Gesunde-Städte-Projekt, Gesundheitsamt

Die nachfolgend beschriebenen themenbezogenen Strategien haben ihren Ausgangspunkt jeweils in den kommunalen Konferenzen anlässlich der Rostocker Gesundheits- und (Umwelt)tage.

- Auswertung der Konferenzergebnisse und Festlegung zu treffender Maßnahmen bzw. Bildung von Arbeitskreisen zur Umsetzung
- Gewinnung von Kooperationspartner/innen
- Verständigung auf ein von allen mitgetragenes Vorgehen
- Gemeinsame Projektstrategie
- Ergebnispräsentation auf der jährlichen Vollversammlung der AG „Kommunale Gesundheitsförderung“

Die aufgeführten Beispiele zeigen jeweils am Ende in den Strukturbildern die mitwirkenden Kooperationspartner/innen und damit ihren ressortübergreifenden Ansatz.

AUSGANGSPUNKT

**1. ROSTOCKER GESUNDHEITSTAGE 1995
„GESUNDHEIT IST MEHR –
FÜR EINE GESÜNDERE ZUKUNFT IN ROSTOCK“**

- Die 1. Rostocker Gesundheitstage im Juni waren ein kommunales Ereignis. Auf der Konferenz im Rathaus diskutierten Politiker/innen, Vertreter/innen aus Ämtern und Selbsthilfegruppen sowie auswärtige Gäste, welche Berührungspunkte zur Gesundheit im umfassenden Sinne in ihrem Arbeitsfeld vorhanden sind und in die kommunale Gesundheitsförderung Eingang finden können.
- Die Gesunde-Städte-Idee fand nach einem mehrjährigen Erarbeitungsprozess Zugang in die Stadtentwicklungsplanung – die Leitlinie „Schaffung einer gesundheitsfördernden Infrastruktur“ wurde festgeschrieben.
- Der Arbeitskreis „Koordinierung von Initiativen für eine gesundheitsfördernde Infrastruktur“ gründete sich und verabschiedete fünf Jahre später ein Prüfverfahren zur Kinderfreundlichkeit in der Stadtverwaltung Rostock auf der Grundlage einer Geschäftsanweisung des Oberbürgermeisters.

AUSGANGSPUNKT

**3. ROSTOCKER GESUNDHEITSTAGE 1997
„KINDERGESUNDHEIT IN ROSTOCK“**

- Nach einer drastischen Schilderung der Unfallsituation bei Rostocker Kindern und Jugendlichen auf der Kommunalen Konferenz entstanden ein neuer Arbeitskreis zur Unfallverhütung und ein erster Kinderunfallbericht (Abb. 12).
- Präventiv sollten „Mobilitätserziehung zur Unfallverhütung im Kita- und Schulbereich“ sowie methodische Fortbildungen für Sportlehrer/innen zum Thema „Schulsport sicher gestalten“ greifen.
- Für die beispielhafte analytische Arbeit erhielt der Arbeitskreis „Unfallverhütung bei Kindern und Jugendlichen den Bundespreis „Kindersicherheit“ mit 2000 DM für eine gezielte Unfallprävention.

DIE ERNÄHRUNGSSITUATION VON KINDERN WAR EBENFALLS GEGENSTAND DER KOMMUNALEN KONFERENZ UND FÜHRTE ZUR

Gründung des Arbeitskreises „Gesunde Ernährung in der Schule“ mit einem dreijährigen Projekt zur Stärkung der Ernährungskompetenzen von Kindern und Jugendlichen mit Beteiligung von Schüler/innen und Ernährungsexpert/innen in Kooperation mit der AOK (Abb. 13).

AUSGEWÄHLTE BESTANDTEILE UND ERGEBNISSE:

- Der gesunde Schulkiosk
- Befähigung von Lehrer/innen für Projekte zur gesunden Ernährung mit Verkostungen
- Herausgabe von Hygieneregeln für die Projektarbeit in Schulen und Kitas
- Geschenk der AOK: Übergabe ihres nicht mehr genutzten Ernährungsstudios in der Jenaplanschule an den Arbeitskreis für Kurse und Verkostungen
- Einbeziehung in das Ausschreibungs- und Vergabeverfahren für die neue Schülerspeisung in Rostock durch das Schulverwaltungsamt. Dazu wurden Kriterien für eine gesunde Verpflegung erarbeitet und bei der Entscheidung berücksichtigt. Sogar ein Mitspracherecht des Arbeitskreises bei der Auswahl des künftigen Anbieters war damit verbunden.

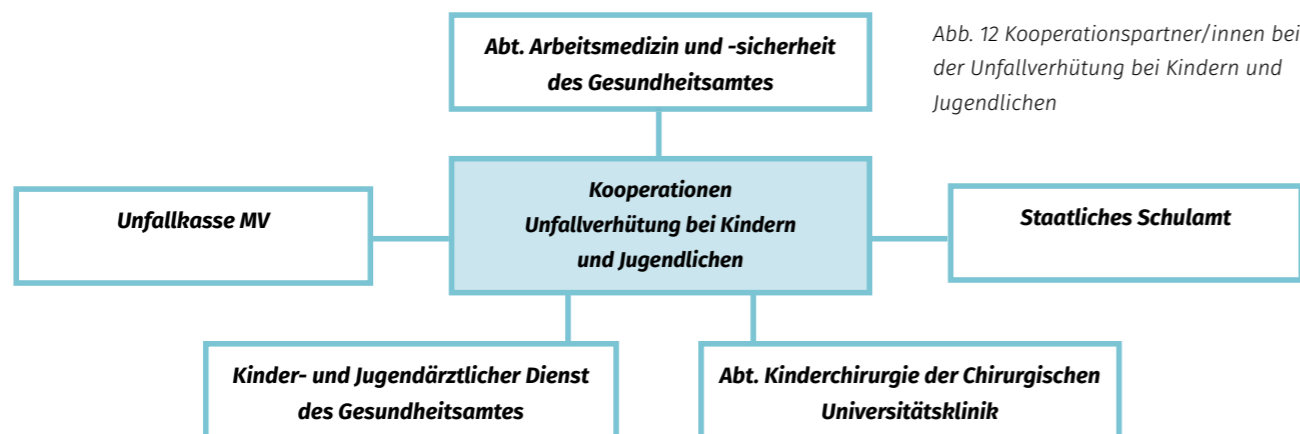


Abb. 12 Kooperationspartner/innen bei der Unfallverhütung bei Kindern und Jugendlichen

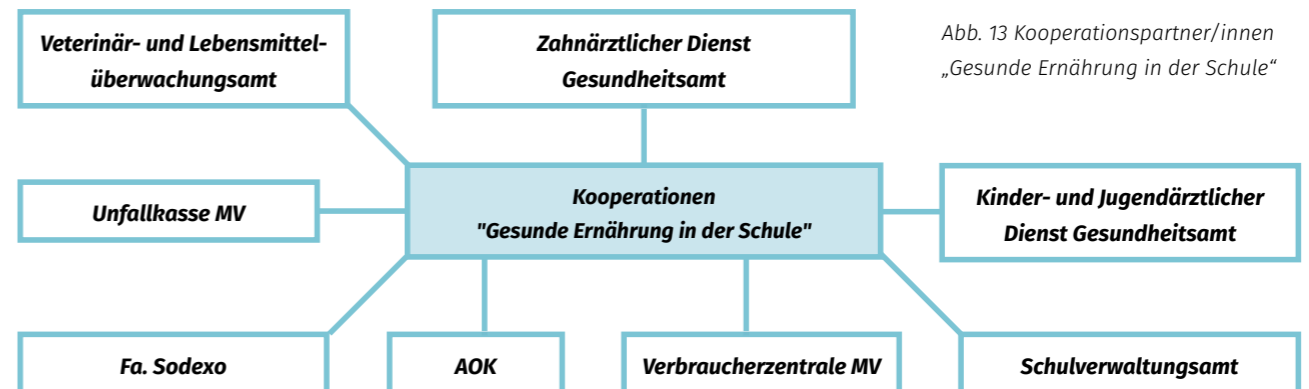


Abb. 13 Kooperationspartner/innen „Gesunde Ernährung in der Schule“

AUSGANGSPUNKT

4. ROSTOCKER GESUNDHEITS- UND UMWELTTAGE 1998 „GESUNDE STADT UND LOKALE AGENDA 21 – ZWEI LEITBILDER IM SPANNUNGSFELD?“

(Abb. 14 UND 15)

Das neu gegründete Büro Lokale Agenda 21 in Rostock verfolgte einen ähnlichen Ansatz wie das Gesunde-Städte-Projekt und führte in vielen Kommunen zu einer Konkurrenzsituation. Um dem vorzubeugen, ermittelte die Kommunale Konferenz Grenzen und Gemeinsamkeiten für eine künftige Kooperation. Daraus entwickelte sich eine enge Verknüpfung der Gesunde-Städte-Arbeit mit dem Prozess der Lokalen Agenda 21 bei der Umsetzung der Leitlinien zur Stadtentwicklung.

Eine gemeinsame Konferenz „Nachhaltige Entwicklung – eine Chance für die Zukunft“ war der Start.

ERGEBNIS

Auszeichnung mit dem Gesunde-Städte-Preis 2000. Gewürdigt wurden der innovative Ansatz der Verknüpfung der Gesunde-Städte- und Lokale Agenda 21-Arbeit in Rostock sowie die Anwendung des „Prüfverfahrens Kinderfreundliche Stadt“ in diesem Prozess. Wertschätzung unserer Arbeit zeigte sich auf der Jubiläumsveranstaltung zum 10-jährigen Bestehen der AG „Kommunale Gesundheitsförderung“. Der Oberbürgermeister der Hansestadt Rostock, Arno Pöker, und der Leiter des Gesunde-Städte-Sekretariats Hamburg, Klaus Peter Stender, würdigten in ihren Grußworten das langjährige Engagement der Mitglieder für ein gesünderes Rostock.



Abb. 14 Umwelt- und Gesundheitsmarkt mit zuletzt mehr als 300 Ständen auf dem Universitätsplatz, in der Breiten Straße und auf dem neuen Markt mit Bühnenprogramm, Quiz und Tombola, Foto: Dorit Metz



Abb. 15 Städtischer Anzeiger vom 17. Juni 1998

AUSGANGSPUNKT

7. ROSTOCKER GESUNDHEITSTAGE 2001 „CHANGEGLEICHHEIT UND GESUNDHEIT FÜR KINDER“

Im September gründete sich auf Initiative des Jugendamtes ein neuer Arbeitskreis „Chancengleichheit und Gesundheit für Kinder“, der das Thema Kinder und Armut sowie deren Auswirkung auf die Gesundheit aufgreifen sollte.

Im Arbeitskreis Infrastruktur entstand zum ersten Mal die Idee, Evershagen zu einem kinderfreundlichen Stadtteil zu entwickeln. Anstoß dazu gab das Konzept des Arbeitskreises Chancengleichheit und Gesundheit für Kinder. Schlussfolgerung: Stadtteilarbeit auf der Basis eines Pilotprojekts „Evershagen – kinderfreundlicher Ortsteil“ 2001 bis 2005

- Die AG „Kommunale Gesundheitsförderung“ wurde von der Bürgerschaft beauftragt, bis zum 1. Dezember 2002 ein Konzept für das Pilotprojekt „Evershagen – kinderfreundlicher Ortsteil“ vorzulegen.
- Dem Rundgang mit dem Ortsbeirat durch den Stadtteil unter Einbeziehung der zuständigen Ämter folgte eine Infrastrukturanalyse zu möglichen und notwendigen Veränderungen für mehr Kinderfreundlichkeit.
- In Evershagen setzten sich Kinder mit dem Thema „Kinderfreundlichkeit vor Ort“ auseinander und stellten ihre Arbeiten auf der ersten Kinderversammlung am 14. Juni 2002 im Ostseegymnasium vor – gute Voraussetzungen, in unser Konzept „Evershagen“ auch die Vorstellungen der Kinder einzuarbeiten (Abb. 16, 17 und 18).
- Zweite Kinderversammlung 2003 im Ostseegymnasium und offizieller Start für den Wettbewerb „Wir sind kinderfreundlich“. Kriterien zur Kinderfreundlichkeit wurden aufgestellt, das beste Logo gekürt. Dieses Logo wies die Einrichtungen in Evershagen aus, die sich am Wettbewerb beteiligten und die Kriterien erfüllten (Abb. 19 und 20).



Abb. 16, 17 und 18

Erste Kinderversammlung, Fotos: Dorit Metz



Abb. 19 und 20 Wettbewerb „Wir sind Kinderfreundlich“, Gesundheitsamt

- Auf der Kinderversammlung am 24. November 2005 werteten Schüler/innen der 11. Klassen des Ostseegymnasiums ihre Befragung zum Pilotprojektes „Evershagen – kinderfreundlicher Ortsteil“ aus.

Damit wurde das fünfjährige Projekt abgeschlossen und von allen Projektpartner/innen festgelegt, dass die Aktivitäten künftig dank des entstandenen Netzwerkes im Ortsteil fortgesetzt werden (Abb. 21).

Eine Dokumentation zur Kinderbeteiligung übergab die Kinderjury der Ehm-Welk-Schule der Präsidentin der Bürgerschaft auf der Vollversammlung der AG „Kommunale Gesundheitsförderung“ (Abb. 22).

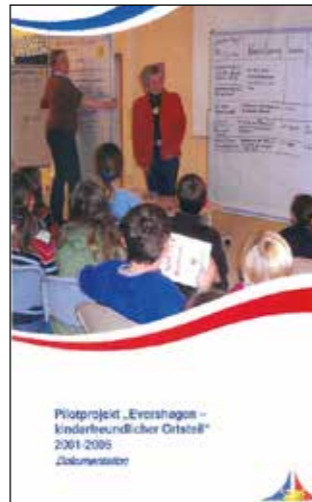


Abb. 22 Dokumentation Pilotprojekt „Evershagen – kinderfreundlicher Ortsteil“ 2001-2005

AUSGANGSPUNKT

8. ROSTOCKER GESUNDHEITS- UND UMWELTTAGE 2008 „ÄLTER WERDEN IN ROSTOCK“

Im UNO-Jahr der Senioren war es selbstverständlich, ältere Menschen in den Blick zu nehmen. Verschiedene Aktivitäten der AG „Kommunale Gesundheitsförderung“ in Zusammenarbeit mit dem Rostocker Seniorenbeirat und der damaligen Initiative „Rostock denkt 365°“ führten im Ergebnis zu einem richtungsweisenden Ergebnis:

- Kommunale Konferenz zum Thema
- Befragung Rostocker Senior/innen zu Anregungen und Wünschen über den Städtischen Anzeiger
- Auf Initiative der damaligen Leiterin des Gesundheitsamtes, Dr. Christiane Haufe, fand im Bürgerschaftssaal am 8. März 2007 die erste Demografiekonferenz der Hansestadt Rostock statt und im darauffolgenden Jahr die zweite (Abb. 23).

- Es gründete sich ein Arbeitskreis mit den Vorhaben, ein Kommunales Programm „Älter werden in Rostock“ (Abb. 25) sowie eine Informationsbörse zum bürgerschaftlichen Engagement älterer Menschen in HRO zu etablieren.
- „Älter werden in Rostock Teil I – Bestandsaufnahme“ wurde der Bürgerschaft als Informationsvorlage übergeben. Teil II umfasste einen Maßnahmenplan zum kurz- und langfristigen Ausgleich von Defiziten (Abb. 24).
- Die Ehrenamtsbörse für Ältere startete im gleichen Jahr und besteht bis heute.
- „Gesundheitstreff für Ältere“ im Rathausfoyer war eine neue Veranstaltungsreihe, die auf Wunsch des Rostocker Seniorenbeirates ins Leben gerufen wurde. Erstes Thema war Depressionen im Alter, weitere Wunschthemen folgten alle zwei Monate.



Abb. 23 und 24 Flyer 2. Demografiekonferenz und Programm „Älter werden in Rostock“, Gesundheitsamt

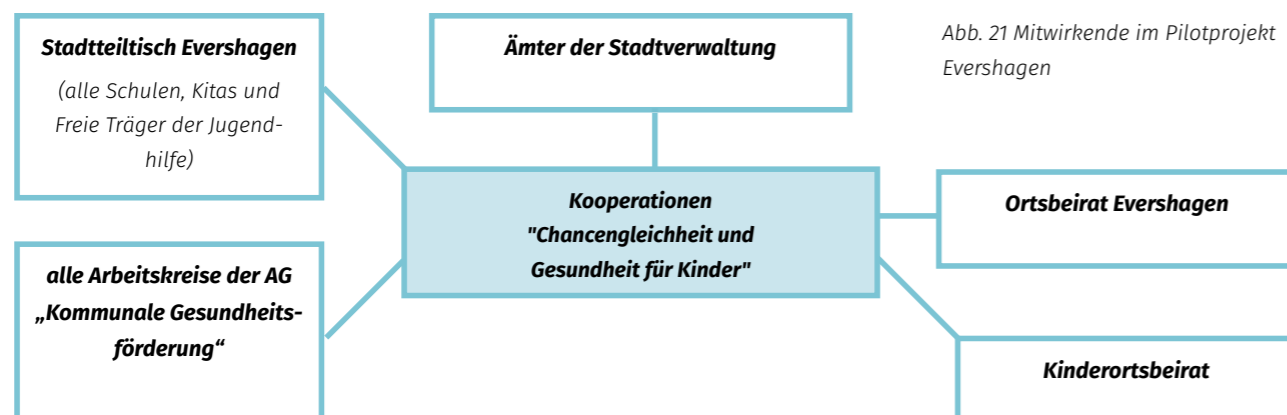


Abb. 21 Mitwirkende im Pilotprojekt Evershagen



Abb. 25 Kooperationspartner/innen „Älter werden in Rostock“

AUSGANGSPUNKTE

9. GESUNDHEITS- UND UMWELTTAGE 2003

„ARMUT UND GESUNDHEIT“.

11. GESUNDHEITS- UND UMWELTTAGE 2005 „WIR HANDELN FÜR UNSERE ZUKUNFT“.

In Anlehnung an die auf Landesebene bereits verabschiedeten Gesundheitsziele schloss sich die AG „Kommunale Gesundheitsförderung“ dieser Initiative an und stellte die kommunale Konferenz unter das Thema „Kindergesundheitsziele in Rostock“

Nach Präsentation der im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes erhobenen Daten zur Kindergesundheit wurden in drei Workshops Zielstellungen zu den Schwerpunkten Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung sowie prioritäre Maßnahmen zur Umsetzung in den Lebensbereichen Kita/Tagespflege, Schule und Familie erarbeitet.

- Die Verabschiedung der Rostocker Kindergesundheitsziele bis 2010 durch einen Bürgerchaftsbeschluss war strategische Grundlage für die weitere Arbeit der AG „Kommunale Gesundheitsförderung“ in den nächsten fünf Jahren.
- Das Konzept umfasste nachstehende Strukturelemente:
 - › Fachgruppen Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung
 - › Modellprojekt „Borwinschule auf dem Weg zu einer gesunden Ganztagschule“
 - › Grundschulgesundheitstag
 - › Kita-Gesundheitstag
 - › Kita-Bewegungstag
 - › Kita-Gesundheitstag für Erzieher/innen als Weiterbildung zur Umsetzung der Gesundheitsziele
 - › Schulgesundheitstag für Lehrer/innen mit gleichem Ansatz
 - › Audit „Gesunde Kita“
 - › Projekt „Ich geh zur U – und Du?“

Nach drei Jahren überprüfte eine weitere Kommunale Konferenz „Kindergesundheitsziele – eine Zwischenbilanz“ den bisherigen Stand.

Fazit: Alle Mitwirkenden befanden, das Konzept Kindergesundheitsziele zu aktualisieren. Verschiedene Aufgaben waren zum einen bereits erfüllt worden, andere Maßnahmen mussten konkretisiert und dabei die Geschlechtersensibilität mehr als bisher berücksichtigt werden.

Die AG „Kommunale Gesundheitsförderung“ schloss anlässlich der 13. Rostocker Gesundheitstage auf der Konferenz am 29. September 2010 die fünfjährige Projektzeit Kindergesundheitsziele in Rostock mit einer Gesamtauswertung und Ergebnispräsentation ab (Abb. 26, 27 und 28).

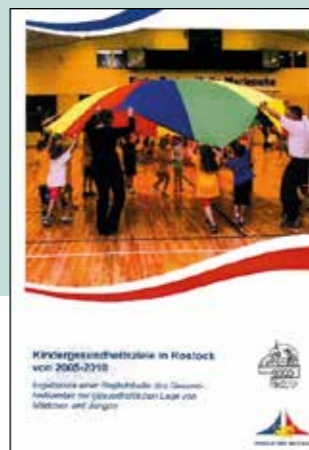


Abb. 26 und 27 Dokumentation Kindergesundheitsziele 2005 bis 2010 und Abschlusskonferenz mit Zertifizierung „Gesunde Kita“, Foto: Dorit Metz

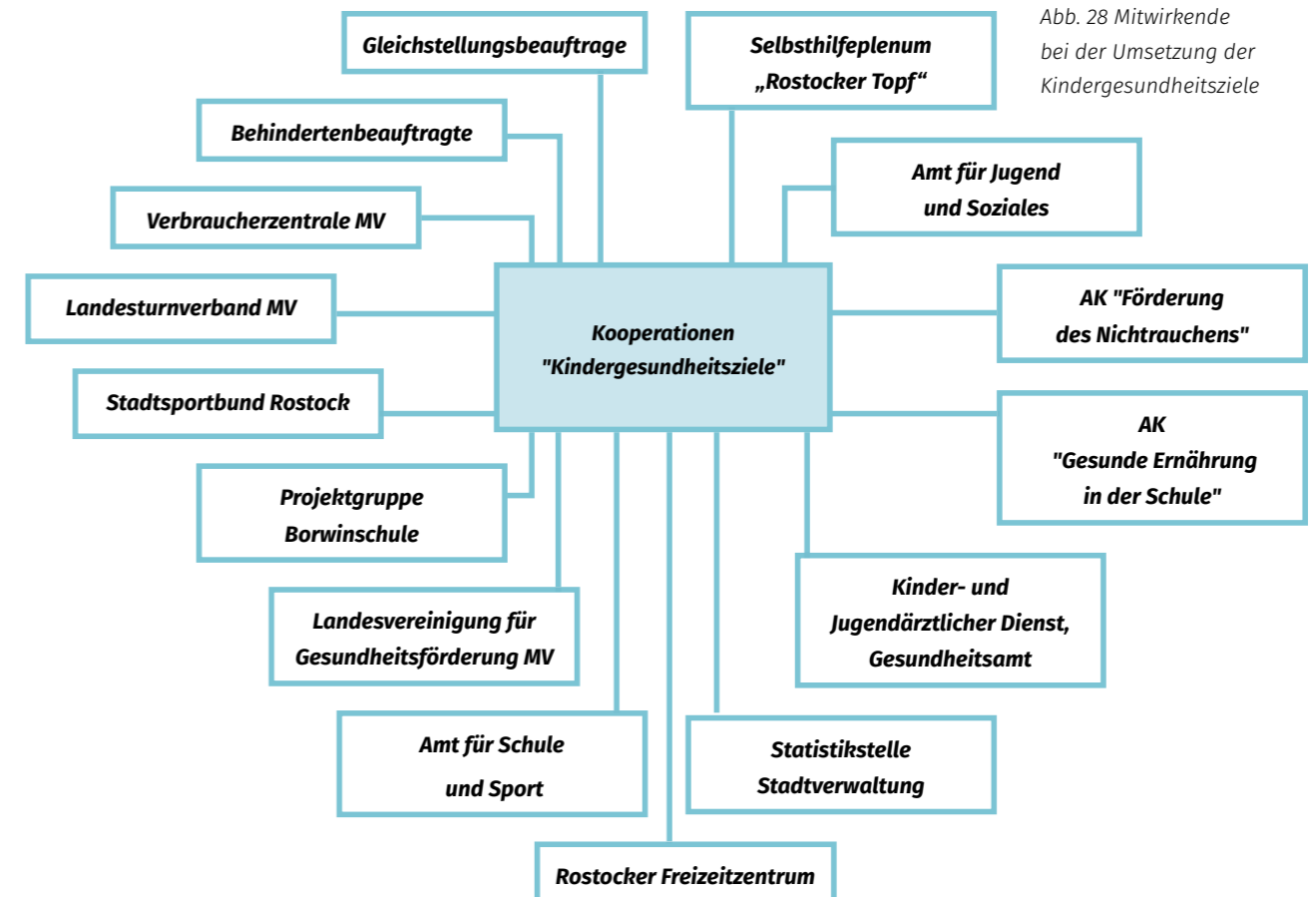


Abb. 28 Mitwirkende bei der Umsetzung der Kindergesundheitsziele

IMPRESSIONEN FÜR MEHR KINDERGESUNDHEIT IN ROSTOCK ALS ZEICHEN LEBENDIGER GESUNDHEITSFÖRDERUNG (ABB. 29 BIS 37)



Abb. 29 und 30 Bewegungstag in der Sporthalle Marienehe, Fotos: Dorit Metz



Der jährliche Bewegungstag für Rostocker Kitas und Grundschulen in der Sporthalle Marienehe war für 500 Mädchen und Jungen in der Sporthalle Marienehe ein „anstrengendes“ Ereignis.



Abb. 34 und 35 Bewegungsüberraschung im Advent, Fotos: Dorit Metz



EINE AKTION IN KITAS ZUR WERBUNG FÜR DIE U7 BIS U9 UNTERSUCHUNGEN IM KINDESALTER:



Abb. 31 und 32 Projektabschluss „Ich geh zur U und du?“ mit Verleihung des 1. Preises der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Rathaus, Fotos: Dorit Metz



EIN BEITRAG DES ARBEITSKREISES „GESUNDE ERNÄHRUNG IN DER SCHULE“:

HYGIENEREGELN im Umgang mit Lebensmitteln bei Projekttagen und Schulfesten

»Persönliche Hygiene«

- Für den Umgang mit Lebensmitteln sind saubere Hände notwendig.
- Vor Beginn der Veranstaltung müssen die Hände mit Seife und warmem Wasser gewaschen und mit Einmalhandtüchern abgetrocknet werden.
- Handwaschen nach jedem Toilettenbesuch und auch nach dem Nasenputzen oder Husten sollte selbstverständlich sein!
- Lange Ärmel müssen vor dem Händewaschen zusammengebunden werden.
- Zum Händewaschen und zum Abwaschen der Lebensmittel sollte nicht dasselbe Wischbrett benutzt werden.
- Personen, die offene Wunden haben oder an Darcbfall leiden, dürfen an der Speisenzubereitung nicht teilnehmen.

»Lebensmittelhygiene«

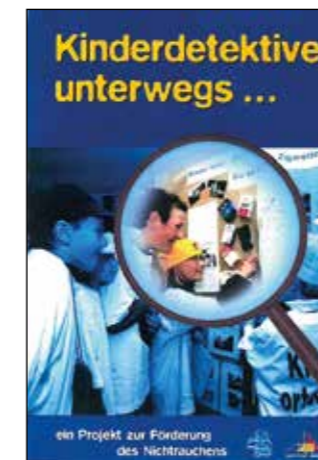
- Obst und Gemüse müssen vor der Zubereitung und dem Verzehr gründlich in einem sauberen Wischbrett gereinigt werden.
- Reine und unreine Arbeiten müssen getrennt sein. Rohes und gekochte oder angewaschene und gewaschene Lebensmittel dürfen nicht am gleichen Platz und zur gleichen Zeit verarbeitet werden.
- Kühlpflichtige Lebensmittel müssen bis zur Verarbeitung sachgemäß gelagert werden (Kühlschrank nicht über +8°C). Die Kühlkette darf während des Transportes der Lebensmittel nicht unterbrochen werden, die Benutzung einer Kühltasche ist empfehlenswert.
- Leicht verderbliche zubereitete Speisen (Salate mit Mayonaise, Milchspeisen, Eiergerichte) müssen bis zum Verzehr abgedeckt im Kühlschrank gelagert werden.

»Arbeitsmittelhygiene«

- Geschirre, Küchengeräte und Arbeitsflächen müssen sauber sein.
- Arbeitsflächen sind vor Beginn und nach Ende der Arbeiten gründlich zu reinigen.
- Beschädigte, gespaltene Geräte oder rostige Gegenstände dürfen nicht verwendet werden.
- Schneidbretter müssen aus Kunststoff bestehen und dürfen keine tiefen Schneidspalten haben – in solchen Rillen sammeln sich sehr schnell Keime an. Das Abschmeiden sollte immer mit einem Probierlöffel erfolgen, der nicht noch einmal in die Speise gelangen darf.
- Der Kühlschrank muss sauber und kühl (höchstens 8°C) genug sein.
- Für die Reinigung von Arbeitsflächen und Geräten sollten saubere Hygienetücher (Einmaltücher) verwendet werden.
- Der Müll sollte getrennt und täglich entsorgt werden.

Dieses Merkblatt hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit.
Bei weiteren Fragen: Vorkurs- und Lebensmittelüberwachungsamt,
Am Westendhof 2, 18050 Rostock, Telefon: 0381 301-1417, www.rostock.de

Abb. 33 Hygieneregeln, Gesundheitsamt



EIN PROJEKT ZUR FÖRDERUNG DES NICHTRAUCHENS MIT KINDERBETEILIGUNG

Kindergruppen aus ganz Rostock recherchierten in ihren Stadtteilen die Standorte von Zigarettenautomaten und -werbung. Im Ergebnis dieser Aktion verhandelten die Mädchen und Jungen mit den Betreiberfirmen erfolgreich, Standorte in der Nähe von Kitas und Schulen zu verlagern.

Abb. 36 Kinderdetektive unterwegs, Gesundheitsamt

Vorsorge

Mütterberatung

Impfungen

Tageseinrichtungen

Mutter - Kind - Kurse

Hilfe bei Notfällen

Wo finde ich Hilfe?

Schuldnerberatung

Abb. 37 Broschüre „Mein Kind soll gesund sein“, Ein Projekt zur Gesundheitsförderung (für) mit Frauen in sozialbenachteiligten Situationen, Gesundheitsamt

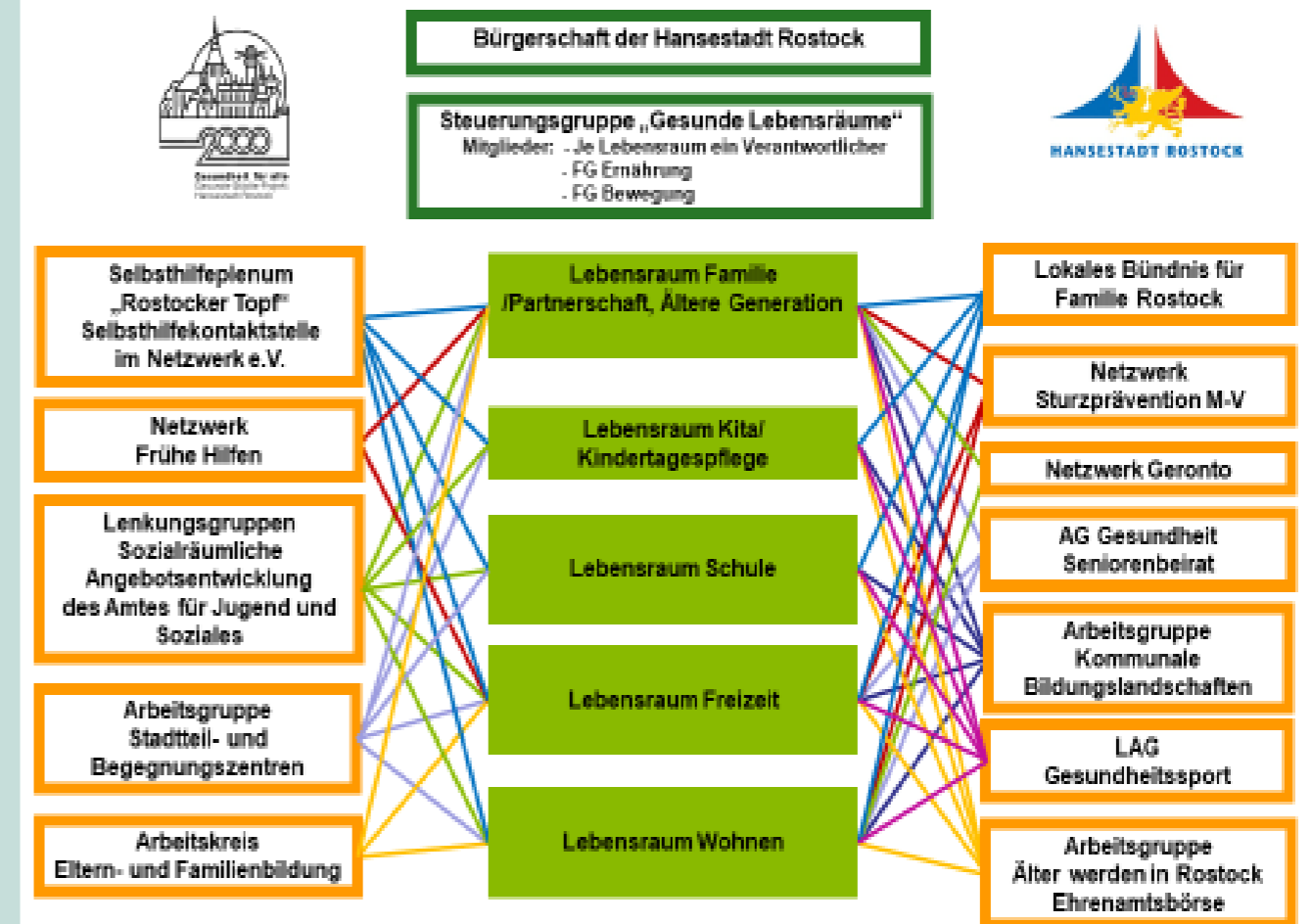
2011 erarbeiteten die Mitglieder der AG „Kommunale Gesundheitsförderung“ in Fortführung der in der Vergangenheit entwickelten Programme, Konzepte und Projekte und der seit 1992 gesammelten Erfahrungen ein zukunftsweisendes, generationsübergreifendes Programm „Gesunde Lebensräume in der Hansestadt Rostock bis 2025“ (Abb. 38 und 39).

Die Vollversammlung im Bürgerschaftssaal des Rathauses am 8. April 2011 war Anlass, der zuständigen Senatorin, Dr. Liane Melzer, das Konzept zu übergeben.



Abb. 38 und 39 Programm und Struktur Gesunde Lebensräume bis 2025, Gesundheitsamt

STRUKTUR DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG



Zugleich verabschiedete ich mich in den Ruhestand. Mein ausdrücklicher Dank richtete sich ein letztes Mal an alle Mitstreiter/innen, die über Jahre mit viel Engagement, gegenseitiger Wertschätzung und Zusammenarbeit auf Augenhöhe den ergebnisorientierten Gesundheitsförderungsprozess in der Kommune seit der Wende unterstützt und begleitet haben.

RÜCKBLICK VON ANGELIKA BAUMANN

Nach elf Jahren auf die vorangestellten Ereignisse in meinem Arbeitsleben zurückschauend, sind in mir viele Erinnerungen geweckt worden, die längst, dem neuen Lebensabschnitt geschuldet, in den Hintergrund gerückt waren. Dank der im Gesundheitsamt noch vorhandenen Dateien zu meiner damaligen Tätigkeit war es möglich, Schwerpunkte auszuwählen und diese in Bezug auf die sie auslösenden kommunalen Höhepunkte, die jährlichen Gesundheitstage, zu setzen. Damit sollte deutlich werden, dass Gesundheitsförderung in Rostock keine sporadischen Aktionen verkörpert, sondern thematisch und strategisch ineinandergreift.

Ob das aus heutiger Sicht der richtige Weg war? Die Strukturen sind zum größten Teil zerbrochen, auf den Weg gebrachte Programme nicht verwirklicht worden, für uns damals wichtige Impulse haben die Adressaten nicht nachhaltig erreicht. Aufgefallen ist mir, dass wir zahlreiche Arbeitskreise ins Leben gerufen haben. Das war jedoch nötig, um den Mitwirkenden eine sinnvolle Struktur für die Umsetzung der gemeinsam getroffenen Festlegungen zu geben.

Während unsere fachliche Kooperationsebene über Jahre funktioniert und stets Ergebnisse hervorgebracht hat, die in dieser Zeit über die kommunale, Landes- und Bundesebene hinaus Anerkennung mit Auszeichnungen gefunden haben, war die Kommunalpolitik zwar stets bereit, unsere Programme in der Bürgerschaft zu beschließen, an Detailinformationen aber nie sonderlich interessiert.

Aufgegeben haben wir deshalb nie. Schließlich waren wir für die Rostocker Bürgerinnen und Bürger unterwegs. Meine Erfahrungen nach all den Jahren:

Kooperation wird von Menschen praktiziert. Man kann jede Person für ein Mitwirken gewinnen, wenn man deren eigentliches Arbeitsfeld wertschätzt, sie überzeugt und dort abholt, wo sie steht.

Projekte enden immer nach einem vorgegebenen Zeitraum und erzeugen meistens keine Kontinuität.

Ohne eine Koordinierung ist eine langfristige kommunale Gesundheitsförderung unmöglich.

Deshalb hat es mich gefreut, dass meine Stelle wieder besetzt wurde. Ich wünsche meiner Nachfolgerin alles Gute und den langen Atem, den Gesundheitsförderung braucht.

10.1.2 DIE JETZIGE

KRISTIN SCHÜNEMANN (AB 2012) KOMMUNALE GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Als Koordinatorin für Gesundheitsförderung nahm ich, Kristin Schünemann, im Herbst 2012 meine Tätigkeit im Gesundheitsamt der Hanse- und Universitätsstadt Rostock auf. Als Gesundheitswissenschaftlerin (B. Sc.), IHK-Fitnessfachwirtin und Kursleiterin, war ich im Vorfeld in Fitnessstudios, Vereinen sowie Unternehmen aktiv. Dementsprechend konnte ich bereits viele gesundheitsförderliche Initiativen und Aktionen umsetzen. Des Weiteren studierte ich Management im Sozial- und Gesundheitswesen (M. A.) und arbeitete im Qualitätsmanagement eines Krankenhauses der Maximalversorgung.

Für eine Kommune tätig zu sein, war für mich eine neue Herausforderung, denn es galt, nicht nur kommunale Arbeitsweisen sowie kommunalpolitische Strukturen kennenzulernen, sondern im Sinne der kommunalen Gesundheitsförderung eine Vielzahl von Akteuren der Stadt zu vernetzen. Erschwerend kam hinzu, dass diese Koordinierungsstelle fast zwei Jahre nicht besetzt war.

Dennoch freute ich mich auf die Aufgabe, nachhaltige Netzwerkstrukturen aus- und aufzubauen, um sich gemeinsam für eine „Gesunde Stadt Rostock“ einzusetzen.

Besondere Highlights im Berichtszeitraum 2012 bis 2021 waren für mich u. a. die Ausrichtung des bundesweiten Symposiums und der Mitgliederversammlung des Gesunde-Städte-Netzwerkes erstmalig in Rostock sowie das Kalenderjahr 2018, welches geprägt war von zahlreichen Veranstaltungen anlässlich des 800. Stadt-Jubiläums. Letztgenanntes verdeutlicht zudem die gute Zusammenarbeit zahlreicher Akteure und Netzwerkpartner in den Sozialräumen, welche sich für die Gesundheitsförderung und Prävention gemeinsam stark machen.

Des Weiteren hat im o. g. Berichtszeitraum auch gesundheitspolitisch ein Umdenken stattgefunden, denn Gesundheit ist ganzheitlich zu betrachten. Eine starre Trennung von Gesundheitsressourcen (Gesundheitsförderung) und Gesundheitsrisiken (Prävention) ist wenig zielführend für einen lebensweltnahen Ansatz. Vielmehr sollte Anspruch sein, die unterschiedlichen Zielgruppen „mitzunehmen“ (Partizipation), um Kinder, Jugendliche als auch Erwachsene zu befähigen, ihre eigene Gesundheit zu stärken sowie einen gesunden Lebensstil zu fördern.

In diesem Sinne startete im Herbst 2020 das LeGeR-Projekt (Lebensqualität und Gesundheit in Rostock), welches ebenfalls im weiteren Verlauf kurz beschrieben wird.

Abschließend erfolgt ein kritischer Blick auf die Kommunale Gesundheitsförderung 2020/2021 unter den Rahmenbedingungen der pandemischen Lage in Deutschland.

GESUNDE-STÄDTE-NETZWERK

Das Gesunde-Städte-Netzwerk setzt sich für die Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden ein und handelt als kommunales Sprachrohr auf Bundesebene. Das 25. Bestehen wurde 2014 in Rostock unter dem Motto „Zukunftsfaktor Gesundheit – Chancen der kommunalen Gesundheitsförderung“ gefeiert. Der angeführte Presseartikel gibt einen Einblick über den Inhalt und die gemeinsame Ausrichtung und Inhalte dieser Bundesveranstaltung.

Zukunftsfaktor Gesundheit – Chancen der kommunalen Gesundheitsförderung

Mitgliederversammlung und Symposium des Gesunde Städte-Netzwerkes in Rostock

Gastgeber der diesjährigen Mitgliederversammlung des Netzwerkes und des Symposiums war die Hansestadt Rostock. Vom 21. bis 23. Mai standen der Austausch der Mitglieder und das Thema „Chancen der kommunalen Gesundheitsförderung“ im Vordergrund.

Die Stadt Rostock empfing die Mitglieder des Netzwerkes bei strahlendem Sonnenschein.

Mit einem Festakt im beeindruckenden historischen Rathaus anlässlich des 25-jährigen Bestehens des Gesunde-Städte-Netzwerkes startete die Veranstaltung. Dr. Claus Weth und Karsten Manzkowsky führten durch das Programm.

Dr. Ute Winkler vom Bundesgesundheitsministerium überbrachte die Glückwünsche und Grußworte von Gesundheitsminister Hermann Gröhe. Johanna Reimann aus Finnland gratulierte im Auftrag der WHO zum Jubiläum und unterstrich die Notwendigkeit von starken Netzwerken.

Roland Methling, Oberbürgermeister der Stadt Rostock, begrüßte die TeilnehmerInnen und freute sich, Gastgeber der Mitgliederversammlung und des Symposiums zu sein.

An Stehtischen wurden, unter Moderation von Klaus-Peter Stender (Hamburg), auf 25 Jahre Gesunde Städ-



te-Netzwerk Arbeit zurück geschaut. Die ersten Weggefährten berichteten,



Roland Methling,
Oberbürgermeister der Stadt Rostock

Impressionen aus Rostock



Frau Dr. Winkler und
Johanna Reimann im Gespräch



Quelle: Gesunde-Städte-Nachrichten, Ausgabe Nr. 1/2014



wie damals alles anfang. Gesundheitsförderung und Prävention waren vor 25 Jahren noch kein Thema. Mit der Verabschiedung der Ottawa-Charta entwickelte sich langsam eine Diskussion um das breite Thema der Gesundheitsförderung. Im Laufe der Jahre stieg die Bedeutung der Gesundheitsförderung und die Auseinandersetzung mit dem Thema ist auch heute aktueller denn je. Das besondere Merkmal des Netzwerkes, die paritätische Zusammenarbeit der Selbsthilfe/Initiativen VertreterInnen und der Kommunalen VertreterInnen, macht das Netzwerk zu einem spannenden Zusammenschluss.

Den Festvortrag „Zukunftsvisionen“ hielt Anne Janz, Stadträtin aus Kassel und Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Deutschen Städtetages. Prof. Dr. Ulla Walter von der Medizinischen Hochschule Hannover, die sich wissenschaftlich mit der Präventionsforschung beschäftigt, machte in ihrem Fachvortrag deutlich, dass kommunale Gesundheitsförderung wirkt!

Es wurde aber nicht nur fachlich diskutiert. Am Abend gab es den offiziellen Empfang der Hansestadt Rostock. Im Rathaus stand neben einem gemeinsamen Abendessen musikalische Unterhaltung auf dem Programm.

Die Mitgliederversammlung fand im Technologiepark Warnemünde statt. Dort gibt es immer auch die Gelegenheit zum Austausch untereinander. Es wurde nach einer Amtsperiode von drei Jahren der alte SprecherInnenrat verabschiedet und ein neuer SprecherInnenrat wurde gewählt. Den SprecherInnenrat verließen: Manfred Bahr, Christiane Gerhardt, Uschi Haag, Norbert Hahn, Gerhard Meck und Kerstin Moncorps. Die Mitgliederversammlung dankte allen für das teilweise langjährige aktive Wirken für das Netzwerk.

Die neu bzw. wieder gewählten Mitglieder des SprecherInnenrates für die Kommune sind: Dr. Fred Beier (Nürnberg), Corinna Fillies (Troisdorf), Andrea Mager-Tschira (München), Kars-

ten Mankowsky (Rhein-Kreis-Neuss), Dr. Karoline Schubert (Leipzig), Klaus-Peter Stender (Hamburg) und Dr. Hans Wolter (Frankfurt am Main). Aus dem Bereich der Selbsthilfe und Initiativen wurden Eva Bruns (München), Burckhard Elsner (Lünen), Elf Gül Hollweck (Mainz), Rike Hertwig (Berlin), Reiner Stock (Frankfurt am Main), Heike Trapphoff (Rhein-Sieg-Kreis) und Susanne Wehowsky (Hamburg) gewählt.



Ein besonderes Highlight war der Besuch von Heike Drechsler, Olympiasiegerin im Weitsprung. Mit ihr ging es „bewegt“ in die Pause.

Das Symposium stand unter dem Leitbegriff „Zukunftsfaktor Gesundheit“. In spannenden Workshops, die mit tollen ReferentInnen besetzt waren, wurde zu den Themen Bewegung im öffentlichen Raum, zur Zukunft des ÖGD, zu der Wirksamkeit der kommunalen Gesundheitsförderung am Beispiel der Zahnge-



Quelle: Gesunde-Städte-Nachrichten, Ausgabe Nr. 1/2014



Impressionen aus Rostock

sundheit und zur Selbsthilfe und Prävention im Zusammenwirken zwischen Kommune und Selbsthilfe diskutiert und aufgezeigt, welche Gestaltungsmöglichkeiten Kommunen haben.

Im Anschluss an die Arbeit durfte ein Erkunden von Rostock nicht fehlen. Beeindruckend war die abendliche Schiffsfahrt von Warnemünde nach Rostock.

Der dritte Tagungstag hatte den Leitfaden Gesunde Stadt: Was macht eine gesunde Stadt aus? – Herausforderung Kommunalen Gesundheitsförderung und Lebensqualität zum Thema. FachexpertInnen aus Wissenschaft, Politik und Praxis zeigten Möglichkeiten und Weiterentwicklungen auf.

Dieses Thema wird das Gesunde Städte-Netzwerk weiter verfolgen und dazu am 06. und 07. November 2014 in Hamburg für die Mitglieder ein Fachforum als Fortbildungsveranstaltung anbieten (siehe Seite 28).

Aus Rostock verabschiedeten sich zufriedene TeilnehmerInnen und bedankten sich für die Gastfreundschaft. Den Rostocker Kolleginnen Frau Marquardt, Frau Schünemann und Team gilt ein ganz besonderer Dank. Unterstützt wurde die Veranstaltung von der Barmer GEK, der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und dem Bundesministerium für Gesundheit. ■

Renate Ostendorf



Das Team aus Rostock (Kristin Schünemann, Susanne Kästner, Peter Schilling und Karin Marquardt) hat eine gelungene Tagung organisiert!

Quelle: Gesunde-Städte-Nachrichten, Ausgabe Nr. 1/2014

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“ (Charta der WHO, Ottawa 1986)

Schwerpunkte der Kommunalen Gesundheitsförderung in Rostock sind die Themen „Gesund aufwachsen“ und „Gesund älter werden“ sowie die Förderung der Selbsthilfe im Rahmen der Gesunde-Städte-Arbeit. Zudem werden in den unterschiedlichen Themenfeldern beispielsweise Ernährung, Fachtage und Konferenzen ausgerichtet. Die Kommunale Gesundheitsförderung unterstützt die Bevölkerung, ihre Gesundheitskompetenzen zu stärken, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben zu führen sowie Impulse für quartiersbezogene Maßnahmen zu setzen. Dabei sind vor allem die Lebenswelten der Menschen, die sogenannten Settings, als wichtige Schlüsselrolle für gesundheitsförderliche Initiativen zu berücksichtigen, wie z. B. der Kindergarten, die Schule und der Stadtteil.

Die folgende Abbildung (Abb. 1) verdeutlicht die Struktur und Handlungsfelder der Kommunalen Gesundheitsförderung in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock, welche sich an die Gesundheitsziele „Gesund aufwachsen“ sowie „Gesund älter werden“ ausrichten.

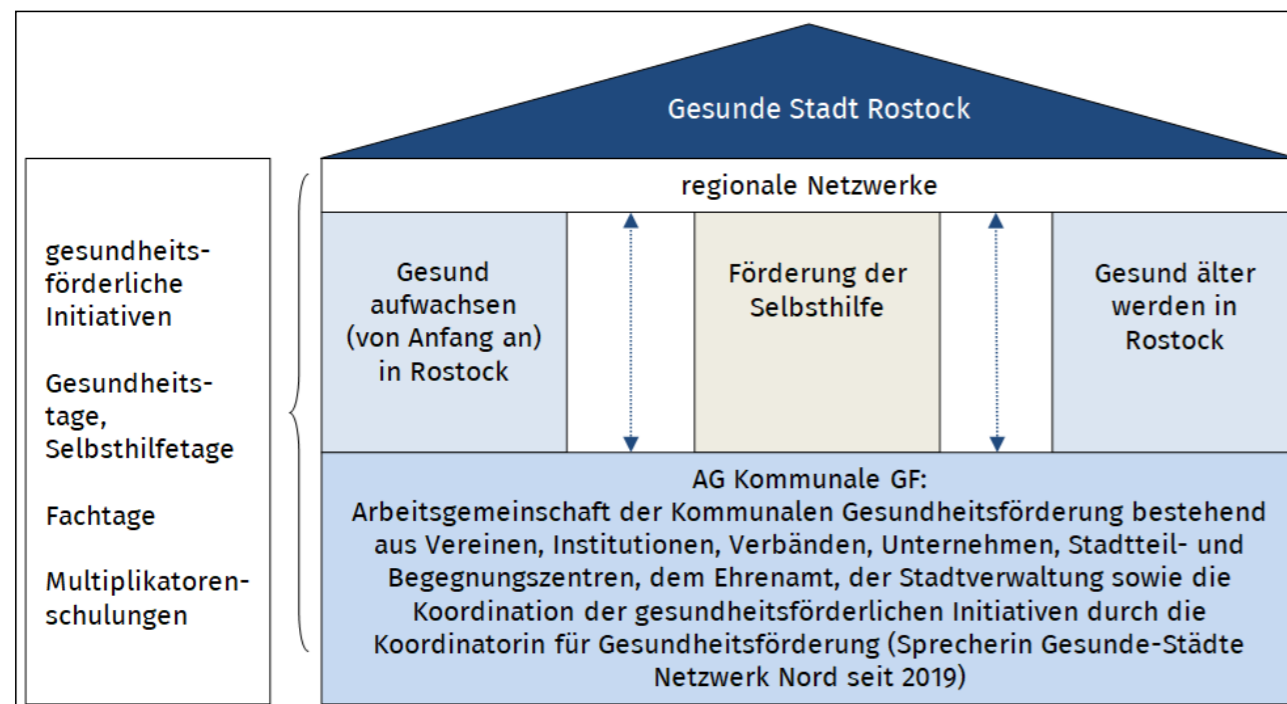


Abb. 1 Struktur und Handlungsfelder der kommunalen Gesundheitsförderung, Gesundheitsamt Rostock (K. Schünemann)

Dementsprechend wurden kommunale sowie sozialräumliche Netzwerke in allen drei Säulen „aufgebaut“, um gesundheitsförderliche Initiativen zu realisieren. Dazu zählen beispielsweise die Veranstaltungstage für Kinder- und Familiengesundheit, Senioren sowie Selbsthilfe in Rostock. Zahlreiche Kooperationen ermöglichten es, Fachtagungen und Schulungen in Rostock auszurichten. In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Sektion MV e. V. fanden z. B. Schulungen der Cafeteria-Betreiber zum Thema gesundheitsförderliche Snacks statt. Besondere Highlights waren außerdem die gemeinsame Ausrichtung der DGE-Ernährungsfachtagungen 2014 „Wenn die Seele hungert – Essstörungen im Fokus“ sowie im Kalenderjahr 2019 unter dem Veranstaltungstitel „Schutzfaktor Ernährung – Einfluss des Essens und Trinkens auf entzündliche Prozesse“. An der letztgenannten Veranstaltung nahmen beispielsweise 120 Fachkräfte aus dem Bereich der Ernährung und Gesundheit teil.

Der Marktplatz Stadtgesundheit unter dem Motto „Gesundheit verbindet“ am 25. April 2018 richtete sich an alle Rostocker Bürger/innen. Anlässlich des Stadt-Jubiläums beteiligten sich zahlreiche Akteure der Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Gesundheitsförderung. Sie zeigten auf, wie wichtig es ist, etwas für seine eigene Gesundheit zu tun und welche zahlreichen Möglichkeiten die Stadt Rostock bietet, beispielsweise aktiv zu sein. Außerdem nutzten Jung und Alt die Gelegenheit, ihre Wünsche für ihre „Gesunde Stadt Rostock“ zu formulieren.

„GESUND AUFWACHSEN IN ROSTOCK“ KINDER- UND FAMILIENGESUNDHEITSTAGE

Die gemeinsame Ausrichtung der jährlichen Kinderbewegungstage für Kita- und Grundschulkin- der in der Turnhalle Marienehe in Kooperation mit dem Stadtsporbund Rostock e. V. und dem Landesturnverband Mecklenburg-Vorpommern e. V. ist mittlerweile Tradition in Rostock. Im Rahmen der Kindergesundheitsziele und unter dem Aspekt der gesundheitlichen Chancengleichheit wurde das Konzept dieser Kinderbewegungstage 2005 entwickelt. Ziel ist es, allen Kindern – unabhängig von Leistungsvoraussetzungen und sozialem Status – so früh wie möglich eine Teilhabe und Spaß an Bewegung zu ermöglichen. Der aktive Austausch zwischen den Akteuren der Gesundheitsförderung mit den Pädagogen ist außerdem ein wichtiger Beitrag für die regionale Vernetzung, beispielsweise von Kitas und Grundschulen mit den Sportvereinen der Hanse- und Universitätsstadt Rostock.

Am 12. Grundschulgesundheitstag im Oktober 2019 nahmen insgesamt 362 Kinder aus zehn Rostocker Grundschulen teil, welche einen sportlichen Vormittag in der Turnhalle Marienehe erleben konnten. Das 14. Nikolaussportfest im Dezember 2019 bereitete insgesamt 325 Kindergartenkindern aus 12 Einrichtungen ebenfalls viel Bewegungsfreude sowie kleine Überraschungen. Auch integrative Kindertagesstätten nutzen dieses jährliche Angebot (Abb.2).



Abb. 2 Schulgesundheitstag 2019 und Nikolaussportfest 2019, Fotos: Stadtsporbund Rostock und Landesturnverband MV e. V.

In den Kalenderjahren 2020 und 2021 konnten die Kinderbewegungstage aufgrund der bestehenden Kontaktbeschränkungen leider nicht umgesetzt werden. Um dennoch ein Angebot für die Kinder zur Bewegungsförderung zu unterbreiten, rief die Kommunale Gesundheitsförderung zusammen mit dem Stadtsporbund Rostock unter dem Motto „Fit durch die kalte Jahreszeit“ zu einem Kreativwettbewerb und das Absolvieren eines Kinder-Turn-Tests auf. Die Kita Wiedenhoff, Institut „Lernen und Leben“ e. V., sowie zahlreiche Beiträge der Türmchenschule, darunter auch Beiträge der Förderklassen, überzeugten mit gebastelten Dokumentationen des Kinder-Turn-Tests. Darüber hinaus stellten die Grundschüler in kreativen Beiträgen dar, was sie gesund hält (z. B. Obst, Gemüse, wenig Süßigkeiten, Lachen, Schlafen, Hygiene). Als Dankeschön für die Teilnahme erhielten die o. g. Sieger Sachpreise zur Anschaffung von Spiel- und Sportgeräten zur Bewegungsförderung.

Des Weiteren konnte im Berichtszeitraum ein neues Handlungsfeld „Gesund aufwachsen von Anfang an“ in Rostock etabliert und mit starken Netzwerkpartnern gestaltet werden (Abb. 3 und 4). Als Auftaktveranstaltung der Weltstillwoche werden alle zwei Jahre Rostocker Stilltage ausgerichtet, die sich als fester Termin in der kommunalen Stillförderung etablieren sollen.



Abb. 3 „Gesund aufwachsen von Anfang an“, Foto: Katrin Herold / Grafik: CityCard PINAX Werbemedien

Stillen sichert das gesunde Aufwachsen für die Kinder und soll daher maßgeblich unterstützt und begleitet werden. Aber auch für die Gesundheitsförderung der Mutter trägt das Stillen bei. Nach dem so genannten Europäischen Kodex zur Krebsprävention hat das Stillen einen positiven Einfluss auf das Brustkrebsrisiko. Zudem fördert das Stillen die Bindung zwischen Mutter und Kind.

Aufgrund der Pandemie fand 2020 der 2. Rostocker Stilltag erstmals digital statt. In dem genannten Kalenderjahr lag der Schwerpunkt in einem guten Start in das Stillen, einem gesunden Bindungsaufbau sowie der achtsamen Einführung von Beikost. Dazu konnten Expertinnen gehört, gesehen und befragt werden. Beworben wurde der Tag mit einer Postkartenaktion u. a. in Apotheken, Restaurants, Cafés und Bibliotheken.

Das gemeinsame Projekt vom Gesundheitsamt, dem Landeshebammenverband MV, den Frühen Hilfen sowie der Volkshochschule richtete sich an alle interessierten Eltern, Fachkräfte und Familien.

„GESUND ÄLTER WERDEN IN ROSTOCK“

Um seniorengerechte und sozialräumliche Angebote der Gesundheitsförderung in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock zu realisieren, entstand im Rahmen des Gesundheitszieleprozesses der Kommunalen Gesundheitsförderung 2012 das Konzept der Seniorentage in Rostock. Hintergrund ist, dass die Altersstruktur in Rostock ebenfalls dazu Anlass gab, neben den bereits seit 2005 gut etablierten Kindergesundheitstagen für Kindergarten- und Grundschulkindern in Rostock, seniorengerechte und sozialräumliche Angebote der Gesundheitsförderung in Rostock zu implementieren und kontinuierlich zu begleiten. Die Themenvielfalt sowie die Ansprache der Zielgruppe durch Senioren stellen entscheidende Qualitätskriterien der Seniorentage dar. Letztgenanntes umschreibt den Zugang „von Senioren für Senioren“. Des Weiteren beinhaltet die Konzeption der Seniorentage eine gemeinsame Programmgestaltung und Festlegung der Themen mit den sozialräumlichen Kooperationspartnern.



Abb. 4 Impressionen „Gesund aufwachsen in Rostock“, Fotos: Kommunale Gesundheitsförderung, Vernetzungsstelle Schulverpflegung MV und Joachim Kloock

Im Jahr 2017 wurden die Seniorentage gemeinsam mit Frau Monika Schmidt (Seniorenbeirat Rostock) im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz am 11. September 2017 in Güstrow vorgestellt.

Die erfolgreiche Entwicklung der Seniorentage von 2012 bis heute verdeutlicht, dass kommunale Netzwerke der Gesundheitsförderung wirksam und notwendig sind, um sich für die Belange älterer Menschen in der Kommune einzusetzen und bedarfsgerechte Angebote der Gesundheitsförderung lebensweltnah vorzuhalten und kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Anlässlich des 800. Stadt-Jubiläums standen neben gesundheitlichen Themen der Seniorentage auch die Stadtteilgeschichte des jeweiligen Sozialraumes im Fokus der Veranstaltungen (Abb. 5). Letztgenanntes wurde von den Senioren sehr positiv bewertet.



Abb. 5 Flyer zu den Seniorentagen in Rostock 2018, Gesundheitsamt Rostock

Während in der Vergangenheit jährlich drei bis vier Seniorentage in Rostock umgesetzt werden konnten, musste 2020 beispielsweise der 7. Seniorentag in Lichtenhagen Corona bedingt abgesagt werden. Dennoch gelang es, im Berichtszeitraum sozialräumliche Netzwerke zu stärken sowie das Thema „Gesund älter werden in Rostock“ öffentlich wirksam zu beleben. In Kooperation mit den Stadtteil- und Begegnungszentren und dem Seniorenbeirat der Stadt wurden zudem Veranstaltungen mit begrenzter Teilnehmerzahl ausgerichtet. Am 30. Oktober 2020 fand beispielsweise erstmals ein gemeinsamer Kochvormittag mit Senioren in der Lehrküche des Rostocker Freizeitentrums (RFZ) statt (Abb. 6). In gemütlicher Atmosphäre erfuhren die Teilnehmerinnen in Kleinstgruppen, wie leicht es ist, selbst ein ausgewogenes und leckeres 4-Gänge-Menü zu zaubern.



Abb. 6 Gemeinsamer Kochvormittag mit Seminar 2020, Foto: Kristin Schünemann

„Am 30. September 2020 begingen Rostocker Bürgerinnen und Bürger den internationalen Welttag älterer Menschen gemeinsam mit verschiedenen Vertretern der Zivilgesellschaft. Der Seniorenbeirat der Hansestadt Rostock und der Sozialverband VdK Ortsverband Rostock hatten diesen Tag zum wiederholten Male gemeinsam vorbereitet und durchgeführt. Mit finanzieller Unterstützung des Gesundheitsamts der Stadt Rostock gelang es, diesen besonderen Tag gemeinsam zu begehen.“

(Quelle: Monika Schmidt, Vorsitzende Seniorenbeirat Rostock, Seniorenkurier Ausgabe 4/2020)

Ein weiterer Meilenstein war die Ausrichtung des 1. digitalen Seniorentages am 6. Oktober 2021 in Kooperation mit der Volkshochschule Rostock, dem Seniorenbeirat der Hanse- und Universitätsstadt Rostock sowie den Stadtteil- und Begegnungszentren. Themen waren u. a. die Herausforderungen der Digitalisierung, die Ernährung im Alter sowie die richtige Medikamentenentsorgung. Trotz positiver Resonanzen kann ein digitaler Seniorentag nur ein Alternativangebot sein, denn Präsenzveranstaltungen können in Ihrer Wirksamkeit sowie dem persönlichen Austausch der Teilnehmer/innen nicht ersetzt werden.

Dessen ungeachtet ermöglichte der erste digitale Seniorentag, die Interessen und Wünsche der Senioren in der Kommune erneut aufzuzeigen und diese im Rahmen der Aufzeichnung der Beiträge zu dokumentieren. Der Seniorenbeirat verdeutlicht, dass er von der „Politik und Verwaltung ernst genommen werden möchten“. Er möchte mitwirken und fordert ein seniorenpolitisches Gesamtkonzept für die Stadt Rostock. Ein politischer Wille ist bisher nicht zu erkennen. In diesem Zusammenhang erläuterte Monika Schmidt (s. o.) das Seniorenmitwirkungsgesetz.

Außerdem stand im Berichtszeitraum – auf Wunsch der älteren Menschen – die Gesundheitsförderung in der Pflege im Fokus. In diesem Zusammenhang wurde im Rahmen der Kommunalen Gesundheitsförderung am 8. Mai 2019 der erste Grundkurs Kinaesthetics („Kunst der Bewegungswahrnehmung“) initiiert, um die Möglichkeiten der Gesundheits- und Mobilitätsförderung in der Pflege aufzuzeigen. Dabei lernten die pflegenden Angehörigen im Kinaesthetics-Kurs, sich mit der eigenen Bewegung auseinanderzusetzen und welche Fähigkeiten selbst benötigt werden, um z. B. von einem Stuhl aufzustehen. Dieses Wissen ist

elementar, um pflegebedürftige Angehörige individuell in ihrer Bewegung zu unterstützen, ohne Heben, Tragen und mit weniger Anstrengung. Auch die ausgerichteten Senioren- und Selbsthilfetage wurden genutzt, um die Gesundheits- und Mobilitätsförderung in der Pflege öffentlich wirksam zu kommunizieren. Seit Herbst 2019 ist der Kinaesthetics-Grundkurs zudem im jährlichen Programm der Volkshochschule Rostock fest verankert.

Zu guter Letzt sei an dieser Stelle die gute Zusammenarbeit mit dem Seniorenbeirat der Stadt seit fast zehn Jahren hervorzuheben. Rückblickend sind neben den zahlreichen Seniorentagen die gemeinsame Beteiligung an dem landesweiten Wettbewerb „Seniorenfreundliche Kommune“ im Kalenderjahr 2014 sowie die Ausrichtung der Veranstaltung „Fortschreibung des kommunalen Programms Älterwerden in Rostock“ am 20. November 2014 zu benennen. An der letztgenannten Veranstaltung beteiligte sich ebenfalls der Pflege-sozialplaner der Stadt.

Neben der Gesundheit und Pflege sind u. a. die Bildung, das Ehrenamt sowie das Wohnen und Mobilität im Alter ebenfalls wichtige Themenfelder für die Hanse- und Universitätsstadt Rostock. Im Berichtszeitraum gelang es bisher nicht, einen einheitlichen politischen Willen für eine Koordinierungsstelle (z. B. eine/n Seniorenbeauftragte/n) der Kommune zu bewirken, welche sich für die Vielzahl der Handlungsfelder Älterwerden in Rostock amtsübergreifend einsetzt. Diese Koordinierungsstelle wäre jedoch erforderlich, um dem demografischen Wandel in Rostock zu begegnen.

FÖRDERUNG DER SELBSTHILFE

Im Bereich der Selbsthilfe konnten im Berichtszeitraum ebenfalls nachhaltige Netzwerke gegründet werden, um das Thema Selbsthilfe zu stärken sowie eine aktive Beteiligung und Mitgestaltung der Betroffenen und Interessierten an gesundheitsförderlichen Initiativen zu ermöglichen. An dieser Stelle sind das Selbsthilfenetzwerk Süd-stadt/Biestow sowie das Onkologische Selbsthilfe-Netzwerk Rostock zu benennen. Außerdem fand im Kalenderjahr 2018 der Selbsthilfetag unter dem Motto „Selbsthilfefreundliches Rostock?“ statt.

SELBSTHILFENETZWERK SÜDSTADT/BIESTOW

In Zusammenarbeit mit dem Stadtteilprojekt „Länger leben im Quartier“, der Koordinatorin für Gesundheitsförderung und der Selbsthilfe-kontaktstelle Rostock wurde 2019 das Selbsthilfe-

netzwerk Südstadt/Biestow gegründet. Vertreter/innen von insgesamt zwölf Selbsthilfegruppen beteiligen sich an der Selbsthilfenetzwerkarbeit, u. a. die Selbsthilfegruppe Epilepsie, Tinnitus, Koronare Herzerkrankungen, Pflegende Angehörige, die Selbsthilfegruppe für Blinde und sehbehinderte Menschen sowie Frauen nach Krebs.

Ziel ist es, die Bedarfe und Wünsche der Selbsthilfegruppen im Sozialraum zu ermitteln und in gemeinsamen Sitzungen Arbeitsthemen sowie Interventionsbedarfe zu erarbeiten. Im Kalenderjahr 2020 widmete sich das Netzwerk insbesondere der Barrierefreiheit im Stadtteil.



Abb. 7 Selbsthilfenetzwerk Südstadt/Biestow, Fotos: Petra Kirsten

Hintergrund ist, dass die Mobilität im Alter maßgeblich von den Bewegungsmöglichkeiten und der Barrierefreiheit im Stadtteil bestimmt wird. In diesem Zusammenhang fanden gemeinsame Stadtteilspaziergänge mit Vertreter/innen von Selbsthilfegruppen, den Seniorenbeiräten, kommunalen Vertretern (z. B. Tiefbauamt, Büro für Behindertenfragen, Pflegestützpunkt) sowie interessierten Bürger/innen statt (Abb. 7). Im Ergebnis konnten viele Hindernisse und Barrieren im Stadtteil aufgezeigt sowie erste positive Entwicklungen sowie die Behebung von Barrieren erzielt werden. Ein weiteres Thema war die Gestaltung des Mehrgenerationenspielplatzes in der Südstadt, der im Rahmen einer Arbeitsgruppe des Projektes „Länger Leben im Quartier“ ebenfalls begleitet wurde. Erwartungen und eingebrachte Planungsaspekte blieben jedoch bis heute unerfüllt. Letztgenanntes

konnte in gemeinsamen Begehungen mit Fachexperten nochmal bestätigt werden, dass die Geräte nicht für ältere Menschen geeignet sind und der Aspekt der Barrierefreiheit nicht zufriedenstellend berücksichtigt wurde. Dementsprechend startete das Netzwerk eine Initiative für alters- und behindertengerechte Geräte auf dem Mehrgenerationen-Aktivplatz sowie die Einrichtung eines Nordic-Walking Parcours im Kringelgrabenpark.

ONKOLOGISCHES SELBSTHILFE-NETZWERK ROSTOCK

Eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem Onkologischen Zentrum der Universitätsmedizin Rostock, der Selbsthilfekontaktstelle Rostock, den onkologischen Selbsthilfegruppen und dem Gesundheitsamt der Hanse- und Universitätsstadt Rostock wurde am 29. September 2020 feierlich unterzeichnet. Damit soll die strukturierte Zusammenarbeit zwischen öffentlichen Gesundheitseinrichtungen und den onkologischen Selbsthilfegruppen gefördert, das Netzwerk gestärkt sowie mit weiteren Partnern an Themen, wie beispielsweise Aufklärungskampagnen, gearbeitet werden (Abb. 8).



Abb. 8 Das onkologische Selbsthilfenetzwerk Rostock, Foto: Joachim Kloock

RÜCKBLICK

Bereits seit 2013 arbeitet das Onkologische Zentrum der Universitätsmedizin Rostock mit der Selbsthilfekontaktstelle Rostock und den onkologischen Selbsthilfegruppen sehr eng zusammen. Zudem wird diese Zusammenarbeit von der Deutschen Krebsgesellschaft im Rahmen der Zertifizierung gefordert. Neben den regelmäßigen Quartalstreffen der Selbsthilfegruppenvertreter mit dem Onkologischen Zentrum wurden bereits zwei Informationsveranstaltungen „Rostocker Krebs-Selbsthilfe-Tag“ für Patienten, Angehörige und Interessierte gemeinsam durchgeführt. Seit 2018 unterstützt die Kommunale Gesundheitsförderung ebenfalls die Rostocker Krebs-Selbsthilfe-Tage. Aus dieser sehr guten Zusammenarbeit ist die Idee eines „Krebs-Selbsthilfe-Netzwerkes Rostock“ entstanden (Abb. 9).



Abb. 9 Quelle: NNN-Artikel vom 05.05.2018

Im Sommer 2021 startete das Onkologische Selbsthilfe-Netzwerk Rostock zudem seine erste Informationskampagne zum Thema Hautkrebs.

In diesem Zusammenhang initiierte das Onkologische Selbsthilfe-Netzwerk Rostock in Zusammenarbeit mit dem Hautkrebszentrum der Universitätsmedizin Rostock eine digitale Informationskampagne zum Thema Hautkrebs. Mit kurzen Videos informierte das Netzwerk über die Themen Prävention, Diagnose, Therapie, Nachsorge sowie Selbsthilfe kostenlos und vermittelte weiterführende Informationen und Ansprechpartner.

Zusätzlich wurde mit einer Postkartenaktion in Cafés, Restaurants und Apotheken nicht nur für das Thema Hautkrebs, sondern auch für die Hautkrebsvorsorge sensibilisiert.

Im Sommer 2022 fand zudem eine stadtweite Citylight-Kampagne statt, so dass diese Präventionskampagne erneut im öffentlichen Raum beworben wurde. In diesem Zusammenhang wird das Nutzen digitaler Formate auch in Zukunft ein wichtiger Bestandteil der Kommunalen Gesundheitsförderung sein.



Link zur Informationskampagne zum Thema Hautkrebs der Universität Rostock



STRUKTURFÖRDERUNGSPROJEKT „LEGER – LEBENSQUALITÄT UND GESUNDHEIT IN ROSTOCK“



LeGeR startete im August 2020 und will sich für fünf Jahre den Schwerpunktthemen Gesundheitsförderung und Prävention unter dem Motto „gesund AUFWACHSEN und gesund ÄLTER WERDEN“ widmen. Mit diesem generationsübergreifenden Ansatz ist das Projekt deutschlandweit einmalig. Im Rahmen von LeGeR werden Angebote entwickelt, die im Stadtteil Evershagen Gesundheit und Lebensqualität fördern. Ziel ist es, Menschen zusammenzuführen und Wege aufzuzeigen, um ihre Gesundheitskompetenzen zu stärken. In erster Linie geht es dabei um Bewegungsförderung, gesundheitsförderliche Mobilität, gesunde Ernährung, Entspannung und Achtsamkeit sowie Sucht- und Mediensuchtprävention bei Kindern und Jugendlichen sowie bei älteren Menschen.

LeGeR ist ein Kooperationsprojekt zwischen dem Gesundheitsamt der Hanse- und Universitätsstadt Rostock, dem Institut „Lernen und Leben“ e. V. und der Techniker Krankenkasse, welches über das Förderprogramm der Techniker Krankenkasse „Gesunde Kommune“ sowie den Eigenanteil der Kommune und des Instituts „Lernen und Leben“ e. V. finanziert und verwirklicht wird. Die Auflistung aktuell gesundheitsförderlicher Aktivitäten finden sich unter: www.leger-rostock.de

KOMMUNALE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UNTER DEN RAHMENBEDINGUNGEN DER PANDEMISCHEN LAGE IN DEUTSCHLAND

Während im Berichtszeitraum nachhaltige Netzwerkstrukturen im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Gesundheitsförderung aufgebaut werden konnten, stellten die Kalenderjahre 2020 und 2021 alle Akteure vor neue Herausforderungen. Zahlreiche Veranstaltungen mussten mehrfach abgesagt, verschoben bzw. Alternativkonzepte mit den jeweiligen Kooperationspartnern entwickelt werden. Vor allem die Kontaktbeschränkungen in allen Lebenswelten ermöglichten nicht den Zugang zu den Zielgruppen, welcher für eine niedrigschwellige Arbeitsweise erforderlich und somit elementar ist.

Dennoch konnten positive Erfahrungen im Zusammenwirken mit den Netzwerkpartnern auch

unter erschwerten Bedingungen gemacht werden. In diesem Zusammenhang sind die erste Informationskampagne zum Thema Hautkrebs, Stadtteilbegehungen, digitale Gesundheitstage sowie die Kreativwettbewerbe für Kita- und Grundschulkindern hervorzuheben. Nichtsdestotrotz können diese Alternativangebote die Präsenzveranstaltungen und somit einen aktiven und persönlichen Austausch nicht ersetzen. Der jährliche Erfahrungsaustausch im Regionalnetzwerk Nord des Gesunde-Städte-Netzwerkes zeigte zudem erste Auswirkungen der Corona-Krise auf. Alle Kommunen berichteten, dass zahlreiche Projekte und Veranstaltungen der Gesundheitsförderung dauerhaft aufgrund der Verordnungen nicht wie geplant umgesetzt oder stattfinden konnten. Außerdem wurden viele Kolleg/innen zur Corona-Nachverfolgung eingesetzt.

Die Selbsthilfekontaktstellen aus Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein betonten darüber hinaus die psychische Belastung der Menschen. Die starke Zunahme von Angstzuständen und Depressionen sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen zeigt sich beispielsweise durch die hohe Nachfrage dieser Selbsthilfegruppen. Wichtige Aspekte der Gesundheitsförderung, wie beispielsweise ausreichend Bewegungsanreize in der Kindheit sowie eine soziale Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, blieben auf der Strecke. Jedoch können eine Kindheit sowie wichtige altersgerechte Entwicklungsimpulse nicht einfach nachgeholt werden.

Hinzu kommt, dass bereits der Gesundheitsbericht der Hanse- und Universitätsstadt Rostock 2015 (Berichtszeitraum 2004–2015, Abb. 10) beispielsweise motorische Auffälligkeiten, Störungen im psychosozialen Verhalten sowie Sprachstörungen bei Kindern und Jugendlichen aufzeigte. Die Politik ist daher gefordert, Probleme sowie die gesundheitlichen Entwicklungen der Bevölkerung ernst zu nehmen und entsprechende Ressourcen zur nachhaltigen Förderung der Gesundheit zur Verfügung zu stellen.

Hingewiesen werden darf an dieser Stelle auf die wichtige Funktion der Gesundheitsberichterstattung an sich.

Die kommunale Gesundheitsberichterstattung ist Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Ziel ist es, positive, aber auch negative Entwicklungen der gesundheitlichen Lage der Rostocker Bevölkerung sowie die Versorgungsstrukturen aufzuzeigen. Dementsprechend ist die Gesundheitsberichterstattung ein wichtiges Instrument, um notwendige Handlungswege der kommunalen Gesundheitspolitik für die nahe Zukunft offen zu legen.



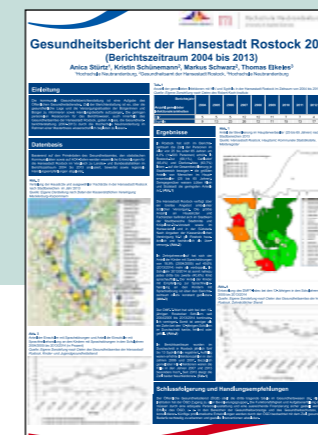
Abb. 10 Gesundheitsbericht der Hansestadt Rostock 2004–2015

Zur kompletten Ansicht des Gesundheitsberichtes



Eine Aufarbeitung, welche tatsächlichen Auswirkungen die Coronapandemie mit ihren begleitenden Maßnahmen zur Eindämmung auf die körperliche und psychische Gesundheit der Menschen mit sich gebracht hat, wäre wünschenswert und notwendig, um zukünftig zielgruppenspezifische Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune weiter zu fokussieren.

POSTER ZUM GESUNDHEITSBERICHT DER HANSESTADT ROSTOCK



Zum Thema „Gesundheitsberichterstattung“ wurde ein Poster zum 65. ÖGD-Bundeskongress 2015 in Rostock erstellt

Zur kompletten Ansicht in unserer Online Galerie



Abschließen möchte ich mit einem Titelbild der Gesunde-Städte-Nachrichten (Abb.11) sowie einer kurzen Stellungnahme des Bundes-Netzwerkes, welche die Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention sowie die ganzheitliche Betrachtung von Gesundheit verdeutlicht, welche aus meiner Sicht aktueller denn je ist.



Abb. 11 Quelle: Titelbild Gesunde-Städte-Nachrichten Ausgabe Nr. 1/Juli 2021

„Durch die Corona-Krise ist – wie durch die globale Klimakrise – aufs Neue sehr deutlich geworden, dass Wohlstand, Gesundheit und Sicherheit im 21. Jahrhundert von öffentlich bereitgestellten Gütern abhängen. Ohne ausreichende kommunale Daseinsvorsorge werden prekäre Lebenslagen immer weiter zunehmen. Das Gesunde-Städte-Netzwerk tritt deshalb seit Jahren für eine verhältnispräventive Politik ein – lokal und global, eine Politik, die die Menschen in den Lebenswelten unterstützt und demokratische Beteiligung ermöglicht. Der berühmte Tunnelblick von Experten führt häufig dazu – so auch in der Corona-Krise – dass viele wichtige Aspekte des Lebens, manchmal sogar die wichtigsten, aus dem Auge verloren werden. Gesundheitschancen und Erkrankungswahrscheinlichkeiten können aber schlüssig nur interdisziplinär begründet werden. Dies kann am besten in demokratischen Verfahren erreicht werden.“

(Quelle: Gesunde-Städte-Nachrichten, Ausgabe Nr. 1/Mai 2020)

10.2 SUCHTKOORDINATION

ANTJE WROCISZEWSKI

DIE EHEMALIGE

DR. PAED. CHRISTA DOROW, SUCHTKOORDINATORIN (1991–2002) EINBLICK IN DIE ZEIT

Im März 1991 wurde die Kreisverwaltung, Dezernat Gesundheitswesen, seitens des Sozialministeriums MV gebeten, die ambulanten, stationären und anderen Einrichtungen zur Versorgung sowohl für psychisch kranke Menschen als auch für Sucht- und Drogenkranke zu erfassen. Dr. Christa Dorow hielt für den damaligen Stand folgende Angebote fest:

- stationäre Einrichtung Rostock Kassebohm in Trägerschaft der Stadt mit stationärer (sechs Betten) und tagesklinischer Entgiftung (vier Betten); stationärer (28 Betten) und tagesklinischer Entwöhnung (10 Betten). Eine Langzeitbehandlung wurde nicht vorgehalten. Geleitet wurde die Einrichtung Kassebohm von einem Chefarzt und einem Verwaltungsleiter. Im stationären Bereich arbeiteten ein Arzt und sechs Krankenschwestern. Der therapeutische Bereich war mit vier Therapeuten sowohl Arzt und Psychologe als auch Musiktherapeutin und Soziologin ausgestattet. Daneben gab es vier Co-Therapeuten. Der Versorgungsbereich umfasste für die Hansestadt Rostock mit 252.000 Einwohnern (1991).
- drei ambulante Behandlungsstellen, deren historische Entwicklung verlief folgendermaßen:

Vor dem 4. Oktober 1990 existierte eine Suchtberatungsstelle als Abteilung der Psychotherapeutischen Klinik für Suchtkrankheiten und Neurosen im Dalwitzhofer Weg 1 in Trägerschaft des Medizinischen Zentrums Mitte (Poliklinik), die zum 1. Januar 1991 durch das Gesundheitsamt, verortet in der Leonhardstr. 21 a, übernommen wurde.

Daneben gab es zwei weitere Suchtberatungsstellen in Trägerschaft Mecklenburg/Schwerin des Diakonischen Werks der Ev. Luth. Landeskirche (Suchtberatungsstelle der diakonischen Suchtarbeit – Stadtmission Rostock, Friedhofsweg 11) und des Caritas-Verbandes Mecklenburg e. V. (Suchtberatungsstelle der Caritas, Häktweg 5). Das Angebotsspektrum umfasste Prävention, Beratung, Motivationsarbeit, ambulante Therapie zur Vorbereitung auf stationäre Behandlung, ambulante Begleitung bei stationärer Behandlung, Nachsorge, Gruppenarbeit.

Schon 1991 betreuten alle drei Suchtberatungsstellen das Territorium der HRO und teilweise das Einzugsgebiet Rostock-Land (hier über konfessionelle Beratungsstellen, die im Laufe der Zeit zu Außenstellen der heutigen Suchtberatungsstellen wurden). Die genaue regionale Verantwortlichkeit wurde erst ab 2000 mit einem Landesprojekt zur finanziellen und personellen Ausstattung der Suchtberatung geregelt.

Im Bereich der Selbsthilfe bot der Verein Trockendock e. V. für abstinent lebende Alkoholranke Selbsthilfegruppen an.

1992 stellte die damalige Suchtkoordinatorin, Dr. Christa Dorow, in einer Mitteilung an das zuständige Ministerium zur Bedarfsermittlung für die Suchtbetreuung in MV fest, dass aus vielfältigen Gründen die Angaben zu Bedarfen sehr ungenau und fehlerhaft seien. Für einzelne Schätzungen, wie „Mißbräuchler“ oder „Medikamentenabhängige“ fehlten jegliche Basisdaten. Damals konnten für Rostock nur Hochrechnungen auf Grundlage der für die Altbundesländer angegebenen Durchschnittszahlen ermittelt werden, für die keine Betreuungseinrichtung bereit war. Allerdings fiel in den drei Rostocker Beratungsstellen eine steigende Tendenz problematischer Glücksspieler auf. Es befanden sich damals acht Spielsüchtige in ambulanter Beratung.

1992 war ein bedeutsames Jahr für die Entwicklung des Rostocker Netzwerkes der Suchtkrankenhilfe und für eine landesweite Neustrukturierung der Versorgungslandschaft. Es wurde eine Basis für die Qualität der Leistungen und Angebote der Versorgung von suchtkranken Menschen geschaffen. Ein damals bereits gestellter Antrag auf Beteiligung der Suchtberatungsstellen an der Datenauswertung mit einem einrichtungsbezogenen Informationssystem für die ambulante Suchtkrankenhilfe (EBIS-Statistikprogramm) ist erst ab 2002 mit dem Abschluss der Leistungsvereinbarungen des Gesundheitsamtes mit den drei Suchtberatungsstellen umgesetzt worden.

Die sich entwickelnde kommunale Netzwerkstruktur forderte eine Plattform zur Kooperation und Kommunikation, die mit der Bildung der Arbeitsgruppe Sucht beim Gesundheitsamt ihre kontinuierliche Tätigkeit aufnahm. Seitdem findet sie als Gremium aller Rostocker Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe viermal jährlich zu Austausch- und Abstimmungsmöglichkeiten, zur Vorstellung neuer Konzepte und Anbieter sowie zur Vorbereitung und Auswertung der Aktionswoche Sucht in unserer Stadt statt.

Suchtkoordination ist eng mit der Suchtprävention verbunden, so dass 1992 in der AG Sucht die Idee einer Suchtwoche entstand, die sich zu einer jährlich stattfindenden Öffentlichkeitsveranstaltung zum Thema Sucht und Suchtprävention in Rostock bis heute etablierte.

Mit dem Aufbau einer ambulanten, durch Versicherungsträger anerkannten Suchtberatungs- und Behandlungseinrichtung in gemeinsamer Trägerschaft von Gesundheitsamt und Diakonie begann, die Profilierung der Beratungsstellen als Therapieeinrichtung ambulanter Rehabilitation. Damit zählte dieses Angebot 1992 zu den insgesamt sechs landesweiten Beratungsstellen (MV), die Verträge mit den Rentenversicherungen abgeschlossen hatten.

Aus dieser Zeit gibt ein Auftrag des Sozialministeriums MV zur Beantwortung einer Anfrage des Bundestages an die Bundesregierung und die Bundesländer als Zeitzeugendokument einen Einblick in die damalige Versorgungslage und in die auch heute noch bestehenden Probleme mit den Versicherungsträgern:

- Wie lange sind die Wartezeiten vor körperlichem Entzug?
Wartezeiten für Entgiftungstherapien (körperlicher Entzug) betragen zwischen sofortiger Aufnahme bis zu zwei Wochen.
- Wie lange vor der Therapie?
Wartezeiten für Langzeittherapieaufnahme (Bearbeitungszeit der Kostenübernahmeanträge vier bis sechs Wochen davor) zwischen ein und vier Wochen.
- Wie lange müssen Frauen und vor allem Mütter mit Kindern auf spezielle Therapien warten?
Wartezeiten für Frauen unterscheiden sich nicht zu denen für Männer.
Wartezeiten für Mütter mit Kind für spezielle Therapien durchschnittlich sechs Wochen.
- Welchen Einfluss hat die Regelung der Kostenübernahme auf die Wartezeiten?
Die unbestimmte Bearbeitungszeit für die Kostenübernahmeregelung (vier bis sechs Wochen) verzögert und kompliziert die Therapieaufnahme.

In dieser Anfangszeit konnten Situation und Auswirkungen illegaler Drogen auf die neuen Bundesländer nicht eingeschätzt werden. Es wurde ein „Ansturm der Drogen“ aus den Altbundesländern

befürchtet. Um dagegen gewappnet zu sein, fanden intensive Erfahrungsaustausche zu Suchtarbeit mit dem Diakonischen Werk in Bayern und Schleswig-Holstein sowie dem Gesundheitsamt und den Suchtkrankenhilfeeinrichtungen in der Partnerstadt Bremen statt.

Heute wie damals wird immer wieder die Frage nach der Anzahl von Alkohol- und Drogenabhängigen in MV und deren Entwicklung gestellt, so dass der Landtag bereits 1992 eine erste Drucksache dazu herausgab:

„Den Konsum und den Mißbrauch von Alkohol, illegalen Drogen, Medikamenten und Tabakwaren empirisch zu klären, kann nur als Untersuchung in Form einer schriftlichen Befragung an einem repräsentativen Querschnitt entsprechender Altersgruppen erfolgen. Solche Untersuchungen liegen für Mecklenburg-Vorpommern nicht vor. Deshalb gibt es keine Angaben über die Anzahl von Suchtmittelabhängigen, bei allen Angaben handelt es sich um Schätzungen, die in folgender Größenordnung liegen: 50–70.000 Alkoholabhängige; 3–5.000 Medikamentenabhängige. Im Jahr 1992 wurden polizeilich 21 Erstkonsumenten illegaler Drogen festgestellt ... Die Dunkelziffer wird auf das Zehnfache geschätzt.“

(Quelle: Drucksache 1/3359, Landtag MV - erste Wahlperiode, S. 32)

Insgesamt ist festzuhalten: Alkohol ist auch 30 Jahre später nach wie vor die Droge Nr. 1 in MV und in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock. Mit dem Bau von drei Suchtfachkliniken begann die Erweiterung der stationären Rehabilitation in MV. Nachsorgeeinrichtungen gab es vor der Wende in MV nicht. Das wurde bis 1992 durch geschaffene 148 Plätze nachgeholt. Ein niedrigschwelliges Angebot und ein betreutes Wohnen mit neun Plätzen im Abstinenzverein „Trockendock e. V.“ komplettierten das landesweite Versorgungssystem.

Ab 1. Januar 1993 begann die Landeskoordinierungsstelle für Suchtthemen MV (LAKOST MV) ihre Tätigkeit mit der Organisation von auch heute noch wichtigen Multiplikatorenschulungen für Schulen (Kontaktlehrer in Zusammenarbeit mit dem Landesinstitut für Schule und Ausbildung, heute IQ MV) sowie für Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, des Sozialbereiches und den Beratungsstellen. Im Ergebnis wurden damals an allen 55 beruflichen Schulen MV und all-

gemeinbildenden Schulen Kontaktlehrer benannt. Diese kooperierten mit dem schulpsychologischen Dienst, zu dessen Aufgabenbereich damals auch die Sucht- und Drogenprävention in der Schule gehörte. Das war eine Entwicklung, die heute für eine Suchtprävention als integralen Bestandteil im Schulalltag wünschenswert wäre.

Bereits nach fünf Jahren hatte sich ein differenziertes Suchtkrankenhilfesystem in vielfacher Trägerschaft mit wichtigen Versorgungsleistungen in Rostock etabliert, die heute noch bestehen:

- Suchtpräventionskabinett, ab 2013 Koordination für Suchtprävention im Gesundheitsamt
- drei Fachberatungsstellen für Sucht in unterschiedlicher Trägerschaft
- Suchtfachabteilung im Klinikum Südstadt (Kassebohm) mit 20 Entgiftungs- und 23 Entwöhnungsbetten ging ab 1998 an die Universitätsmedizin, Zentrum für Nervenheilkunde, als Station P3 der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- die heute noch bestehenden Angebote: Betreutes Wohnen beim Abstinenzverein Trockendock e. V. und der Rostocker Stadtmission (heute: Ambulant Betreutes Wohnen der Evangelischen Suchtberatung Rostock gGmbH)
- INTHIS – niedrigschwelliges Tagesstrukturangebot für nicht abstinenzfähige Menschen, ab 2010 in anderer Trägerschaft, aktuell Tagesstätte INSA 39 bei der Evangelischen Stiftung Michaelshof
- Betreute Arbeitsplätze im Zentrum für Arbeit und Resozialisierung
- Plätze zur Arbeitsförderung und Resozialisierung für Sozialhilfeempfänger durch den Internationalen Bund für Sozialarbeit

1998 konstituierte sich die kommunale Arbeitsgruppe „Illegale Drogen“, der das seit 1993 etablierte Bundesmodellprojekt für illegale Drogen vorausgegangen war. Darüber konnte für drei Jahre eine spezielle Fachstelle für ambulante Betreuung von Drogenabhängigen gezielt ausgebaut werden.

Seit 1997 begann verstärkt der Ausbau eines Hilfesystems für drogenkonsumierende Jugendliche. Dafür wurden verschiedene Projekte konzipiert und angeschoben, wie der am 1. Juli 1998 eröffnete und heute noch bestehende Kontaktladen für drogenkonsumierende Jugendliche. Die Designerdrogensprechstunde im Barnstorfer Weg 48, ein Angebot in enger Zusammenarbeit zwischen dem Sozialministerium MV, der Hansestadt Rostock und der Klinik für Kinder- und Jugend-

psychiatrie der Rostocker Universität, bestand von 1998 bis 2003. Im Folgejahr ging der sozialpädagogische Bereich in das Angebot „Leben ohne Drogen?!“ (L-O-D?!) über, das im Jahr 2010 endete.

Seit 1998 konnte eine Praxis für Allgemeinmedizin als Schwerpunktpraxis–Sucht gewonnen werden, die zehn Jahre später nahtlos der Praxisnachfolger, FA für Allgemeinmedizin Martin Förster, übernahm und die heute noch besteht.

Für 1998 war eine Fachklinik Sucht in Planung, die ab März 1998 als „Friedrich-Petersen-Suchtfachklinik“ mit 67 stationären und 15 tagesklinischen Betten ihren Betrieb am Standort Rostock aufnahm. Mit dem Neubau für diese Suchtfachklinik und ihrem Umzug im März 2018 an den Standort Kleiner Warnowdamm 1b in Groß Klein entstand das heutige „Friedrich-Petersen-Rehabilitationszentrum Rostock“ für Abhängigkeitserkrankungen in Trägerschaft der Evangelischen Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH. Hier erfolgen stationäre und tagesklinische Behandlung bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Die derzeitige Kapazität beträgt 96 stationäre und acht tagesklinische Betten.

Die Suchtfachabteilung im Klinikum Südstadt (Kassebohm) mit Entgiftungs- und Entwöhnungsbetten ging an die Universitätsmedizin, Zentrum für Nervenheilkunde, als Station P3 der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

10.2.2 SUCHTBERATUNG

Die Suchtkoordination der Hanse- und Universitätsstadt nimmt als Teil der unteren Gesundheitsbehörde die Koordinierungs- und Steuerungsfunktion nach dem Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst MV wahr. Dies trifft auf den Bereich der Versorgung von suchtkranken und -gefährdeten Menschen sowie deren Angehörige zu. Dabei nimmt die Suchtprävention einen hohen Stellenwert ein.

Die Suchtkoordination ist nur in enger Zusammenarbeit mit den Institutionen, Trägern der freien Wohlfahrtspflege, Kliniken, Selbsthilfegruppen und Verbänden möglich, deren Steuerung über verschiedene Fachgremien erfolgt. Dabei steht die Versorgung der Betroffenen im Mittelpunkt in Verbindung mit einer stetigen Verbesserung von Koordination, Kooperation und Weiterentwicklung der Angebote zur Suchtkrankenhilfe. Aus dieser Intention heraus ergeben sich wesentliche Aufgaben und Angebote der Suchtkoordination:

- Planung und Koordination der Hilfen und Angebote
- Bearbeitung von Anfragen und Grundsatzfragen in der Suchtkrankenhilfe
- Analyse und Bewertung vorhandener Leistungsangebote
- Projektentwicklung und Durchführung
- Öffentlichkeitsarbeit und Organisation von Fachveranstaltungen und Aktionstagen
- Beratung der Einrichtungsträger bei der konzeptionellen Ausgestaltung ihrer Angebote
- Mitwirkung bei der Vernetzung der lokalen Beratungs-, Betreuungs- und Versorgungsangebote
- Beratung und Information zu Unterstützungsangeboten in der Suchtkrankenhilfe

EINBLICK IN PROTOKOLLE UND AUFZEICHNUNGEN DER EHEMALIGEN – DR. PAED. CHRISTA DOROW, SUCHTKOORDINATORIN VON 1991 BIS 2002

Von 1991 bis 1993 war die Suchtberatungsstelle am Gesundheitsamt als Sachgebiet Sucht in der Abteilung Psychosoziale Dienste organisiert, und personell mit einem Arzt, einer Psychologin sowie einem Sozialarbeiter ausgestattet.

Die Ausstattung der Suchtberatung des Gesundheitsamtes beschreibt folgender Auszug aus dem Tätigkeitsbericht von 1992: Die Räumlichkeiten in der Leonhardstraße 22 a sind sehr beengt und durch die Witterungseinflüsse in einem schlechten Zustand (Wasserschäden). Die technische Ausstattung konnte durch eine „Bremenspende“ wesentlich verbessert werden und ist gegenwärtig ausreichend. Allerdings behindert die desolote Telefonanlage die Arbeit der Beratungsstelle.

Durch die Umstrukturierung des Gesundheitsamtes und dem damit verbundenen Planstellenabbau ergaben sich 1993 auch für die Abteilung Psychosoziale Dienste wesentliche Veränderungen. Von den ursprünglich vorhandenen drei Sachgebieten gingen bis zum 1. Januar 1994 zwei Bereiche in freie Trägerschaft. Neben der Sucht- und Drogenberatungsstelle, angegliedert an die Volkssolidarität, Kreisverband Rostock-Stadt e. V., übernahm die Arbeiterwohlfahrt, Kreisverband Rostock e. V. die Partner-, Sexual-, Familien- und Schwangerschaftsberatung.

Ab 1993 lag der weitaus größte Teil der Sucht- und Drogenberatung in den Händen freier Träger oder eingetragener Vereine und Selbsthilfegruppen. Diese hatten damals noch keine Verpflichtung zur Dokumentation und statistischen Erfassung. Eine systematische Erfassung von Suchtberatungen in den anerkannten Suchtberatungsstellen der Wohlfahrtsverbände erfolgte erst ab 1993.

Ab 1996 erarbeiteten die Träger eine abgestimmte Statistik der Suchtberatungsstellen für die Gesundheitsberichterstattung, die ab 2002 durch die EBIS-Statistik ersetzt wurde.

Bis Ende der 90er-Jahre erweiterte sich das Netz der Suchtkrankenhilfe differenzierter und zielgruppenspezifischer. Neben dem Ausbau von Kapazitäten im Bereich der traditionellen (abstinentorientierten) Suchthilfe entwickelten sich in den Jahren 1995 bis 1997 insbesondere niedrigschwellig-akzeptierende Angebote, die nicht von vornherein an die Abstinenzbedingung geknüpft waren, wie Tagesbetreuung, betreute Wohn- und Arbeitsplätze.

Auf der Sozial- und Dezentenberatung im Februar 1996 stand die Situation der Suchtkrankenhilfe erstmals auf der Tagesordnung mit den nach wie vor bestehenden Schwerpunktfragen zur Finanzierung und personellen Ausstattung von Suchtberatungsstellen.

Finanzierungsmöglichkeiten der Suchtberatungsstellen sahen die Fachleute aus Rostock schon 1996 auf mehrere Schultern verteilt:

- Landesmittel
- kommunale Mittel über Förderrichtlinien, da ein Festbetrag Sicherheit gibt
- Eigenmittel des Trägers

eine geringfügige Finanzierung kann erfolgen über

- Dienstleitungen, Suchtberatung, Weiterbildungen
- Projektförderung
- Rentenversicherung mit ambulanter Rehabilitation „Sucht“ und Nachsorge
- Sponsoring

Es wurden auch Empfehlungen und neue Möglichkeiten zur stärkeren Finanzierungsverantwortung der Sozialversicherungsträger gegeben:

- ambulante Entgiftung über Krankenkassen zu

- finanzieren
- abrechenbare Sozialleistungen, wie Gespräche, Vermittlungen, Begleitungen, Hausbesuche
- finanzielle Mittel von Land/Kommune sollten keiner Fachaufsicht durch Geldgeber unterliegen (Effektivitätskontrolle gefordert)
- Entlastung der Suchtberatungsstellen von Vermittlung und Antragsaufwendung für die Finanzierung durch eine zentrale Vermittlung, Klärung der Finanzierung und Vereinfachung
- Möglichkeit der Einstellung von Ärzten mit Behandlungsermächtigung, da eine Trennung in der ambulanten Betreuung von medizinischer Versorgung (niedergelassene Ärzte) und sozialer Betreuung (angestellte Sozialarbeiter) sehr ungünstig ist

Pro Suchtberatungsstelle sollten mindestens drei Mitarbeiter/innen mit folgender Qualifizierung tätig sein:

auf dem Gebiet der Suchtkrankenhilfe qualifizierte:

- Sozialarbeiter/in/Sozialpädagoge/in
- Diplompsychologe/in – auch in Kooperation
- Ärzte/in – auch in Kooperation
- Suchtkrankentherapeut/in/Sozialtherapeut/in mit Zusatzqualifizierung
- Sozialsekretär/in/Arzthelfer/in

Auch im Folgejahr 1997 behielt das Sozialministerium die Problembereiche der Suchtberatungsstellen auf der Agenda mit der Diskussion zum künftigen Bedarf, zur Personalausstattung und Sicherstellung der Finanzierung sowie zu Möglichkeiten der Konzentration von Beratungsangeboten und Verbesserung der Fördermodalitäten des Landes.

Eine damalige Landesverordnung empfahl zur Versorgung von 15.000 Einwohnern mindestens eine Fachstelle für Suchtberatung, das hieß für Rostock: 15 Beratungsfachkräfte, real waren 1997 13 Fachstellen vorhanden.

Um die ständige Diskussion nach Finanzierung und personeller Ausstattung zu begrenzen, bildete sich von November 2000 bis Dezember 2001 eine Kompetenzgruppe zur Erarbeitung einer „Leistungsvereinbarung“ für die Suchtberatungsstellen in Rostock unter Mitwirkung von Vertretern aus dem

Sozialministerium MV, des Gesundheitsamtes Rostock, der drei Rostocker Suchtberatungsstellen und dem damaligen leitenden Psychologen des Therapieverbundes Ostsee, Vitense-Parber, als Mediator.

Ergebnis war die Leistungsbeschreibung „Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe in der Hansestadt Rostock (BBS Rostock)“, die 2001 als Grundlagenpapier zur Erstellung von Leistungsvereinbarungen vorlag und die Richtlinie zur Berechnung des Personalbedarfs für Suchtberatungsstellen der Rostock bildete.

Zur Finanzierung der Suchtberatungsstellen erfolgte eine Vereinbarung zwischen dem Land MV, vertreten durch das Sozialministerium und der Hansestadt Rostock, die seit 2000 immer noch gültig ist. Diese bundesweit erste und einmalige Vereinbarung ermöglichte:

- die Zusammenführung der Fördermittel des Landes und der Kommune
- eine einheitliche Vergabe dieser Mittel durch die Hansestadt Rostock als alleinige Bewilligungsbehörde

Dadurch

- reduzierte sich der Verwaltungsaufwand
- hatten die jeweiligen Trägereinrichtungen mehr Planungssicherheit
- stärkte sich die Position der Hansestadt Rostock zur gezielten Einflussnahme auf die Qualität der Versorgung Suchtkrankender und die Erhöhung der Transparenz der Betreuungsarbeit

In den seit 2003 gültigen Leistungsvereinbarungen für die Suchtberatungsstellen ist das Leistungsspektrum festgeschrieben. Weiterhin enthalten sie die Verfahren zur Gewährung der kommunalen Zuwendungen. Die Höhe der Zuwendung durch die Hansestadt Rostock, einschließlich des Landesanteils beträgt bis zu 80 % der für die Erfüllung des Förderzwecks anerkannten zuwendungsfähigen Ausgaben (bis zu 40 % Landesanteil, bis zu 40 % kommunaler Anteil).

NOTWENDIGKEIT VON SUCHTBERATUNGSSTELLEN IM 21. JAHRHUNDERT

Suchtberatung fungiert in ihrer Brücken- und Mittlerfunktion zwischen Beratungsstelle und dem Gesundheits- und Sozialsystem, und ist damit ein wichtiger Zugang für betroffene Menschen zum Versorgungssystem der Suchtkrankenhilfe. Dadurch kommt der Suchtberatung ein Alleinstellungsmerkmal zu, das nicht durch andere Leistungen, wie Hausarzt oder anderen Therapeuten erbracht werden kann.

In diesem Sinne leisten Suchtberatungsstellen in einem gut ausgebauten kommunalen Suchtversorgungssystem einen unverzichtbaren Beitrag: Sie retten Leben und helfen Gewaltspiralen in Familien und im öffentlichen Raum zu durchbrechen.

Die drei Rostocker Suchtberatungsstellen haben die Beratung und Versorgung auch während der Coronapandemie (2020-2022) weiter abgesichert.

Viele der durch die Suchtberatung betreuten Suchtkranken und Suchtgefährdeten haben – krankheitsbedingt unbehandelt und unbetreut – erheblich mehr Schwierigkeiten, sich zuhause selbst zu versorgen und die Abstinenz stabil zu halten. Bei vorzeitiger Entlassung oder fehlender Aufnahmemöglichkeit in eine Rehabilitationsbehandlung oder auf einer Entgiftungsstation drohen Rückfall und hohe Eigengefährdung, verbunden mit der verminderten Fähigkeit, Grenzen und Regeln einzuhalten. Auch Fremdgefährdungen sind nicht auszuschließen.

Daher konnten trotz der Umstellung auf digitale Beratung weiterhin viele Klienten in der Coronapandemie betreut werden.

Das Gesundheitssystem braucht die Entlastung durch die Suchtberatungsstellen! Rostock fördert seit vielen Jahren drei anerkannte Suchtberatungsstellen mit bis zu neun Vollzeitkräften (VK) für ca. 210.000 Einwohner mit steigender Bevölkerungsprognose. Die Jahrzehnte lange Zusammenarbeit mit den Trägern zeigt, dass die Versorgung insgesamt mit neun VK und drei 0,5 VK Verwaltungsstellen zur Entlastung der Fachkräfte sichergestellt ist. Sie sind die zentralen und fachlich unterstützenden Anlaufstellen in der Stadt. Sie helfen Verelendungen, Gewalt in Familien zu verhindern und leisten einen Beitrag zur öffentlichen Sicherheit.

Mit dem am 1. Januar 2022 eingeführten Gesetz über die Finanzierung und zur Transparenz in der Freien Wohlfahrtspflege in Mecklenburg-Vorpommern (Wohlfahrtsfinanzierungs- und -transparenzgesetz – WoftG MV) droht die prozentuale Förderquote zu sinken, deren Folge eine Herabsetzung des Fachkräftegebots bedeutet. Perspektivisch sind erhebliche Auswirkungen auf den hohen fachlichen Standard in den kommunalen Suchtberatungsstellen zu befürchten. Diese Auswirkungen werden sich in Zukunft sowohl in der Fachlichkeit des Personals als auch in den (Angebots-) Strukturen der Suchtberatungsstellen, wie Wartezeiten oder Nachsorge zeigen.

10.2.3 SUCHTPRÄVENTION

Suchtprävention zielt darauf ab, gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Schäden vorzubeugen, die mit dem Gebrauch legaler und illegaler Suchstoffe sowie den Folgen süchtigen Verhaltens verbunden sind. Sie ist somit eine tragende Säule der Suchtpolitik in der Bundesrepublik Deutschland.

Fokussiert werden folgende Aspekte:

- Zielsetzungen suchtpräventiver Arbeit
- Suchtmittelkonsum legaler oder illegaler Substanzen und problematische Verhaltensweisen zu vermeiden oder weitestgehend hinauszuzögern
- Früherkennung und -intervention bei riskanten Konsum- und Verhaltensmustern
- Missbrauch und Abhängigkeiten reduzieren

Um die Ziele umsetzen zu können, ist ein Zusammenspiel aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen notwendig: Während die Verhaltensprävention das individuelle Verhalten Einzelner zu beeinflussen versucht, verändert die Verhältnisprävention idealerweise die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Die beiden Ansätze gehen Hand in Hand und bedingen sich gegenseitig. Verhältnisprävention gewährleistet dabei das Funktionieren verhaltensbezogener Maßnahmen und sorgt für deren Nachhaltigkeit.

Die relevanten Zielgruppen systematisch in ihren Lebenswelten anzusprechen, ist besonders wirksam im Hinblick auf die gesundheitsförderliche Veränderung von Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen. Daher richtet sich die Suchtprävention des Gesundheitsamtes Rostock auf:

- Kinder und Jugendliche in Familie, Schule und Freizeit anzusprechen

- erwachsene Menschen im häuslichen Umfeld, über den Arbeitsplatz und im Freizeitbereich zu erreichen
- Multiplikatoren und Kooperationspartner für eine tragfähige Zusammenarbeit zu gewinnen

Ziel der kommunalen Suchtprävention in Rostock ist es, ein Netzwerk auf- und auszubauen, damit Strukturen, Programme und Projekte entstehen, die eine kontinuierliche und damit auch nachhaltige und effektive Suchtvorbeugung gewährleisten.

Von Beginn an steht die Umsetzung dieser Ziele wegen unzureichender Finanzierung, nicht ausreichend vorhandenen Personals oder großer Motivations- und Kooperationshürden in der Zusammenarbeit mit den Vertretern des Versorgungssystems der Suchtkrankenhilfe vor großen Herausforderungen. Letztendlich ist der/die Koordinator/in für Suchtprävention ein/eine Einzelkämpfer/in.

KABINETT FÜR SUCHTPRÄVENTION DER STADT ROSTOCK VON 1994 BIS 2008 – BEGINN UND ZENTRALE ROLLE DER KOMMUNALEN SUCHTPRÄVENTION

KOOPERATIONSVEREINBARUNG

1993 begann die Erarbeitung einer Konzeption für ein Kabinett für Suchtprävention. In der Folge wurde zur differenzierten Wahrnehmung von Aufgaben im Bereich der Suchtprävention am 24. Oktober 1994 eine Personalstelle für ein Jahr bewilligt.

Von Januar 1994 bis Dezember 1995 war das Kabinett für Suchtprävention in der Hansestadt Rostock (EU-Projekt) ein gemeinsames Projekt mit einer Kooperationsvereinbarung im Trägerverbund (Abb. 1).



Abb. 1 Deckblatt der Kooperationsvereinbarung von 1994, Gesundheitsamt

ERÖFFNUNG

Am 13. Januar 1995 wurde das Kabinett medienwirksam eröffnet (Abb. 2 bis 4), die finanzielle Förderung erfolgte durch EU-Mittel, Sozialministerium MV und Gesundheitsamt. Anfangs stellte das Gesundheitsamt für die Arbeitsfähigkeit räumliche Voraussetzungen im Ärztehaus Lütten-Klein, Rigaer Str. 21, zur Verfügung. Es war die erste Einrichtung für Suchtprävention in MV.



Abb. 5 und 6
Flyer Suchtpräventionskabinetts und Impressionen der 10. Klasse des Gymnasiums Sanitz „Gefangen im Spinnennetz“, Gesundheitsamt

Das Motiv „Spinnennetz“ des Flyers des Suchtpräventionskabinetts (Abb. 5) ging auf eine Idee von Schülerinnen und Schülern der 10. Klasse des Gymnasiums Sanitz zurück, die am 8. März 1995 an einer Präventionsveranstaltung teilnahmen (Abb. 6).

Um die Suchtprävention auf eine fähige Basis zu stellen, gründeten Mitglieder der Kooperationsvereinbarung 1995 den Arbeitsverbund „Rostocker Präventivtäter“, später erfolgte die Umbenennung in Arbeitsgruppe Suchtprävention (Abb. 7).

Auf der Sozial- und Dezernentenberatung im Februar 1996 stand die Struktur und Durchführung der Prävention auf der Tagesordnung. Dort hob die damalige Rostocker Suchtkoordinatorin die zentrale Bedeutung der Prävention bei der Suchtmittelbekämpfung hervor. Drei Bereiche mit unterschiedlichen Zielen und Aufgaben führten in MV Suchtprävention als Primärprävention durch:

- Schule und Jugendarbeit (Bereich Kultusministerium)
- Öffentlicher Gesundheitsdienst, Krankenkassen, Beratungsstellen der Freien Wohlfahrt (Bereich Sozialministerium)
- Polizeiliche Prävention (Bereich Innenministerium)



Abb. 2 bis 4 Veröffentlichungen durch dpa, in der NNN und im Städtischen Anzeiger vom 14. Januar 1995, Gesundheitsamt



Abb. 7
Flyer des Trägerverbundes, Gesundheitsamt

Schon damals wurde eine Vernetzung dringend gefordert, ansonsten drohe eine „Präventionshinderung!“ Suchtprävention ist nur effektiv, wenn sie regelmäßig wiederkehrende Botschaften vermittelt und langfristig, prozessorientiert und ganzheitlich ausgerichtet wird.

Sie ist fachlich ein eigenständiges Arbeitsfeld und benötigt die kontinuierliche Arbeit von Suchtpräventionsfachkräften.

Die damalige Arbeitsweise erfolgte nach dem heute noch gängigen Verfahren über Anfragen oder Anforderungen von Schulen, der Lehrerbildung, vom Arbeitsamt, vom Bildungsträger u. a.

**EINBLICK IN DIE ARBEIT DER EHEMALIGEN
DR. PAED. CHRISTA DOROW, SUCHTKOORDINATORIN
VON 1991 BIS 2002**

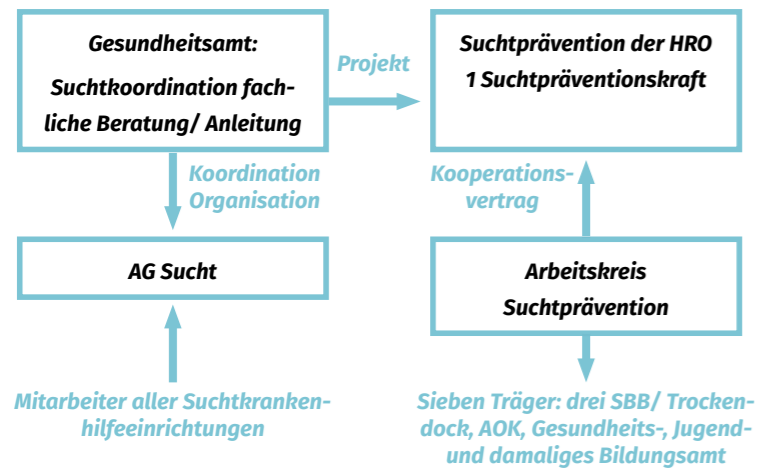
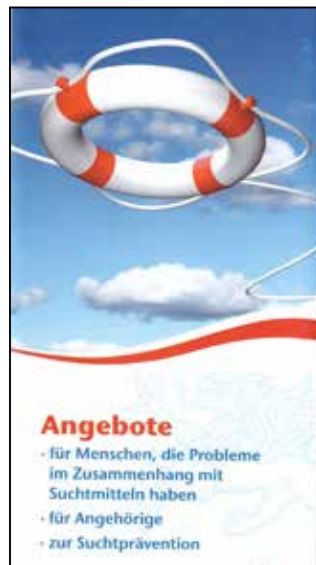


Abb. 8 Struktur AG Suchtprävention, Gesundheitsamt, Christa Dorow

1996 entwickelte die Arbeitsgemeinschaft Suchtprävention eine erste Struktur (Abb. 8) für die Suchtprävention in Rostock: Bereits 1995 wurde das Suchtpräventionskabinett sehr gut angenommen, was sich in der Dokumentation zahlreich organisierter und durchgeführter Veranstaltungen sowie durch viele Einzelaktionen mit verschiedenen Trägern widerspiegelte.

In dieser Zeit entstand der Suchtberatungsführer, der stets aktualisiert im Internet der Hanse- und Universitätsstadt Rostock veröffentlicht wird.



Zur kompletten Ansicht des Flyers



Trotz der hohen Frequenz des Suchtpräventionskabinetts blieb die Finanzierung stets problematisch. So erfolgte von 1996 bis 1998 die Förderung durch die Arbeitsagentur. Die Kabinettstelle konnte mit einer Teilzeitstelle für eine Fachkraft für Suchtprävention mit einem Diplompädagogen besetzt werden.

Mit Unterstützung der Verwaltung des Gesundheitsamtes gelang der Transfer des EU-Projektes in eine Fachstelle für Suchtprävention mit 27 Wochenstunden am Gesundheitsamt, Kabinett für Suchtprävention. Allerdings mit einer verringerten Anzahl der für die Suchtprävention zur Verfügung stehenden Stunden.

Mittels finanzieller Förderung durch die EU und das Sozialministerium MV konnte ein modern ausgestattetes Informations- und Arbeitskabinett für alle Fragen der Suchtprävention in der Waldemarstraße 56 eingerichtet werden. Technische Voraussetzungen wie Kopiergerät, Fernseher, Videogerät, Fachliteratur und Arbeitsmaterialien, Büromöbel, Plätze für maximal 30 Personen stellten hervorragende Arbeitsbedingungen für die Suchtprävention dar.

Bis 2008, mit Beginn des Ruhestandes des tätigen Diplompädagogen, war das Suchtpräventionskabinett organisatorisch und verwaltungstechnisch an die Abteilung des Sozialpsychiatrischen Dienstes angegliedert. Viele Jahre galt es als zentrale Anlaufstelle für die Durchführung gezielter und qualifizierter Suchtvorbeugungsmaßnahmen sowie zur Information, Beratung und Fortbildung im primären Bereich der Suchtarbeit für Kinder und Jugendliche in unserer Stadt.

Die Wiederbesetzung der Suchtpräventionsstelle geschah nicht nahtlos, sie blieb fünf Jahre unbesetzt und folglich mussten die Räumlichkeiten des Suchtpräventionskabinetts aufgelöst werden.

Über eine von 2009 bis 2012 landesweite Förderung von „HaLT – Hart am Limit“-Projekten in den Städten, Gemeinden und Landkreisen MV erfolgte eine jährliche finanzielle Unterstützung der kommunalen Suchtprävention.

Da Rostock eine der Modellkommunen des Landes war, wurde das HaLT-Projekt bei der Sucht- und Psychiatriekoordinatorin angebunden. Im Rahmen dieses Projektes sind landesweit Suchtpräventionsfachkräfte ausgebildet worden.

In der Stadt entwickelte sich ein Netzwerk mit folgenden Akteuren (Abb. 9), die gemeinsam die Suchtprävention planten und umsetzten und heute noch in der ämter- und institutionsübergreifenden Lenkungsgruppe Suchtprävention und Jugendschutz agieren:



Abb. 9 Netzwerk im Rahmen des HaLT-Bundes- und Landesprojektes, Gesundheitsamt, Antje Wrociszewski

Beispielgebend sei an dieser Stelle neben Beratungen und sozialpädagogischen Angeboten für alkoholintoxikierte Kinder und Jugendliche, sogenannte Rauschtrinker, einige der vielen öffentlichkeitswirksamen Aktionen genannt, wie Präventionsplakate zum Weihnachtsmarkt (Abb. 10–12) oder zur Hanse Sail (Abb. 13) oder die in der Bevölkerung sehr beliebten Postkarten (Abb. 15–16) und Bierdeckel (Abb. 14):

Abb. 10, 11 und 12 Weihnachtsmarkt 2010, 2012 und 2015, Fotos: Antje Wrociszewski



Abb. 13 Plakat zur Hanse Sail 2012, Plakat: PINAX Werbemedien



Abb. 14 Bierdeckel, PINAX Werbemedien

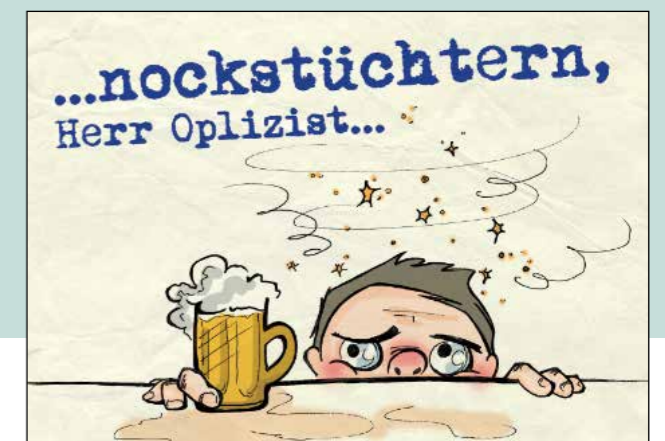


Abb. 15 und 16 Postkartenmotive: CityCard PINAX Werbemedien

Ein wichtiges Ergebnis aus dieser Projektzeit ist die Fertigstellung der Konzeption zur kommunalen Anbindung der Fachberatung für Suchtprävention mit dem Ziel, die vorhandenen Präventionsangebote koordiniert, planbar, kontinuierlich, konzeptionell, vernetzt, flächendeckend und abgestimmt durchzuführen. Das war der Auftakt einer nachhaltigen Suchtvorbeugung in Rostock. Dieser Prozess erfolgte in Zusammenarbeit mit den regionalen Suchtpräventionsfachkräften.

Mit Unterstützung des politischen Gremiums der Bürgerschaft, dem Gesundheits- und Sozialausschuss, wurde letztendlich der Vorschlag für eine Fachberaterin oder einen Fachberater für Suchtprävention umgesetzt.

Von 2013 bis 2022 wurde diese Stelle mit Dipl.-Sozialarbeiterin Doreen (Mandel) Donath in Teilzeit besetzt.

Anfangs war die Fachberaterin für Suchtprävention organisatorisch der Sucht- und Psychiatriekoordination zugeordnet. Seit 2019 ist sie in eine Koordinationsstelle umgewandelt worden.

10.2.4 KOORDINATION SUCHTPRÄVENTION DOREEN DONATH (2013–2022)

Im August 2013 übernahm Doreen Donath als Fachberaterin für Suchtprävention für Kinder und Jugendliche dieses wichtige Arbeitsfeld. Als Diplom-Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin konnte sie ihre über 10-jährige Berufserfahrung sowohl in der offenen Kinder- und Jugendarbeit als auch aus dem Bereich der Schulsozialarbeit gut in dieses Arbeitsfeld einbringen, da die Suchtvorbeugung immer ein wesentlicher Schwerpunkt ihrer bisherigen Tätigkeiten war.

Zu den Aufgabenbereichen der Fachberaterin zählen neben der Koordinierung, die Projektentwicklung und -begleitung sowie der Aufbau kommunaler Strukturen, um Suchtprävention nachhaltig in unterschiedlichen Settings für unterschiedliche Zielgruppen implementieren zu können. Dies kann nur im Netzwerk gelingen.

„SUCHTPRÄVENTION IST KEIN SPRINT, SONDERN EIN DAUERLAUF“ – ARBEITSGRUPPEN SUCHTPRÄVENTION

Sucht entsteht nicht „auf einmal“ oder von „heute auf morgen“. Die Entstehung von Sucht ist ein längerer Prozess, bei dem viele Faktoren zusammenwirken. Ähnlich sollte auch die Suchtprävention gesehen werden. Suchtprävention ist kein Sprint,

sondern ein Dauerlauf, für den man einen langen Atem benötigt. Daher sind Kontinuität und Nachhaltigkeit wesentliche Faktoren zum Gewinnen dieses Laufes.

Voraussetzung für eine wirksame Suchtvorbeugung ist das frühzeitige Wirken suchtpreventiver Maßnahmen in der Persönlichkeitsentwicklung junger Menschen.

Denn eine wesentliche Entwicklungsaufgabe im Jugendalter ist die Herausbildung eigener Handlungsmuster in Bezug auf die Nutzung von Konsumwaren wie Genuss- und Suchtmittel oder Medien. Dementsprechend stellen Kinder und Jugendliche eine wesentliche Zielgruppe der Suchtvorbeugung dar. Sie sollen dazu befähigt werden, mit schwierigen Lebenssituationen verantwortungsbewusst, kritisch und eigenständig umgehen zu können, ohne dabei zu Suchtmitteln zu greifen. Daher bedarf es zielgruppenorientierte Präventionsangebote die koordiniert, planbar, kontinuierlich, konzeptionell, vernetzt, flächendeckend und abgestimmt durchgeführt werden, um so eine nachhaltige Suchtvorbeugung in Rostock entwickeln zu können.

Um diesen Grundsätzen gerecht zu werden und Suchtprävention in Rostock besser zu koordinieren, wurde 2013 unter der Federführung von Doreen Donath die Arbeitsgruppe Suchtprävention wiederbelebt, bestehend aus Mitarbeiter/innen folgender Institutionen:

- Amt für Jugend, Soziales und Asyl, Fachkraft Jugendschutz
- Fachdienst Suchthilfe, Caritasverband für das Erzbistum Hamburg e. V., Region Rostock, Regionale Suchtpräventionsfachkraft
- Suchtberatungs- und Behandlungsstelle der Volkssolidarität, Kreisverband Rostock-Stadt e. V., Regionale Suchtpräventionsfachkraft
- Evangelische Suchtberatung Rostock gGmbH, Regionale Suchtpräventionsfachkraft
- Polizeiinspektion Rostock, Präventionsberater/innen
- Träger der Jugendhilfe, Schulsozialarbeiter/innen
- Staatlichen Schulamt Rostock, Beratungslehrerin für Gesundheitsförderung und Prävention.

Im Laufe von 2013 bis 2021 setzte die Arbeitsgruppe viele Projekte und Maßnahmen im Sinne der kommunalen Suchtprävention um. Sie trug so zur Stärkung der gesamtstädtischen Ausstrahlung und Wirkung von Suchtprävention bei (Abb. 17).



Abb. 17 Presseinformation, NNN 23. Juni 2015

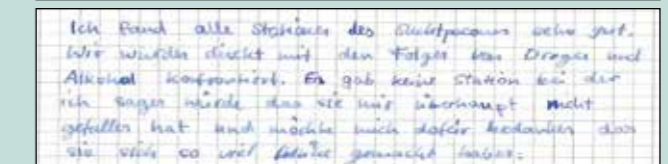
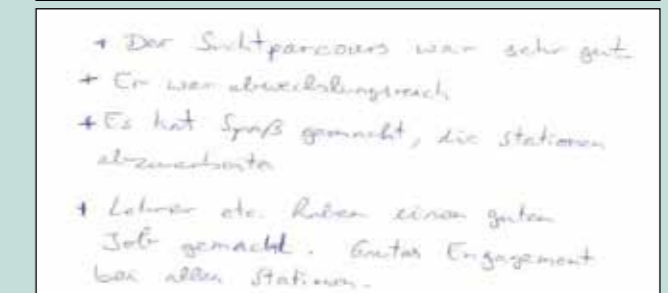
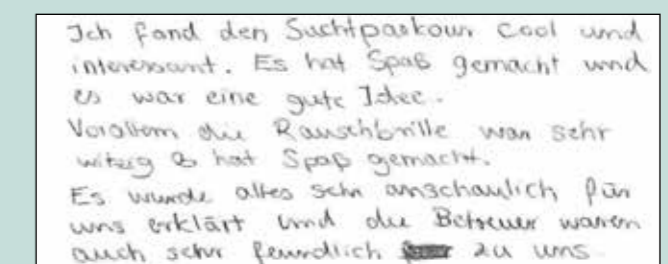
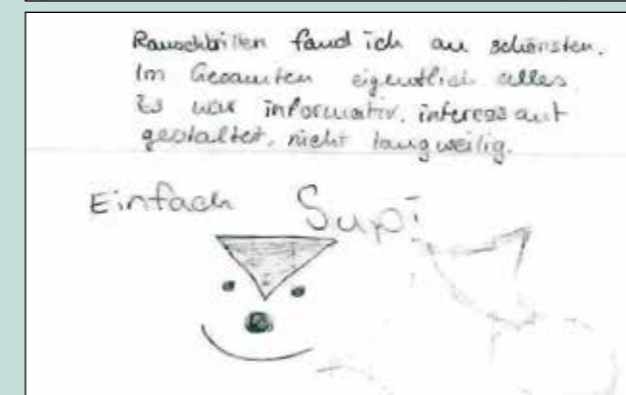
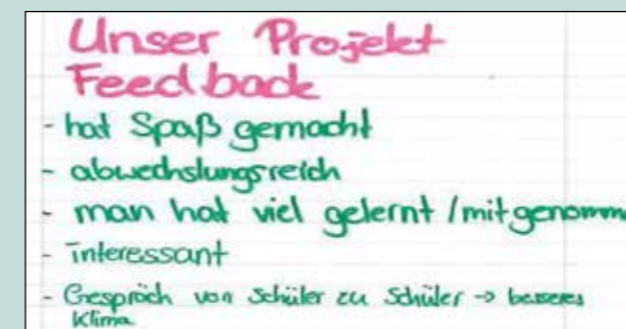
SCHULISCHE SUCHTPRÄVENTION – MODUL „LOS-SUCHTPRÄVENTION MACHT SCHULE“

Kinder und Jugendliche verbringen einen großen Teil ihrer Zeit im Bereich Schule. Daher ist es sinnvoll, frühzeitig mit suchtpreventiven Initiativen in diesem für die Entwicklung Heranwachsender bedeutsamen Lern- und Lebensraum zu beginnen und sie dort langfristig zu implementieren. Darum ist Suchtprävention als integraler Bestandteil der schulischen Gesundheitsförderung sehr sinnvoll. Deshalb sollte die Schulordnung klare Regelungen zum Umgang mit Suchtmitteln beinhalten.

PRÄVENTIONSVERANSTALTUNGEN IN DER SCHULE



Abb. 18, 19 und 20 Projekttag und KlarSicht-MitmachParcours mit Schüler/innen, Gesundheitsamt, Fotos: Doreen Donath



Ausschnitte der Eindrücke von Schülerinnen und Schülern nach der Durchführung des KlarSicht-Mitmach Parcours, Gesundheitsamt, Doreen Donath

Seit 2013 initiierte die Koordinatorin für Suchtprävention nachhaltige Projekte und Maßnahmen, eingeschlossen evaluierte Methoden wie z. B. den KlarSicht-MitmachParcours (Abb. 18–20) zu Tabak und Alkohol oder der interaktive Präventionsparcours „Cannabis – quo vadis?“.

Eine Prüfung der Wirksamkeit der eigenen suchtpreventiven Arbeit ergab, dass die personellen Ressourcen nicht ausreichend waren, um den Lebensraum Schule nachhaltig zu beeinflussen. Das daraufhin entwickelte Modul „LOS – Prävention macht Schule“ (Abb. 21) regt zur Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht auf verschiedenen Ebenen an. Es richtet sich sowohl an Schülerinnen und Schüler als auch an Eltern, Lehrer/innen sowie weitere pädagogisch Tätige.

„LOS“ startet jährlich in der Klasse 7 und ist interaktiv, praxis- und handlungsorientiert aufgebaut.

Es kann sowohl durch Lehrkräfte bzw. Schulsozialarbeiter/innen eigenverantwortlich genutzt werden, um die erwünschte Nachhaltigkeit und Akzeptanz zu erzielen.

Grundlage ist eine Kooperationsvereinbarung zwischen Schule und AG Suchtprävention des Gesundheitsamtes. Wegen der Coronapandemie und der seit 2022 unbesetzten Koordinatorenstelle für Suchtprävention erfolgte keine weitere Planung in den drei Pilotschulen.



„LOS - Prävention macht Schule“
ein Modul der AG Suchtprävention HRO

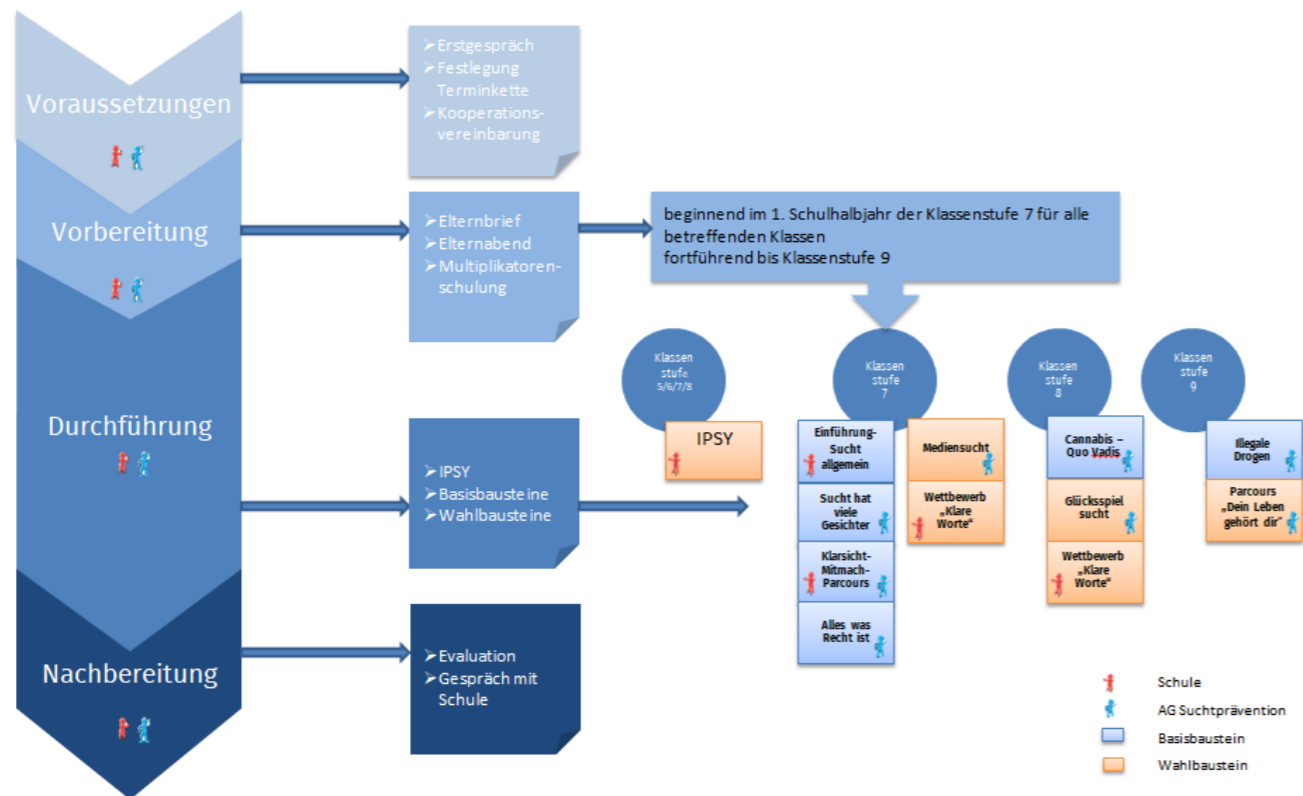


Abb. 21 Schematische Darstellung zum Ablauf des Moduls „LOS“, Doreen Donath

10.2.5 ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

AKTIONSWOCHEN GEGEN SUCHTGEFAHREN – ROSTOCKER SUCHTAKTIONSWOCHE

Die jährliche Durchführung der öffentlichen Aktionen zu Informationen über Suchtgefahren und die Präsenz regionaler Angebote ist in der Kommune zu einer guten Tradition geworden. Begleitet von aktuellen Fakten und Zahlen, Pressekampagnen, zahlreichen Aktionen, Informationsveranstaltungen und einer Pressekonferenz stellt sie einen Höhepunkt in der Öffentlichkeitsarbeit des Rostocker Netzwerkes der Suchtkrankenhilfe dar. Im Verbund mit den Rostocker Einrichtungen unter Federführung der AG Sucht konnten die Veranstaltungen immer auf einem sehr hohen Niveau organisiert und umgesetzt werden (Abb. 22–28).

Einen weiteren Einblick in die Fülle der vielen Veranstaltungen gibt folgende bildliche Zusammensetzung der Rostocker Suchtaktionswochen von 1992 bis 2022.

BELIEBT WAREN DIE AKTIONEN AUF DEM ROSTOCKER UNIVERSITÄTSPLATZ:

Darstellung des Prokopfverbrauches an Alkohol



Die Polizei war immer ein sehr gefragter Treffpunkt:



Abb. 22 bis 28, Fotos: Dorit Metz



Als fester Bestandteil dieser Aktionswoche etablierte sich die Ausgestaltung eines Fachtages zu verschiedenen Suchtthemen, der auch über die Grenzen Rostocks großen Anklang findet. Jedes Jahr aufs Neue konnte die Qualität der Fachtage gesteigert werden und auch die Umsetzung als Hybridveranstaltung 2021 gelang mit der Unterstützung vieler Kooperationspartner/innen sehr erfolgreich (Abb. 29).

2022 fand eine Konferenz zum Thema „Sucht im Alter“ mit der Gründung einer landesweiten Initiative zur Konzeption eines gemeinsamen Programms zur „Suchtvorbeugung im Alter in MV“ statt.



Fachtag 2014



Fachtag 2015
in Kooperation mit der
LAKOST MV



Fachtag 2016



Fachtag 2017



Fachtag 2018



Fachtag 2019



Fachtag 2021



Abb. 29 Flyer der Fachtage von 2014 bis 2021, Doreen Donath



10.3 PSYCHIATRIEKOORDINATION EIN SCHWIERIGES UNTERFANGEN ANTJE WROCISZEWSKI

Bis 1998 war im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern trotz der gesetzlichen Regelung über den § 6 Abs. 3 des Psychischkrankengesetzes vom 1. Juni 1993 nur in einer Versorgungsregion ein Psychiatriekoordinator tätig: von 1992 bis 2013 Wolfgang Obliers (1951–2019), zuständig für die Gebietskörperschaft der Hansestadt Stralsund.

In Rostock wurde die Stelle Psychiatriekoordination mehrfach ausgeschrieben, letztendlich von 1998 bis 2002 mit Dr. med. Ulrike Bordel als Psychiatriekoordinatorin für die Gebietskörperschaft der Hansestadt Rostock und des Landkreises Bad Doberan bestellt.

Seit 2003 erfolgte eine kontinuierliche personelle Besetzung mit Dr. päd. psych. Antje Wrociszewski für die Gebietskörperschaft der Hanse- und Universitätsstadt Rostock und des Landkreises Bad Doberan, einschließlich der Suchtkoordination und zeitweise auch der Suchtprävention für die Hanse- und Universitätsstadt Rostock.

WAS IST EIGENTLICH PSYCHIATRIEKOORDINATION UND WAS MACHT MAN DEN GANZEN TAG?

Hintergrund für die Bestellung von Psychiatriekoordinatoren sind die Besonderheiten in der Versorgung psychisch kranker Menschen, die sie von der Versorgung anderer kranker oder behinderter Menschengruppen unterscheidet.

Die vielfältigen Unterstützungsleistungen, die notwendigerweise angeboten werden müssen, waren gerade nach der Wendezeit inhaltlich und kostenrechtlich schwer überschaubar. Diese Unübersichtlichkeit führte vielfach zu einem Wildwuchs in der Versorgungslandschaft, der in bestimmten Bereichen durch eine Über- oder Unterversorgung gekennzeichnet war.

Aufgrund der Vernachlässigung der Psychiatrie in der DDR bestand nach der Wende in den neuen Bundesländern ein besonderer Nachholbedarf. Für einige Versorgungsstrukturen mussten erst die Grundlagen geschaffen, andere weiterentwickelt werden.

Unter diesen Umständen waren die Wechselwirkungen zwischen den bestehenden und den neu zu schaffenden Leistungen damals nur schwer zu fassen, weit entfernt, sie sinnvoll in eine Planung einzubeziehen.

In diesem Zusammenhang hatte sich die Ernennung von Psychiatriekoordinatoren und die damit verbundene Steuerung der Planungsprozesse in den alten Bundesländern bewährt. In den neuen Bundesländern kam diesem Bereich bei den zusätzlichen Problemen der Neustrukturierung der Gemeindepsychiatrie eine noch größere Bedeutung zu.

Gesetzliche Grundlage war und ist das jeweilige Landesgesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke mit den jeweiligen Änderungen und Novellierungen. Wie im Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für Menschen mit psychischen Krankheiten MV (Psychischkrankengesetz – PsychKG MV) der vergangenen Jahre ist auch im aktuellen PsychKG MV vom 14. Juli 2016 im § 6 die Psychiatriekoordination verankert:

Für den Versorgungsbereich eines psychiatrischen Krankenhauses oder einer psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses werden Psychiatriekoordinatoren bestellt, die in Zusammenarbeit mit den im PsychKG aufgeführten Stellen die Betreuung der psychisch Kranken im Versorgungsbereich des Krankenhauses koordinieren.

Bis heute sind die Versorgungsbereiche durch das Sozialministerium im Rahmen eines Psychiatrieplanes festgelegt, aktuell im Plan zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen in Mecklenburg-Vorpommern von 2011.

Die Fachaufsicht wird durch das Psychiatriereferat im für Gesundheit zuständigem Ministerium ausgeübt. Im Psychiatrieplan MV von 2011 ist die Notwendigkeit einer Psychiatriekoordination weiter ausgeführt:

Es wird empfohlen, auf 150.000 Einwohner eine Vollbeschäftigtenstelle (1,0 VK) als Psychiatriekoordinator einzurichten.

Der Koordinator ist durch den Landrat oder Oberbürgermeister zu bestellen, in dessen Kreis sich das psychiatrische Krankenhaus befindet.

10.3.1 GRUNDLAGEN FÜR EINE ERFOLGREICHE PSYCHIATRIEKOORDINATION

Von Beginn an wurde empfohlen, die Stelle des Psychiatriekoordinators in Form einer Stabsstelle an den Senator/Dezernenten für Gesundheit beizuordnen, damit der direkte Kontakt zwischen den an der Versorgung Beteiligten und den administrativen Verantwortungs- und Entscheidungsstrukturen gewährleistet ist.

Diese Umsetzung gestaltete sich in den zurückliegenden Jahren in vielen Gebietskörperschaften schwierig. Vor der Kreisgebietsreform 2012 umfasste die Versorgungsregion Rostock die Hansestadt Rostock, den Landkreis Bad Doberan und für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zusätzlich auch die Versorgungsregion des Landkreises Güstrow. Diese Versorgungsbereiche blieben nach 2012 bestehen, allerdings änderte sich die Bezeichnung der Landkreise.

Der Zuständigkeitsbereich der Psychiatriekoordination ist die Hanse- und Universitätsstadt und der (Alt-)Kreis Bad Doberan. Die folgende Abbildung (Abb. 1) zeigt die sechs Landkreise und die beiden kreisfreien Städte, denen jeweils eine Psychiatriekoordinatorin zugeordnet ist.

Seit der letzten Kreisgebietsreform wird deutlich, wie schwierig die Stelle der Psychiatriekoordination zu besetzen ist. Zum Leistungsspektrum der Psychiatriekoordination gehören:

- Koordination der Versorgungsleistungen aller Zielgruppen in der Versorgungsregion sowie Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbundsystems
- Gewährung gesetzlich festgelegter Aufgaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen
- Qualitätssicherung
- Öffentlichkeitsarbeit
- Kooperation auf Landesebene

Für diese Vielfalt bildet die Aufgabenbeschreibung zur Qualitätssicherung und der Leitfadens zur Ermittlung des Personalbedarfs der Gesundheitsämter in MV 2010 die Grundlage.

Die koordinierende Tätigkeit schließt neben dem Ausbau der Allgemeinpsychiatrie weitere Bereiche zur Förderung der Weiterentwicklung spezifischer Versorgungsformen ein, wie für

- psychisch kranke Kinder und Jugendliche
- suchtmittelabhängige Menschen
- psychisch kranke, alte Menschen
- den Gesamtkomplex der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben



Abb. 1 Kreisreform 2011: Krankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern (Schwerin 2012)

EINZELKÄMPFER ODER TEAMPLAYER ZWISCHEN DEN STÜHLEN?

Die Schwierigkeit, Psychiatriekoordination in den Gebietskörperschaften kontinuierlich zu etablieren, liegt daran, Psychiatriekoordination nicht als Entwicklungsprozess zu betrachten. Dadurch ergeben sich auf vielen Ebenen vor allem strukturelle Widerstände. Lange Zeit ging oder geht es irgendwie ohne Koordination.

Bis 2010 wurde die Psychiatriekoordination in anderen Gebietskörperschaften des Landes MV vom FA/FÄ für Psychiatrie des Sozialpsychiatrischen Dienstes übernommen und war in der Regel an den Sozialpsychiatrischen Dienst angegliedert. Hier wurde die Psychiatriekoordination zusätzlich an ärztliche Tätigkeiten gekoppelt, wodurch Interessenkonflikte vorhersehbar waren.

Die Psychiatriekoordination ist immer ein Prozess und eine Entwicklung, abhängig von den äußeren Rahmenbedingungen sowohl auf Landesebene, wie PsychKG MV und Landespsychiatrieplan als auch auf kommunaler Ebene durch Wertigkeit und Entscheidungslenker/Interessenvertreter der Kommunalpolitik. Insbesondere letztere bestimmen über politisch ambitionierte Planungs- und Entscheidungsgremien, wie beispielsweise die Ausrichtung und Funktionalität des Gemeindepsychiatrischen Verbundes: entweder kommunales Steuerungsinstrument oder zahnloser Tiger.

Die Psychiatriekoordination ist kommunale Verpflichtung und erfordert ein Zusammenspiel vieler Akteure. Dem Koordinator werden Erwartungen entgegengebracht, wie die nach einer Arbeitserleichterung für alle und dem Abbau von Barrieren zwischen allen Beteiligten. Bei der Vielfalt der Akteure, wie Leistungsträgern und Leistungserbringern sowie der ständigen Neuorientierung der Sozialgesetzgebung ist das schwer zu realisieren. Trotzdem kommt der Vermittlerfunktion „zwischen den Stühlen“ eine große Rolle zu. Gelingt diese, wird die Koordinationstätigkeit enorm unterstützt.

Aufgrund der Schnittstellenproblematik gestaltete und gestaltet sich die organisatorische Zuordnung der Psychiatriekoordination sehr schwierig. Letztere zeigt sich insbesondere innerhalb der Verwaltung: in einigen Landkreisen MV ist sie dem Sozialamt zugeordnet, in den kreisfreien Städten im Gesundheitsamt verortet. Nur in einem Landkreis ist die Psychiatriekoordination eine Stabsstelle.

Diese Voraussetzungen erschweren und verkomplizieren teilweise die ämterübergreifende Zusammenarbeit auf der einen Seite und mit den Leistungsträgern auf der anderen Seite hinsichtlich der Zielgruppe psychisch kranker Menschen.

Fazit: Psychiatriekoordination in der Kommunalverwaltung ist kein Sachgebiet im herkömmlichen Sinne, sondern ein ressortübergreifender Prozess und eine Steuerungsunterstützung in der Verwaltung!

Gerade in und nach der Coronapandemie ist ein Ausgrenzen der Psychiatriekoordination ein Hindernis für eine beständige Weiterentwicklung kommunaler Psychiatrieplanung. Das betrifft vor allem die nachhaltige (Daseinsvor-)Sorge der Kommune, personenorientierte Leistungen zum Erhalt und Wiedergewinn psychischer Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger in gewohnter Qualität und auf stabiler finanzieller Basis bereitzustellen. Das schließt vor allem die Bedarfserhebung und -planung unter Einbeziehung der psychosozialen Gremien ein.

Letztendlich ist die Steuerung von Finanzströmen das wichtigste psychiatriepolitische Steuerungselement, in die die Psychiatriekoordination einbezogen werden muss.

Auf Bundesebene wäre perspektivisch ein Fachaustausch sehr unterstützend. Leider sind seit Mitte der 2000 Jahre anfängliche Initiativen seitens der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie e. V. in Form einer Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatriekoordination, die Psychiatriekoordination auf Bundesebene zu koordinieren und für einen Austausch zu vernetzen, beendet.

Im derzeit aktuellen Plan zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen in Mecklenburg-Vorpommern von 2011 (Abb. 2) wird auf die Steuerungsfunktionen der Psychiatriekoordination hingewiesen:

„Auf Landesebene sind die unterschiedlichen Gremien, die sich mit der Entwicklung und Koordination im Bereich psychisch kranker Menschen beschäftigen, besser zu verzahnen und zu vernetzen.“

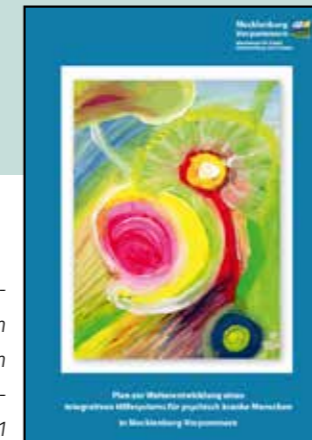


Abb. 2 Plan zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen in Mecklenburg-Vorpommern von 2011

Dem bis 2016 aktiven Landespsychiatriebeirat, unter Mitwirkung von Vertreterinnen und Vertretern aller Institutionen und Gremien, die an Netzwerken psychiatrischer Angebote beteiligt sind, kam eine beratende Funktion der Landesregierung bei der Planung und beim Ausbau der Angebote für psychisch kranke Menschen zu.

Er sollte in Zukunft wieder ein Gremium sein, das die unterschiedlichen Bereiche der Psychiatrie miteinander verbindet.

Die Agenda im Psychiatrieentwicklungsplan, diese landesweite Bündelungsfunktion zur Weiterentwicklung der Psychiatrie verbindlicher zu gestalten, indem die Zusammensetzung des Beirates auf der Grundlage der inzwischen bestehenden Erfahrungen geprüft wird und die Vertreter/innen der Arbeitsgruppen um einen regelmäßigen Bericht gebeten werden, ist derzeit nicht im Fokus des Psychiatriereferates.

Auch eine gerade in der Coronapandemie wichtige Prüfung von Parallelprozessen und Gremienstrukturen wurde nicht weiterverfolgt, die eine Selbstverpflichtung aller Beteiligten zum Wohle einer optimierten Steuerung, Planung und Vernetzung unter fachlichen wie ökonomischen Gesichtspunkten voraussetzt.

Das im Jahre 2000 gegründete überregionale Organisationsgremium der Psychiatriekoordinatoren besteht nach wie vor in einer Bundesarbeitsgemeinschaft. Sie zeichnete sich anfangs durch eine sehr aktive Zusammenarbeit untereinander und mit der Fachaufsicht, dem Psychiatriereferat des jeweiligen

für Gesundheit zuständigen Ministeriums MV, aus. In Zeiten der Pandemie festigte sie sich zu einem internen Arbeitskreis.

Auf regionaler Ebene wurden psychosoziale Arbeitsgruppen und/oder Psychiatriebeiräte initiiert und geleitet werden. In zwei Landkreisen und zwei kreisfreien Städten des Bundeslandes MV bestehen mehr oder weniger aktive Gemeindepsychiatrische Verbände.

Die Zukunft wird zeigen, ob diese Landes- und kommunalen Strukturen Bestand haben und ob sich die vor der Einführung des BTHG/SGB IX bestehenden Qualitätsmaßstäbe der Leistungsangebote kontinuierlich aufrechterhalten lassen.

Sie bedürfen eines nicht unerheblichen Koordinationsaufwandes, in den vor allem die Kommunen investieren sollten. Die Motivation hierzu erwächst nicht nur aus der kommunalen Daseinsvorsorge, sondern auch aus dem ökonomischen Druck, der aus nicht gut abgestimmten sozialen Hilfesystemen erwächst.

BEISPIELE FÜR EINE STEUERUNGSNOTWENDIGKEIT SIND

- eine gerontopsychiatrische Versorgung, die nicht zu früh in Pflegeheimen enden sollte.
- Eingliederungshilfe oder die Leistungen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung, bei denen eine gezielte Koordination und Steuerung eng mit den finanziellen Belastungen der Kommunen in Zusammenhang gebracht werden kann.

10.3.2 PSYCHOSOZIALE ARBEITSGRUPPEN – HERZSTÜCK DER NETZWERKARBEIT

1993 erfolgte die Bildung der Arbeitsgruppe Sozialpsychiatrie (PSAG) unter Leitung der Abteilungsleiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Dr. med. Helga Jaster (s. ebenfalls Kap. 7). Sie war maßgeblich an der Gestaltung der Grundsteine der heutigen sozial-psychiatrischen Versorgungslandschaft in Rostock beteiligt.

Die PSAG besteht nach wie vor, ihr steht eine Sprecherin oder ein Sprecher vor. Die Geschäftsleitung obliegt der Psychiatriekoordination. Der Arbeitskreis beschäftigt sich in zeitlichen Abständen mit

der Informationsvermittlung, dem Austausch über Arbeitsinhalte, dem Kennenlernen neuer Projekte und der Diskussion über Versorgungsprobleme für psychisch kranke Menschen. Eine Untergruppe organisiert regelmäßig die Öffentlichkeitsarbeit mit der traditionellen Veranstaltungsreihe der Rostocker Film- und Kulturtage zur seelischen Gesundheit. Die Presseveröffentlichungen in diesem Rahmen entstigmatisierten psychisch kranke Menschen und entwickelten ein realistischeres und sensibleres Bild.

Der am 12. Oktober 1994 von Dr. Helga Jaster initiierte kommunale Psychiatriebeirat, der ein Zusammenwirken aller an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten ermöglichte und schwerpunktmäßig zu Strukturproblemen der Versorgungsregion Stellung nehmen sollte, erlebte in den vergangenen Jahren als Planungs- und Abstimmungsgremium der kommunalen Ebene sowie beratendes Gremium für die politischen Entscheidungsträger ein stetes Auf und Ab. Seit 2016 ruht dieses Gremium.

1998 gründete der damalige Direktor der Universitätsmedizin Rostock, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Prof. Dr. Jörg Fegert, die psychosoziale Arbeitsgruppe für Kinder und Jugendliche (PSAG K/J). Als ein Arbeitskreis von Trägern, die in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zusammenarbeiten, vereint er sowohl große Institutionen (Jugendämter Stadt und Landkreis (bis 2018), Schulamt Rostock, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfeausschüsse) als auch einzelne Träger der Jugendhilfe und niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater/innen und Therapeut/innen. Die PSAG K/J ist am Gesundheitsamt der Stadt Rostock angesiedelt, heutige Sprecherin ist die Koordinatorin für Sucht und Psychiatrie.

Hauptsächliches Ziel der PSAG K/J ist die Verbesserung der Übergänge zwischen den einzelnen Institutionen (Schnittstellenproblematik), von deren steigender Effektivität ferner eine Verringerung des Bedarfs nach geschlossener Unterbringung erwartet wurde.

1998 konstituierte sich die psychosoziale Arbeitsgruppe für Gerontopsychiatrie (PSAG Geronto) zur Koordination gerontopsychiatrischer Versorgung unter Leitung der Psychiatriekoordinatorin. Sie beschäftigt sich regelmäßig mit Informationsvermittlung, Austausch über Arbeitsinhalte, Kennenlernen neuer Projekte und Diskussion über Versorgungsprobleme für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen.

Die PSAG Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung (TAB) entstand 2006 im Rahmen des Bundesmodellprojektes „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen“. Projektregionen waren Rostock und Landkreis Ostvorpommern (2006 bis 2007). Hintergrund dieser Projektinitiative war, dass in der Vergangenheit die Hilfeleistungen für psychisch kranke Menschen zum allergrößten Teil über die Sozialhilfe aufgebracht wurden. Das ist nach wie vor eine wesentliche Benachteiligung psychisch Kranker gegenüber somatisch erkrankter Menschen.

Durchgängige Hilfenprogramme bis zur Zielerreichung, der Platzierung im allgemeinen Arbeitsmarkt, unterscheiden sich von traditionellen Maßnahmen, bei denen betroffene Menschen so schnell wie möglich untergebracht werden, um dann erst zu entscheiden, wie es weitergeht. Das führte dazu, dass die Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM) in den letzten Jahren sehr starke Steigerungsraten hatten, weil sie die am leichtesten verfügbare Hilfe im Bereich Arbeit waren.

Nach wie vor besteht eine große Diskrepanz in der Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen für psychisch kranke Menschen. Im Status der fehlenden Erwerbsfähigkeit haben sie einen Rechtsanspruch auf einen Werkstattplatz. Dafür gibt es ein gut ausgebautes Angebotssystem mit einer gewissen Flexibilität nach oben. Demgegenüber gibt es im Bereich der Erwerbsfähigkeit fast keine Angebote. Erst wieder für leistungsstarke psychisch kranke oder behinderte Menschen stehen Reha-Möglichkeiten bereit, wie Integrationsprojekte. Diese Angebote sind aber weiterhin nicht ausreichend.

Das Innovative an diesem Projekt (Rostocker Netzwerk Arbeit – RoNA) war die Kooperation mehrerer Träger der Gemeindepsychiatrie und beruflichen Rehabilitation mit dem Hanse Jobcenter, psychisch kranken Menschen Arbeit mit Weiterbildung und sozialpädagogischer Begleitung bereit zu stellen.

Dazu wurde im Netzwerk ein Pool von Zusatzjobs geschaffen, in dem die Betroffenen ihre Erwerbsfähigkeit wiederherstellen und stabilisieren konnten. Danach erfolgte über ein betriebliches Training die Voraussetzung für die Integration auf den ersten Arbeitsmarkt. Ein zweites RoNA-Projekt 2008 bot Zusatzjobs außerhalb des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems an. Für den Projektzeitraum von 2006 bis 2008 konnte in Rostock über RoNA für 39 psychisch kranke Menschen eine Möglichkeit zur Vorbereitung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt geschaffen werden.

Die schwerpunktmäßige Beschäftigung mit den Schnittstellen, wie der Durchlässigkeit der WfbM hin zum allgemeinen Arbeitsmarkt und der Flexibilität von Arbeitsgelegenheiten zum allgemeinen Arbeitsmarkt, fand RoNA seitens der Aktion Psychisch Kranke e. V. als positives Beispiel in mehreren Staatssekretärgesprächen und Arbeitsrunden des damaligen Bundesarbeitsministeriums Beachtung.

10.3.3 ENTWICKLUNG DER GEMEINDEPSYCHIATRISCHEN VERSORGUNGSSTRUKTUR – BASIS FÜR EINE ERFOLGREICHE ZUSAMMENARBEIT IN DER KOMMUNE

Einen großen Einfluss auf die Gestaltung und Struktur der gemeindepsychiatrischen Versorgungslandschaft hatte der kontinuierliche Prozess der Krankenhausplanung von 1993 bis 2003.

Zur Wendezeit 1990 verfügte MV über 55 Krankenhäuser mit 18.835 Betten. Seitdem wurden mehr als 7.000 Krankenhausbetten ab- und Tageskliniken aufgebaut.

Der vorerst letzte in enger Zusammenarbeit mit den an der Krankenhausplanung Beteiligten unter Leitung des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales MV erstellte Krankenhausplan von 2012 setzt die Verpflichtung aus § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie aus § 1 des Landeskrankenhausgesetzes um, indem er eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherstellt und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beiträgt. Hier ist die Darstellung der derzeitigen Situation der Krankenhausversorgung in MV mit u. a. 9.894 Planbetten und 969 tagesklinische Plätze ausgewiesen.

In den vergangenen Jahren haben sich die Rahmenbedingungen wie Bevölkerungszahl und -struktur, Morbidität, neue Methoden von Diagnostik und Therapie, neue Organisationsformen zur Leistungserbringung oder die gesetzlichen Grundlagen laufend verändert. Insofern besteht die Notwendigkeit zur ständigen Beobachtung und Anpassung der krankhausplanerischen Entscheidungen. Dies gilt vor allem für die demographische Entwicklung des Bundeslandes MV, die bereits in den vergangenen Jahren Einfluss auf die Krankenhausplanung genommen hat und entsprechend für die weitere Planung Berücksichtigung fand.

Der Krankenhausplan 2012 unterstützt das Ziel des § 39 Absatz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, wonach vollstationäre Behandlung in einem

zugelassenen Krankenhaus erst dann in Betracht zu ziehen ist, wenn zuvor geprüft wurde, ob das Behandlungsziel nicht durch ambulante, vor- und nachstationäre oder teilstationäre Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Dabei werden teilstationäre Plätze mit konkreter Platzzahl geplant und im Regelfall entsprechend des diagnostischen und therapeutischen Spektrums eine Ausweisung unterhalb der Ebene des Fachabteilungsbegriffes geboten.

Unter diesen Prämissen wurde in den Folgejahren die medizinisch stationäre Krankenhausversorgung in Rostock bedarfsorientiert, die Psychiatriereform weiter voranbringend, neu strukturiert.

Dieser kurze Einblick in die Krankenhausplanung zeigt die Auswirkungen auf die kommunale Planung in der Versorgungsregion.

Bis zur politischen Wende, eigentlich bis in die Mitte der neunziger Jahre hinein, reduzierte sich die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen in der Hansestadt Rostock auf die ambulante nervenärztliche Behandlung und die psychiatrische Krankenhausversorgung.

Mit der Vergabe des damaligen Bundesmodellprojektes „Gemeindenahe Psychiatrie“ nach Rostock im Jahre 1992, entstanden in den folgenden 12 Jahren erste komplementäre Einrichtungen und Selbsthilfeinitiativen in der Stadt.

Anders als in anderen Projektregionen, bestand in Rostock keine „Altlastenproblematik“ in Form von ungenutztem Immobilienbestand ehemaliger Anstalten oder Großheime.

Somit konnte quasi „auf der grünen Wiese“ eine Landschaft geplant werden, die, angeregt durch die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung (1988), v. a. auf ambulante und teilstationäre Hilfen setzte, die es ermöglichten, dass heute 90 % der Nutzer von psychosozialen Unterstützungsangeboten in eigenem Wohnraum leben. Ein, nebenbei bemerkt, für Deutschland einmaliger Wert.

Bis in das Jahr 2000 ist dann eine umfassende, jedoch an ihren Übergängen nur wenig vernetzte psychiatrische Versorgungslandschaft entstanden. Abgesehen vom niedergelassenen Bereich, war diese im Wesentlichen in den Händen dreier Träger:

- Zentrum für Nervenheilkunde – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (KPP)
- AWO-Sozialarbeit Rostock gGmbH – komplementärer Bereich
- Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH – komplementärer Bereich (GGP-Gruppe).

Schnell wurde klar, dass allein eine Anhäufung von Hilfeangeboten unterschiedlichster Couleur noch keine personenzentrierte psychiatrische Versorgung generiert, denn faktisch handelte es sich um drei miteinander konkurrierende „psychiatrische Welten“, die zwar in sich durchaus vernetzt erschienen, aber miteinander nicht einmal oberflächliche Kooperationsbeziehungen pflegten. Es fehlte an Konzepten und Instrumentarien, die eine personenzentrierte Erfassung des Hilfebedarfs in den Lebensfeldern ermöglichten und systematische Koordination sozialpsychiatrischer Unterstützungsprozesse beförderten.

Nach 2003 erfolgte die Fortschreibung der Krankenhausplanung mit einem Konzept für die Fächer Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Heute geschieht die stationäre psychiatrische Versorgung durch die Universitätsmedizin mit den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin und Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter für den Versorgungsbereich der Hanse- und Universitätsstadt Rostock und dem ehemaligen Teil des alten Landkreises Rostock.

Die ambulante medizinische Versorgung, in der die Behandlung überwiegend im sozialen Kontext und außerhalb großer psychiatrischer Einrichtungen abläuft, finden in psychiatrischen Facharztpraxen niedergelassener Fachärzte und Psychologen statt.

Eine weitere Säule der ambulanten medizinischen Versorgung ist das allgemeine Konzept der Tageskliniken – SGB V Leistungen. Nach dem Krankenhausplan MV sind sie Teile von Krankenhäusern oder eigene Tageskliniken.

Neben der ersten Tagesklinik für Erwachsenenpsychiatrie entstand im Jahre 2000 die Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in freier Trägerschaft. In den Folgejahren eröffneten weitere psychiatrische Tageskliniken in Rostock. Heute sind es insgesamt sieben Angebote über die

Stadtgebiete verteilt. Die Betreuung richtet sich an Menschen, die selbstständig in ihrem gewohnten Umfeld leben können, aber einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bedürfen.

Tagesklinische Angebote sind angezeigt, wenn

- psychiatrische Krankheitsbilder oder Störungen ambulant nicht mehr ausreichend oder unzureichend behandelt werden konnten
- die Einbindung in ein Gruppenkonzept therapeutisch dringend erforderlich ist
- dem symptomhaltenden und -verstärkenden Rückzugsverhalten des Patienten aktiv entgegengewirkt werden muss

Therapie richtet sich nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN):

- Kombination aus psychopharmakologischer Behandlung und Psychotherapie
- verhaltenstherapeutisch ausgelegter Behandlungsansatz in einer Gruppe, basierend auf einer bio-psycho-sozialen Sichtweise, die sowohl die Krankheits- und Symptomebene, als auch biografische Faktoren und das soziale Umfeld des Patienten berücksichtigen

In Rostock sind die **psychiatrischen Tageskliniken** und Institutsambulanzen in unterschiedlichen Trägerschaften mit einem differenzierten Behandlungsangebot nach folgenden **Diagnosegruppen** möglich:

Patienten,

- die aufgrund von Art, Schwere und Dauer ihrer psychischen Erkrankung eine Betreuung in einem multiprofessionellen Team benötigen
- an chronifizierten psychischen Erkrankungen (Schizophrenie, schizoaffektive u. bipolare Störungen, schwere Persönlichkeitsstörungen, Demenzen, adulte ADHS) leiden
- „nicht-wartezimmerfähig“ sind stoffgebundene Abhängigkeiten und komorbide psychiatrische Störungen haben
- eine stationäre Behandlung abgebrochen bzw. abgelehnt haben
- ein hochfrequentes und strukturiertes Behandlungsangebot benötigen
- ab etwa 65 Jahre in der gerontopsychiatrischen Tagesklinik und Institutsambulanz

Darüber hinaus haben sich in den letzten Jahren viele Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gegründet. Es sind ebenfalls SGB V – Einrichtungen, in denen Ärzte gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtungen unter einem Dach zusammenarbeiten und als Leistungserbringer in der vertragsärztlichen Versorgung etabliert sind.

Das MVZ ist ein wichtiges Bindeglied bei der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung.

Durch die **Vernetzung der Arztpraxen** werden neben der ambulanten nervenärztlichen Versorgung komplementäre Leistungen, wie z. B. mit

- dem psychiatrischen Fachpflegedienst,
- der Praxis für ambulante Ergotherapie,
- den Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie der GGP-Gruppe angeboten

10.3.4 DAS ROSTOCKER MODELL

Im Zeitraum von 1998 bis 2005 wurde in Rostock daran gearbeitet, die Psychiatrie-Reform voranzubringen.

In der Folge der ersten Bundesmodellprojekte aus der Wendezeit unterstützten zwei landeseigene Modellprojekte (Sozialpsychiatrie, Kommunale Psychiatrie) diesen Prozess. Im Vordergrund stand die Ausrichtung der Angebote und Dienste an den Hilfebedarfen der Bürgerinnen und Bürger der Stadt, d. h. gezielt primär ambulant und im Gemeinwesen personen- und lebensfeldorientiert.

Im Jahre 2002 befand sich die psychiatrische Versorgungslandschaft durch die Verlagerung der Zuständigkeiten des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe vor zahlreichen Veränderungen.

Die dadurch entstandenen Rahmenbedingungen wirkten sich insbesondere im Bereich der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Menschen und auf die unterschiedlichsten Tätigkeitsbereiche des Amtes für Jugend und Soziales der mit 200.000 Einwohnern zählenden größten Stadt in MV aus.

Patente Lösungen auf die anstehenden entscheidenden Fragestellungen zur Integration, Koordination, Planung und Bemessung von Hilfen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in einer Region fanden sich schon bald in den aus dem Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“ seit 1996 hervorgegangenen personenzentrierten Konzepten und Modellen. Insbesondere die dort rezipierte personenzentrierte Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung (IBRP) in Einheit mit Hilfeplankonferenzen (HPK) sowie die verbundförmige Organisation aller Hilfen bargen die Chance, interdisziplinäre Komplexleistungsprogramme zu fördern und Defizite in der Koordination zu überwinden.

Deshalb verständigten sich die beteiligten Akteure im Zuge der durch das Land MV finanzierten Modellprojekte 2006 auf die Gründung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV), bestehend aus Gemeindepsychiatrischem Steuerungsverbund (GPSV) und Gemeindepsychiatrischem Leistungserbringerverbund (GPLV), die Einführung einer standardisierten Hilfeplanung mit trägerübergreifenden HPK sowie der Übernahme einer Versorgungsverpflichtung für die Region.

Mit der erstmaligen Unterzeichnung des trägerübergreifenden Versorgungsvertrages gemäß § 75 SGB XII zwischen der Kommune und dem GPLV über eine zeitbasierte Leistungsfinanzierung auf der Grundlage eines gedeckelten regionalen SGB XII-Psychiatriebudgets im Jahre 2005 konnten Leistungen hinsichtlich ihres zeitlichen Umfangs bedarfsgerecht geplant werden.

Die individuelle Zuordnung zu einer Hilfebedarfsgruppe, welche den zeitlichen Rahmen vorgab, ermöglichte es nun auch Menschen mit einem hohen Hilfebedarf, an ihrem selbst gewählten Wohnort versorgt zu werden.

Dieser konsequente Weg führte schließlich dazu, dass die beteiligten sozialpsychiatrischen Anbieter und Kostenträger für das Jahr 2005 vereinbarten, sich auf das gemeinsame „Wagnis“ einzulassen, die noch institutionsorientierte Finanzierung insbesondere im Bereich des überörtlichen Kostenträgers auf eine personenbezogene Finanzierung der Hilfen umzustellen und diese einzubetten und abzusichern über ein regionales Budget.

Die Entwicklung in Rostock konnte nur so weit voranschreiten, weil

- einer der Leistungsanbieter als „Motor der Bewegung“ fungierte und
- die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialamtes und die Leistungsanbieter von einer personenzentrierten Psychiatrie überzeugt waren und trotz enormer zusätzlicher Arbeitsbelastung diesen Weg konsequent weiterverfolgten.

Zudem wurde sie von den Geschäftsführungen der sozialpsychiatrischen Leistungsträger uneingeschränkt unterstützt, erhielt politische Rückendeckung aus der Kommune, insbesondere aus dem Sozialamt, und dem Sozialministerium MV.

Die Ergebnisse dieser Prozessgestaltung mündeten in einer zusammenfassenden Darstellung „Rostocker Modell – Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Hansestadt Rostock“, 2011 (Abb. 3).



Abb. 3
Titelblatt der Broschüre zum Rostocker Modell, 2011
Gesundheitsamt

Die gesamte Broschüre in unserer Online Galerie



ERGEBNISSE DES MODELLPROJEKTES KOMMUNALE PSYCHIATRIE:

- Ein vom 1. Januar 2005 (bis 2016) für Rostock existierendes regionales Psychiatriebudget für den SGB XII-Bereich. Das war einmalig in MV!
- Diese neue Finanzierungsform mit ihren prospektiven personenbezogenen Maßnahmebudgets ermöglichte
 - › eine individuelle Leistungserbringung auf der Basis von Komplexleistungen
 - › ein vereinfachtes Abrechnungsverfahren
 - › ein primäres Controlling der Zielerreichung und des Maßnahmeverlaufes.
- 91 % des Psychiatriebudgets der Hansestadt Rostock flossen also direkt in personenbezogene Leistungen
- Die verbleibenden 9 % verteilten sich auf Investitionsmittel und personenunabhängige Angebote, wie z. B. eine Begegnungsstätte, einen Krisendienst, Nachtwachen für geschlossenen Heimbereich, Vorhalten von (Not-) Betten für Menschen mit hohem Störungspotential und die Investitionsbeträge aus den bisherigen Entgelten.
- Bereits die „Analyse zu Versorgungsstrukturen und Prozessabläufen in der Begleitregion Hansestadt Rostock“ des Institutes für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V. an der Universität Greifswald aus dem Jahre 2002 und die sieben Jahre später durch die Besuchskommission der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V. (BAG-GPV) getroffene Einschätzung belegten
 - › eine sehr gut ausgebaute Unterstützungslandschaft in Rostock mit äußerst differenzierten Angeboten
 - › ein bundesweit beispielhaftes Verhältnis von ambulanten/teilstationären zu stationären Unterstützungsformen.

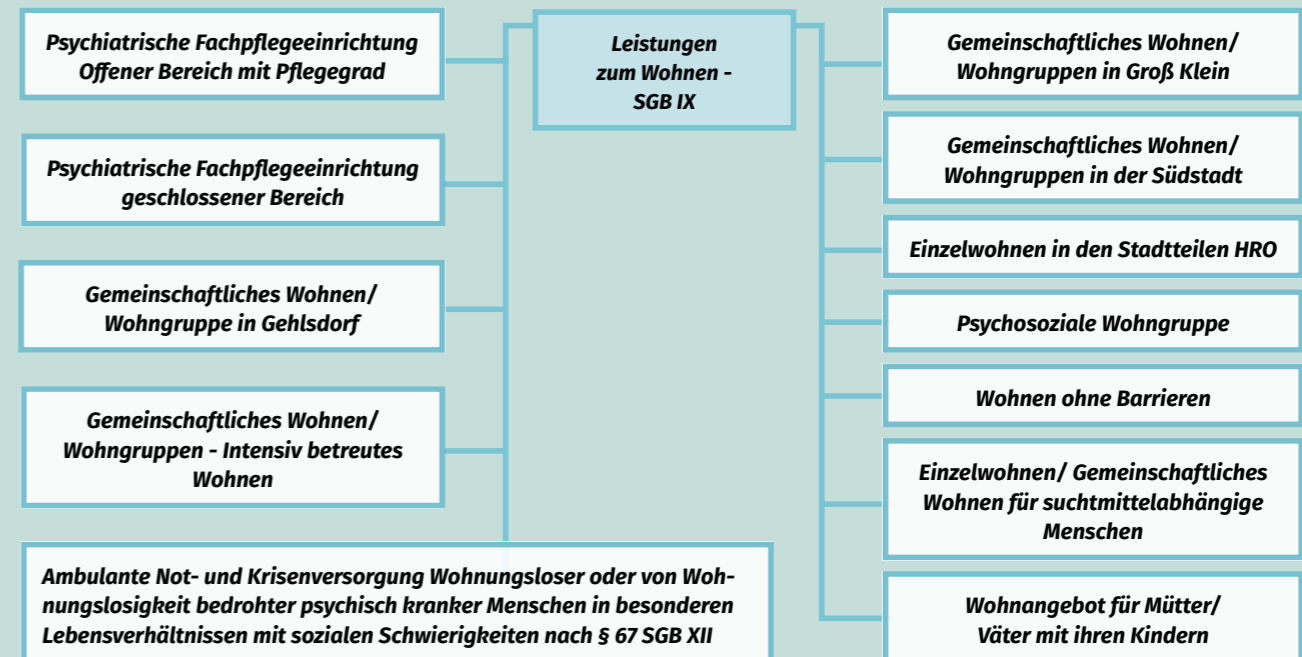
* Überblick über die Leistungen zum Wohnen und zur Sozialen Teilhabe nach SGB IX, Stand 2021, aus: Vorlesungsreihe Gemeindebasierte psychiatrische Versorgung, Fach: Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, öffentliche Gesundheitspflege, Quelle: Antje Wrociszewski

WAS GEHÖRT ZUR GEMEINDEBASIERTEN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG?

1. LEISTUNGEN ZUM WOHNEN

Ambulante Leistung nach SGB IX zu langfristigen und verantwortlichen Betreuung für psychisch kranke Menschen, ohne dass ihr Lebensmittelpunkt verlegt werden muss. Alle Leistungen werden am Wohnort erbracht:

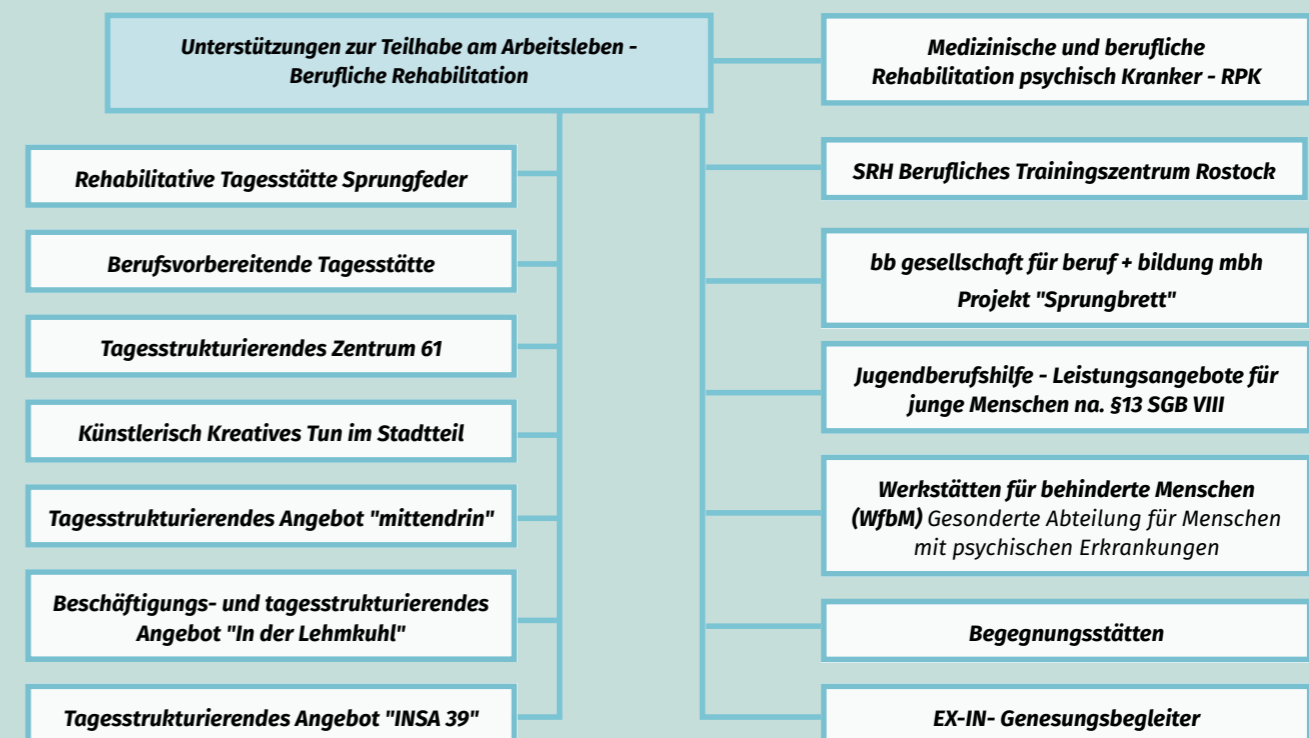
- Einzelwohnen (Betreuung in der eigenen Häuslichkeit)
 - Gemeinschaftliches Wohnen (Betreuung in Wohngruppen).
- Folgende Übersicht spiegelt die Vielfalt wider:



2. TAGESSTÄTTEN MIT DER MÖGLICHKEIT DER TEILHABE AM GESELLSCHAFTLICHEN LEBEN FÜR SEELISCH BEHINDERTE MENSCHEN

Die Unterstützungsleistungen reichen von Tagesstruktur- und Freizeitgestaltung bis zu differenzierten arbeits-, bildungsorientierten und Rehabilitationsangeboten:

- bieten für bestimmte Dauer in einer festen Gruppe ein Wochenprogramm an
- zeitlicher Rahmen orientiert sich an der im Berufsleben üblichen Fünf-Tage-Woche
- stundenweise oder tageweise Nutzung je nach individuellem Bedarf möglich
- Bestandteile eines Wochenprogramms: Gesprächsgruppen, gemeinsame Mahlzeiten, Beschäftigungstherapie, Sport, Ausflüge, hauswirtschaftliche Tätigkeiten einschließlich Einkauf und Zubereitung der Mahlzeiten etc.



Der Wegweiser für Angebote zur Versorgung psychisch kranker Menschen wird stets aktualisiert im Internet der Hanse- und Universitätsstadt Rostock veröffentlicht.



Zur kompletten Ansicht auf der Seite des Rathauses



10.3.5 ÖFFENTLICHKEITSARBEIT – ENTSTIGMATISIERUNG PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN

In den zurückliegenden Jahren hat sich die Stigmatisierung psychischer Krankheit als sehr hartnäckig herausgestellt.

Umso wichtiger ist es über Öffentlichkeitsarbeit als ein wesentlicher Bestandteil des Aufgabenspektrums der Psychiatriekoordination, mit sachlichen Informationen über das Kontinuum psychischer Gesundheit die Einstellungen zu Betroffenen zu verbessern.

Dabei sind Pressemitteilungen mit Informationen zu psychischen Erkrankungen unterstützend, um das Stigma zu verringern.

Stigma wird auch als ‚zweite Krankheit‘ bezeichnet, weil es eine schwere zusätzliche Belastung für Menschen mit psychischen Krankheiten darstellt. Es kann Suizidalität verstärken und die Prognose psychischer Krankheiten verschlechtern. Viele Betroffene zögern, notwendige Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil sie Ablehnung und Diskriminierung befürchten.

Insofern ist Stigmatisierung nach wie vor eine drängende Herausforderung in der gemeindepsychiatrischen Versorgung.

ROSTOCKER FILM- UND KULTURTAGE ZUR SEELISCHEN GESUNDHEIT „AB`GEDREHT“

Der Verein „Irrsinnig Menschlich“ aus Leipzig fragte 2006 eine Beteiligung am bundesweiten Filmfestival zu Depressionen und psychische Erkrankungen „ausnahme/ZUSTAND“ im Gesundheitsamt an. Das war der Start der Rostocker Film- und Kulturtagen „ab`gedreht“, die jährlich um den 10. Oktober, dem Welttag der seelischen Gesundheit stattfinden und ist wiederholt ein Beitrag gegen Vorurteile und Stigmatisierung psychischer Erkrankungen. Gleichzeitig beteiligt sich die Stadt an der bundesweiten Woche der Seelischen Gesundheit.

Thematisch steht die seelische Gesundheit im Mittelpunkt. Von Beginn an findet die Organisation in trialogischer Zusammenarbeit des Gesundheitsamtes mit der Klinik für Psychiatrie der Universitätsmedizin Rostock, der Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik Gruppe, der AWO-Sozialdienst gGmbH, den Landesverbänden Seelische Gesundheit MV e. V. sowie Angehöriger und Freunde psychisch Kranker e. V., dem Rostocker Bündnis gegen Depression e. V. und mit langjähriger Unterstützung durch das Lichtspieltheater Wundervoll statt.

Das Logo gestaltete Christian Kaiser 2006. Es ist von Beginn an das Erkennungszeichen der Rostocker Film- und Kulturtage (Abb. 4):



„Trialog“ meint die möglichst gleichberechtigte Zusammenarbeit von Betroffenen/Patienten und Behandlern sowie das selbstverständliche Einbeziehen der Angehörigen. Das gilt für die Therapie, die Anti-Stigma-Arbeit, bei der Planung der Versorgung und Öffentlichkeitsveranstaltungen, wie Forum Psyche, Rostocker Kultur- und Filmtage. „Trialog“ hat eine Tradition und in seiner aktuellen Erscheinung viele Ebenen und eine hoffnungsvolle Vision von Krankheitsverständnis und Behandlung.

Diese Kooperation trug maßgeblich dazu bei, dass sich über die Jahre die „Psychiatriefilme“ als fester Bestandteil im Kinoprogramm der Stadt etablierten und wie die Statistik (Abb. 5) zeigt, seitens der Bürgerinnen und Bürger gut angenommen wurde:

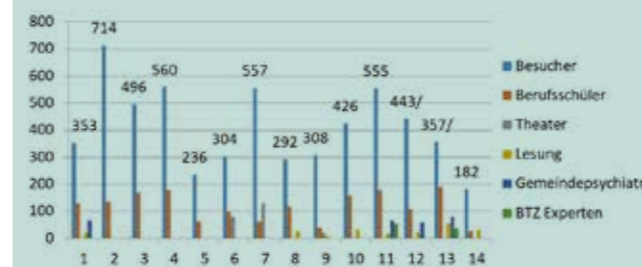


Abb. 5 Gesamtübersicht: Besucherzahlen seit 2006, Gesundheitsamt, Antje Wrociszewski

Die Programme waren nicht nur landesweit bekannt, auch bundesweit stieg der Bekanntheitswert und veranlasste viele Interessenten, sich mit Film- oder Buchbeiträgen zu beteiligen (Abb. 6 und 7).



Abb. 6 und 7 Programmhefte Rostocker Filmtage von 2006 bis 2021 zur seelischen Gesundheit, Fotos: Antje Wrociszewski

Über die Jahre veränderte sich das Erscheinungsbild der Programmhefte (Abb. 8). Letztendlich erhielt es durch die Unterstützung aus dem Beruflichen Trainingszentrum Rostock (SRH BTZ Rostock) und Leipzig seine heutige Professionalität.

ab 2006



ab 2007



ab 2016

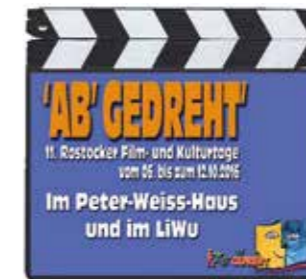


Abb. 8 Programmhefte der Rostocker Filmtage zur seelischen Gesundheit, Gesundheitsamt

Grafik: Uwe Voß, Nadine Neuhäuser

ab 2018



ab 2020



ROSTOCKER PSYCHIATRIEFORUM

Eine weitere Tradition der Rostocker Sozialpsychiatrie ist das seit 2011 regelmäßig stattfindende Rostocker Psychiatrieforum zu verschiedenen Themen.

Für einen beispielgebenden Eindruck steht das 7. Rostocker Psychiatrieforum „**ICH bin für DICH da – und WER für MICH?**“ zum Thema Kinder aus psychisch belasteten Familien im Jahr 2019, das gemeinsam mit dem 5. Stadtweiten Fachtreffen der Frühen Hilfen in einer sektorenübergreifenden und dialogischen Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Frühe Hilfen und der Rostocker Gemeindepsychiatrie organisiert und durchgeführt wurde.

EINDRÜCKE VOM 7. ROSTOCKER PSYCHIATRIEFORUM 2019

Die Resonanz war sehr groß: 150 Sozialberater, Familienbetreuer und Mediziner, aber auch Betroffene und Angehörige, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Jugend- und Sozialamt, Gesundheitsamt, Jugendhilfe-Einrichtungen, Beratungsstellen nahmen teil. Das TheaterLabor gab einen szenischen Einstieg in das Thema (Abb. 9):



Abb. 9 TheaterLabor
7. Rostocker Psychiatrieforum Hanse- und Universitätsstadt Rostock 2019,
Foto: Netzwerk Frühe Hilfen

Fachreferate und Statements Betroffener mit einem Interview, die die Zuhörerschaft emotional in ihren Bann zog (Abb. 10):



Ein Markt der Möglichkeiten und fünf Workshops trugen zum fachlichen und lebendigen Austausch bei (Abb. 11-15):

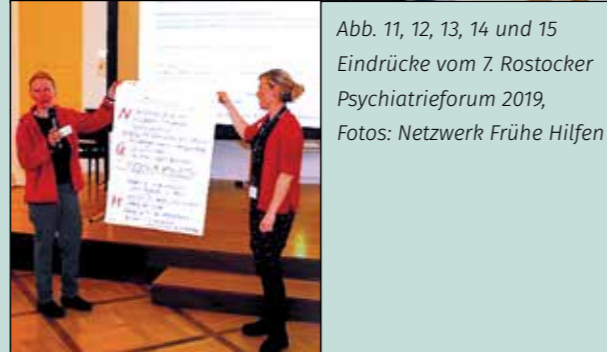


Abb. 11, 12, 13, 14 und 15
Eindrücke vom 7. Rostocker Psychiatrieforum 2019,
Fotos: Netzwerk Frühe Hilfen



ANTI-STIGMA-KAMPAGNE

Die ab 2016 seitens des Landesverbandes Sozialpsychiatrie MV e. V. geleitete Anti-Stigma-Kampagne Mecklenburg-Vorpommern in dialogischer Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt, der Klinik für Psychiatrie der Universitätsmedizin Rostock, der Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik Gruppe, der AWO-Sozialdienst gGmbH, den Landesverbänden Seelische Gesundheit MV e. V. sowie Angehöriger und Freunde psychisch Kranker e. V. war nicht nur landesweit ein großer Erfolg, sondern erhielt 2018 den **DGPPN-Antistigma-Preis-Förderpreis zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen**.

Sie wurde ein Erfolg, weil sie im Anti-Stigma Rahmen neue Aktivitäten entwickelte, bestehende Aktivitäten zusammenführte, begleitet von der Anti-Stigma-Projektgruppe unter Federführung des Landesverbandes Sozialpsychiatrie MV e. V.

Die Kampagne wirbt mit Plakaten und Postkarten mit Botschaften für die bessere Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt (Abb. 16 und 17).



Abb. 16
Postkarten der Anti-Stigma-Kampagne Mecklenburg-Vorpommern,
Postkarten: Jenny Loose

Dieser Kampagne, die bundesweit Beachtung fand und nach wie vor aktuell ist, gelingt es, die breite Öffentlichkeit für die steigende Diskriminierung psychisch kranker Menschen zu sensibilisieren.



Abb. 17
Plakate der Anti-Stigma-Kampagne Mecklenburg-Vorpommern,
Poster: Martin Jantzen

10.3.6 KONTINUIERLICHE PSYCHIATRIEKOORDINATION AB 2003 – ANTJE WROCISZEWSKI

Nach dem Medizin-, Pädagogik- und Psychologiestudium an den Universitäten Rostock und Leipzig, welche sie im Juni 1987 mit der Promotion im Fach Pädagogische Psychologie abschloss, ergab sich am 1. August 1987 eine Psychologenstelle in der neugeschaffenen Erziehungsberatungsstelle des Rates der Stadt Rostock, Abt. Volksbildung.

Dr. Antje Wrociszewski hatte das Glück, gleich nach dem Forschungsstudium im Bereich pädagogische Psychologie/Schulpsychologie zu arbeiten und eine Erziehungsberatungsstelle aufzubauen und zu leiten.

1993 begann sie ein Studium der Verhaltenstherapie an der Universität Rostock, einem Pilotprojekt der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. zur Vorbereitung eines Ausbildungszentrums im Osten Deutschlands und beendete es erfolgreich mit der Approbation zur Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie in MV.

Im Jahr 2000 absolvierte sie erfolgreich am Milton-Erickson-Institut Berlin eine Kinderhypnoseausbildung.

Insgesamt arbeitete und leitete sie die kommunale Erziehungsberatung 16 Jahre. Die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die systemische Arbeit mit Familien waren ein hochkomplexer Arbeitsbereich, von dem Dr. Wrociszewski der Abschied unwahrscheinlich schwer fiel.

Nach der Schließung der kommunalen Erziehungsberatung zum 31. März 2003 wurde Dr. päd. psych. Antje Wrociszewski seitens der Stadtverwaltung die Stelle Sucht- und Psychiatriekoordination im Gesundheitsamt angeboten.

Am 1. April 2003 begann ihre Tätigkeit im Gesundheitsamt, von der sie anfangs nur erahnen konnte, welche Vielfalt an Aufgabenbereichen auf sie zukamen. Motiviert für diese Arbeit hatte Dr. Wrociszewski eine nach wie vor bestehende Versorgungslücke, einen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst im Gesundheitsamt für Rostock aufzubauen.

PERSPEKTIVE DER PSYCHIATRIEKOORDINATION

In einer am 5. Mai 2011 einmalig stattgefundenen träger- und ämterübergreifenden Klausurtagung im Dialog mit Fachleuten aus der Universitätsmedizin, Mitarbeitern des Sozial- und Gesundheitsamtes, Vertretern der Gemeindepsychiatrie, Betroffenen, Freunden und Angehörigen psychisch kranker Menschen zum Thema Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock ging es um eine prospektive Gestaltung der kommunalen sozialpsychiatrischen Versorgung. Damals arbeiteten die Teilnehmenden folgende Prämissen heraus, die die Basis für die bisherige Kooperation in der Rostocker Gemeindepsychiatrie ausmachten:

- eine gelebte, verbindende Kooperation zwischen Leistungsträgern und -erbringern,
- eine bestehende differenzierte Versorgungsstruktur mit dem Ergebnis eines hohen Ambulantisierungsgrades, d. h. Wohnformen für psychisch kranke Menschen wurden zu über 90 % ambulant angeboten,
- bundesweit beispielgebendes Finanzierungsmodell mit kaum Belegungsdruck, mehr Planungssicherheit und inhaltlicher Auseinandersetzung.

In einer damaligen Vision sind die Zeichen der Zeit in der träger- und ämterübergreifenden Zusammenarbeit gesehen worden, die mit der Einführung des Bundesteilhabegesetzes und der Coronapandemie vor einer Zerreißprobe standen, weil entstandene veränderte Rahmenbedingungen eine kontinuierliche und funktionierende Kooperation und Kommunikation stark beeinflussten, wie

- schwindendes Vertrauen: dysfunktionale Vernetzung und Kooperation miteinander sowie zwischen Leistungserbringern und den kommunalen Fachämtern, die mit der Einführung des BTHG und SGB IX weiter zunahm,
- die jahrelange Transparent drohte in Intransparenz umzuschlagen, beschleunigt durch veränderte sozialgesetzliche Rahmenbedingungen,
- fehlende Energie und Motivation: Das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem blieb trotz der bundesweit anerkannten Erfolge immer ein Modellprojekt,
- die jahrelang bestehende gute Vernetzung mit der Universitätsmedizin Rostock: sie hat sich wegen der Personalsituation verändert und gestaltet,

- der mit dem Generationswechsel einhergehende stetige Personalwechsel in den Einrichtungen und Ämtern, der oft Informationsdefizite nach sich zieht,
- nicht wirklich umgesetzte Lebensfeldorientierung und Personenzentrierung: nach wie vor ist die Eingliederungshilfe Ausfüllbürgschaft, da es keine Konzepte für eine „integrierte Versorgung“, „home-treatment“, Partizipation psychisch kranker Menschen gibt,
- Ressourcen in der Versorgung bestehen, wie
 - › flächendeckende ambulante Versorgung in der Gerontopsychiatrie (derzeit eher stationär orientierte Angebote),
 - › mangelnde Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und herausforderndem Verhalten,
 - › Einbeziehen von Menschen mit Psychiaterfahrung bei der Entwicklung neuer innovativer Behandlungs- und Versorgungsansätzen,
 - › Modernisierung der Selbsthilfe, insbesondere des Kooperationsmodells zwischen Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstelle,
 - › passgenaue Angebote für Adoleszente, insbesondere für Strukturen und Institutionen an die Grenzen gehende Jugendliche,
 - › medizinische Rehabilitation und zielgerichtete berufliche Rehabilitation sowie ein suchtpsychiatrisches Zentrum (Zusammenführung von Suchthilfesystem und allgemeinpsychiatrischem System).

Eine beständige und erfolgreiche Psychiatriekoordination ist dann gegeben, wenn es gelingt,

- Ideen und Vorstellungen auf gleicher Augenhöhe miteinander zu entwickeln
- selbstkritisch aus allen Perspektiven auf das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem zu reflektieren und zu planen
- konkrete Verabredungen für die Perspektive zu erarbeiten
- Motivation und Ideen für Innovationen in der Gemeindepsychiatrie neu entstehen zu lassen

Insbesondere nach der Coronapandemie öffnet gerade der letzte Punkt viele Perspektiven für eine kommunale Psychiatriekoordination mit einer gemeindebasierten psychiatrischen Versorgungsstruktur.

Mit dem Bundesteilhabegesetz haben sich die Heraus- und Anforderungen an die professionellen Mitarbeitenden erhöht, Menschen mit psychischen Erkrankungen aktiv und auf gleicher Augenhöhe in die Planung, Durchführung und Evaluation von psychiatrischen und psychosozialen Unterstützungsangeboten einzubeziehen.

Das zeigen die Erfahrungen in der Umsetzung des Landesrahmenvertrages Mecklenburg-Vorpommern für Leistungen der Eingliederungshilfe im Zusammenhang mit dem Gesamtplanverfahren, mit der Quittierung von Assistenzleistungen zur sozialen Teilhabe oder mit den ersten Überlegungen zu einem Verfahren der Wirksamkeitsmessung, welche Herausforderungen auf die Mitarbeitenden in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung im Hinblick auf die partizipative Einbeziehung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Unterstützungsprozess zukünftig zukommen.

Für viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung erfordern diese Veränderungen neue fachliche, kommunikative aber auch persönliche Kompetenzen, um den Anforderungen einer personenzentrierten Unterstützung unter der Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten gerecht zu werden. Vor allem bei Menschen mit psychischen Erkrankungen, welche sich aus der Perspektive der Mitarbeitenden aufgrund der Schwere der Erkrankung nicht aktiv am Unterstützungsprozess beteiligen können, müssen angemessene Formen der Begleitung und Beteiligung gefunden werden, um Exklusionsprozessen und besonders der Entwicklung einer „Zweiklassenpsychiatrie“ in MV entgegenzuwirken.

QUELLEN UND LITERATUR (AUSWAHL):

Broschüre Rostocker Modell, Wrociszewski, A. (Hrsg.) Gesundheitsamt, Hanse- und Universitätsstadt Rostock 2011

Erste Bundestagung kommunaler Psychiatriekoordinator/innen Kassel 18./19. Mai 1999, Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie „Stellenwert und Handlungsspielräume kommunaler Psychiatriekoordination im regionalen Versorgungssystem“

Giertz, K. & Aderhold, V. (2022). Der Offene Dialog als Teilhabeleistung der qualifizierten Assistenz. In: Giertz, K., Große, L. & Röh, D. (Hrsg.) (2022). Soziale Teilhabe professionell fördern – Grundlagen und Methoden der qualifizierten Assistenz. Köln, Psychiatrie Verlag, S. 90-115.

Giertz, K.: Konzept zur Entwicklung einer Landesarbeitsgruppe Partizipation in Mecklenburg-Vorpommern, Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Kruckenberg, P.: Wollen wir wirklich anders? Personenzentrierte Hilfen – Glaubenswürdigkeitstests für die Sozialpsychiatrie. In: Soziale Psychiatrie, Jg. 23 (1999), Nr. 1, S. 4-10

Plan zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen in MV, 2011

Psychischkrankengesetz (PsychKG MV) vom 14. Juli 2016, GS Meckl.-Vorp. Gl Nr. 2127-6

Zweiter Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Erlaß des Sozialministeriums vom 18.11.1997, S.4

Dritter Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Erlaß des Sozialministeriums vom 21.12.1999, S.4

Dritter Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Erlaß des Sozialministeriums vom 21.12.1999, S. 7

Zechert, C.: Die Datenlage zur Wohnsituation von psychisch erkrankten Menschen in Wohnheimen und im Betreuten Wohnen. In: Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e. V. (Hrsg.): Der Chef bin ich. Vom Versorgungsempfänger zum Auftraggeber. Zur Diskussion um Heime und Nutzerrechte. Bonn: Rass, 2002, S. 18-23



11.

AUSBILDUNGSEINRICHTUNG GESUNDHEITSAMT – VOM PRAKTIKUM ZUM BERUFSEINSTIEG

ANTJE WROCISZEWSKI

11.

AUSBILDUNGSEINRICHTUNG GESUNDHEITSAMT VOM PRAKTIKUM ZUM BERUFSEINSTIEG

ANTJE WROCISZEWSKI

Folgende Übersicht zeigt die vielfältigen Möglichkeiten von Praktika in den einzelnen Abteilungen des Gesundheitsamtes, sowohl für Schüler/innen als auch für Auszubildende und Studierende oder Rehabilitanden (Abb. 1).

Sehr förderlich ist es, dass der Amtsleiter, Dr. med. Markus Schwarz, und der Abteilungsleiter des SpDi, Dr. med. Thomas Leyk, über Ausbildungsermächtigungen der Ärztekammer MV verfügen. Demgemäß sind Dr. med. Markus Schwarz 24 Monate für den Facharzt oder die Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen sowie für die Erlangung der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin 12 Monate und Dr. med. Thomas Leyk sechs Monate für den Facharzt oder die Fachärztin für Psychiatrie sowohl für das Haus und außerhalb ausbildungsberechtigt.

WERBEN FÜR DAS GESUNDHEITSAMT – SCHLUSS MIT DEM VURURTEIL, DIE ARBEIT IM ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENST SEI LANGWEILIG

Medizinstudierende, die sich im Rahmen ihrer Famulatur im Gesundheitsamt in den zurückliegenden Jahren einen Eindruck und Kenntnisse über den ÖGD verschafften, zeigten sich sehr positiv überrascht und äußerten einstimmig, dass die Annahme, eine Tätigkeit im ÖGD sei langweilig, tatsächlich überhaupt nicht zutrifft. Es ist nicht nur ein umfangreiches medizinisches Wissen gefragt, sondern auch ein Wissen um Verwaltungsstrukturen, gesetzliche Grundlagen, Politik und Management. Es ist ein Berufsfeld sowohl mit Teamworking, als auch mit Bürgerinnen und Bürgern, also mit den unterschiedlichsten Personen und Anspruchsgruppen. In den Gesprächen mit Studierenden zeigten sie sich einig, dass man sein Wissen und seinen Erfahrungsschatz ständig erweitern kann und eine Tätigkeit im ÖGD sehr anspruchsvoll ist.

Die Spannweite des Aufgabenfeldes ist groß und für Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention oder Beratungs- und Unterstützungsangebote für Familien mit Kleinkindern, Kita- und Einschulungsuntersuchungen

genauso wie für spezielle Angebote wie aufsuchende Hilfen für psychisch kranke Menschen, chronisch kranke sowie körperlich behinderte bzw. von Behinderung bedrohte Menschen. So ist die Arbeit als Arzt oder Ärztin im ÖGD durch die Vielfältigkeit der Aufgaben, die interprofessionelle Herangehensweise und Zusammenarbeit, die erforderliche Flexibilität und die sehr starken Auswirkungen des ärztlichen Handelns auf die Bevölkerungsgesundheit gekennzeichnet.

In Zukunft benötigt der ÖGD mehr junge Mediziner, die sich ein Berufsleben im Öffentlichen Gesundheitsdienst vorstellen können, die sich für den Beruf des Arztes begeistern und ihn auch dort ausüben wollen, wo sie besonders gebraucht werden.

Diese Ausrichtung, werdenden Ärzten bewusst zu machen und ihnen interessante Aufgabenfelder im Unterschied zur ärztlichen Tätigkeit in Krankenhäusern oder ambulanten Praxen vorzustellen, wurden anfangs von den Amtsleiter/innen, später gemeinsam mit den Abteilungsleiter/innen des Gesundheitsamtes Vorlesungen für den Querschnittsbereich 3 „Gesundheitsökonomie, Gesundheitssysteme, öffentliche Gesundheitspflege“ für das Medizinstudium im 5. Semester an der Universität Rostock konzipiert (Abb. 2). Mit der seit 2016 ausgerichteten Vorlesungsreihe soll mit dem Vorurteil aufgeräumt werden, die Arbeit im ÖGD sei langweilig. So erhalten Medizinstudierende bereits während des Studiums an der Universität Rostock Kenntnis über den ÖGD und erleben wirklichkeitsnah den Typus Mensch, der im ÖGD seine Erfüllung findet.

Ein Interesse für die Prävention von Krankheiten, kommunikative Fähigkeiten und die Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit sind gute Voraussetzungen für eine Tätigkeit im ÖGD, die durch Flexibilität und Offenheit für neue Aufgaben sowie durch ein Engagement für die Gesundheit der Bevölkerung ergänzt werden. Perspektivisch muss bewusst sein, dass man es in diesem Berufsfeld mit Politik zu tun hat und in der Politikberatung zukünftig tätig sein wird.

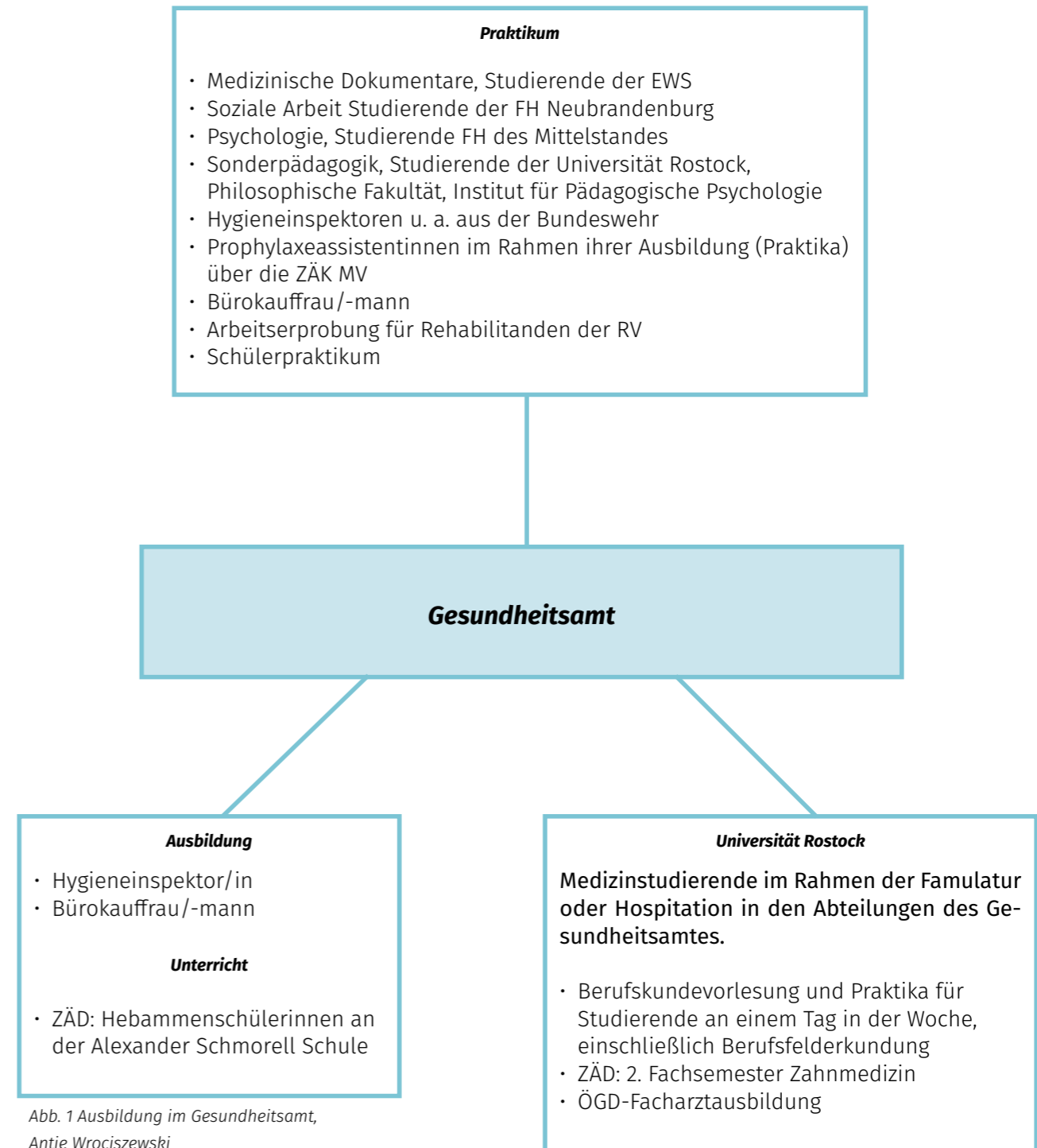


Abb. 1 Ausbildung im Gesundheitsamt, Antje Wrociszewski



Abb. 2 Hörsaal der Med.-Uni Rostock: in Erwartung der Vorlesung, Foto: Markus Schwarz



12.

DIE BEWÄLTIGUNG DER CORONAPANDEMIE

**DIE BISLANG GRÖSSTE
HERAUSFORDERUNG DES
GESUNDHEITSAMTES ROSTOCK**

MARKUS SCHWARZ

12.

DIE BEWÄLTIGUNG DER CORONAPANDEMIE – DIE BISLANG GRÖSSTE HERAUSFORDERUNG DES GESUNDHEITSAMTES ROSTOCK

MARKUS SCHWARZ

Mit Fug und Recht kann behauptet werden, dass die Bewältigung der anfallenden Aufgaben im Rahmen der Coronapandemie alles bisher Erlebte in den Schatten gestellt hat. In erheblichem Umfang wurden neue Aufgabenfelder definiert, mussten interne Personalumsetzungen, externe Einstellungen fachfremden Personals, Informationsportale und Beratungsstellen realisiert werden. Von den Erfahrungen in und den Auswertungen der Coronapandemie berichtet das folgende Kapitel.

12.1 CORONAPANDEMIE IN DER HANSE- UND UNIVERSITÄTSSTADT ROSTOCK – EIN KURZER ABRISS

ANDI FRIESE

Am 31. Dezember 2019 informierten die chinesischen Gesundheitsbehörden die Weltgesundheitsorganisation (WHO) über das gehäufte Auftreten von Lungenentzündungen unbekannter Ursache in der chinesischen Provinzhauptstadt Wuhan.

Eine Woche später, am 07. Januar 2020, wurde ein neuartiges Coronavirus als Ursache der Erkrankung identifiziert. Schnell entwickelte sich die Infektionskrankheit, bekannt unter dem Namen COVID-19, von einer Epidemie zu einer weltweiten Pandemie.

ERSTE WELLE

Am 10. März 2020 meldete das Gesundheitsamt Rostock seinen ersten bestätigten Fall einer COVID-19-Erkrankung. Es handelte sich um einen Reiserückkehrer aus einem österreichischen Ski-gebiet.

Bereits am 17. März wurde mit acht Fällen der Tageshöchststand der gesamten ersten Welle gemeldet. Rückblickend standen Reiserückkehrer bei den gesamten Fallmeldungen dieser Anfangswelle im Zentrum. Ein Infektionsgeschehen unklaren Ursprungs wurde dem Gesundheitsamt nicht bekannt.

SOMMER 2020

Der Sommer brachte deutschlandweit eine Beruhigung. Von dem akuten Infektionsgeschehen der ersten Welle weg, richtete sich das Interesse schnell auf die Vorbereitung einer möglichen zweiten. Die Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamtes mussten sich schnell vom „Fragesteller“ zum Auskunft Gebenden entwickeln. Hygienekonzepte wurden gelesen, bewertet oder diverse Einrichtungen bei der Erstellung von Hygieneplänen/-maßnahmen unterstützt.

ZWEITE WELLE

Mit Beginn des neuen Schuljahres wurden auch dem Gesundheitsamt wiederholt positiv getestete Einzelfälle in den Schulen bekannt. Die zu dem Zeitpunkt geltenden Maßnahmen sahen eine Quarantänepflicht für die betroffenen Klassen vor.

Mitte September wurden in einer Rostocker Schule in kürzester Zeit mehrere Infektionen festgestellt. Um der Weiterverbreitung des Virus entgegenzuwirken und sich einen Gesamtblick zu verschaffen, wurden für knapp 800 Schüler/innen und etwa 80 Beschäftigte eine Quarantäne ausgesprochen. Eine umfangreiche Testung aller Betroffenen wurde durch die Stadtverwaltung organisiert. Letztendlich konnten diesem Geschehen 19 infizierte Personen zugeordnet werden. Unklar blieb jedoch, ob die Übertragungen im privaten oder schulischen Bereich stattfanden.

Mit Beginn der kalten Jahreszeit nahm das Infektionsgeschehen weiter zu. Um angemessen auf die Situation reagieren zu können, änderte das Gesundheitsamt seine personellen und organisatorischen Strukturen. In den Prozessen der Erfassung, Bearbeitung und Begleitung von positiv getesteten Personen, sowie deren Kontaktpersonen waren vier Arbeitsgruppen involviert. So wurden eingehende positive Befunde durch die „Multiplikator/innen“ bewertet.

Ist der Fall bekannt? Besucht/arbeitet der Fall in einer Gemeinschaftseinrichtung? Gehört der Fall zu einem Ausbruch? Folglich wurden die Befunde nach der Sichtung an den/die „Fallermittler/innen“ übergeben.

Hier fand in der Regel der erste Kontakt zwischen Gesundheitsamt und der positiv auf SARS-CoV-2 getesteten Person statt. Neben dem ausführlichen Ermitteln von Gesundheitsdaten, wie Symptomen, weitere Grunderkrankungen, später hinzukommend die Impfdaten, usw. und dem Aussprechen der Isolation, stand insbesondere die Beratung zur Erkrankung und den damit einhergehenden Maßnahmen im Vordergrund.

Als dritte Arbeitsgruppe eruierten die „Kontaktpersonenermittler/innen“ auf den fachlichen Grundlagen des Robert-Koch-Institutes und den internen bestehenden Maßgaben die Kontaktper-

sonen von Infizierten. Neben der Anordnung zur Diagnostik und dem Aussprechen der Quarantäne, stand auch, wie bei den Fallermittlern/innen, das Beratungsangebot auf der Agenda. Unsicherheiten und Ängste mussten abgedeckt, aber auch fehlende und vor allem unverständliche Aussagen oder Informationen für Betroffene wurden durch die Mitarbeiter/innen korrigiert und erklärt.

Letztendlich begleiteten die „Kontaktpersonennachverfolger/innen“ die Infizierten sowie deren Kontakte durch die Isolations- oder Quarantänezeit.

Zu erwähnen sind die weiteren, personell aufwändigen Teams:

- Team Bürgertelefon (Bürgeranfragen)
- Team Verordnung/Veranstaltung (Anfragen zu Veranstaltungen, Landesverordnung)
- Team Reiseverkehr (Erfassung von Ein- und Aussteigerkarten, Reiseverordnung)
- Team Kita/Schule (Überwachung der Quarantäne von Schulklassen/Kita Gruppen)
- Team Testung (Ausgabe von Befunden, Statistikführung, Anpassung an gültige Testverordnungen)

DRITTE WELLE

Mit dem Jahresbeginn 2021 rückte auch die Erkenntnis von sogenannten neuen Varianten des Coronavirus in den Fokus. Mit einer erhöhten Übertragbarkeit verursachte die Alphavariante (B.1.1.7) in Deutschland und somit auch in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock steigende Zahlen.

Ab dem 28. März lag die 7-Tages-Inzidenz dauerhaft über den damaligen „Warnwert“ von 50 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner/innen. Der Höhepunkt wurde am 12. April mit 80 gemeldeten Fällen am Tag erreicht. Gleichzeitig stieg die 7-Tages-Inzidenz zum ersten Mal auf über 100.

Die Daten wurden für Rostock in einem Corona-Bulletin erfasst und dargestellt (Abb. 1 und 2):

VIERTE WELLE

Trotz des schönen Sommers erfolgte bereits im August der durch mehrere statistische Modelle bereits vorausgesagte Anstieg der Fallzahlen. Die noch leichter übertragbare Deltavariante (B.1.617.2) war auch in Rostock angekommen. Anders als bei den vorausgegangenen Wellen bestanden zwar „einschränkende“ Maßnahmen, indes fanden keine flächendeckenden Schließungen oder einschneidenden Kontaktbeschränkungen statt. Um dem absehbaren Anstieg adäquat entgegenwirken zu können, unterstützten ab September Bundeswehrangehörige das Gesundheitsamt.

Wie erwartet, konnte dann ab November ein stetiger Anstieg der Fallzahlen wahrgenommen werden. Ein neuer Höhepunkt wurde am 14. Dezember mit 219 Fällen an einem Tag erreicht. Die anstehenden Weihnachtsfeiertage und der Jahreswechsel trugen kurzzeitig zu einer Entspannung bei.

FÜNFTE WELLE

Mit dem Jahreswechsel 2021/22 kündigte sich mit der Omikronvariante (B.1.1.529) ein erneutes, noch leichter übertragbares Infektionsgeschehen an, das in kürzester Zeit enorm an Fahrt aufnahm. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse bestätigten zwar die schnellere Übertragbarkeit, aber auch eher mildere Krankheitsverläufe gegenüber den vorausgegangenen Varianten des Virus. Fast jeder Bereich des öffentlichen Lebens, ebenso das Gesundheitsamt, war von Erkrankungs- und Quarantäneausfällen betroffen.

Am 28. Januar 2022 überschritt die 7-Tages-Inzidenz die 1.000. Bei steigenden täglichen Meldungen von anfangs 400, im Februar 600 und im März 900 konnte eine angemessene Bearbeitung der Fälle nicht mehr gewährleistet werden.

Heute erleben wir ein diffuses Infektionsgeschehen. Fast täglich werden mehr als 1000 Fälle gemeldet. Rostock gehört in der 13. Kalenderwoche 2022 zu den Top-5-Städten mit der deutschlandweiten höchsten 7-Tages-Inzidenz. Nicht mehr jede Neuinfektion wird seitens des Gesundheitsamtes kontaktiert. Garantiert bleibt die Kontaktaufnahme zu den „vulnerablen“ Personen. Hierbei werden vorzugsweise ältere Personen, chronisch Kranke aber auch Personen, die einen beruflichen Schwerpunkt im Gesundheitswesen besitzen, einbezogen. Ein zusätzlich enger Informationsaustausch findet mit Alten- und Pflegeheimen, Krankenhäusern und auch mit Einrichtungen mit besonderen Wohnformen statt. Für diese Bereiche wird das Beratungsangebot gewährleistet. Für die Allgemeinbevölkerung konnte es bedauerlicherweise seit Februar des Jahres 2022 nicht mehr aufrechterhalten werden.

Als Maxime gilt: Die Eigenverantwortung jedes Einzelnen ist gefordert und muss gefördert werden.

12.2 ZAHLEN UND FAKTEN ZUR PANDEMIE IN DER HANSE- UND UNIVERSITÄTSSTADT ROSTOCK

KATHARINA WOLF *, KERSTIN NEUBER

* Hauptamt der Hanse- und Universitätsstadt Rostock, Alle Abbildungen - Quelle: Kommunale Statistikstelle

Die Beschreibung des pandemischen Geschehens in Rostock lässt sich durch (vergleichende) grafische Darstellungen präzise und Verständnis induzierend abbilden.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsamtes konnten bis zu einem Auftreten von täglich bis zu 120 Neuinfektionen die Ermittlung und Kontaktnachverfolgung realisieren. Danach wurde eine Unterstützung durch Angehörige der Stadtverwaltung, externen Helfern sowie durch die Bundeswehr dringend notwendig, um der Meldepflicht nach §§ 6 und 7 des Infektionsschutzgesetzes nachzukommen (Abb. 3).

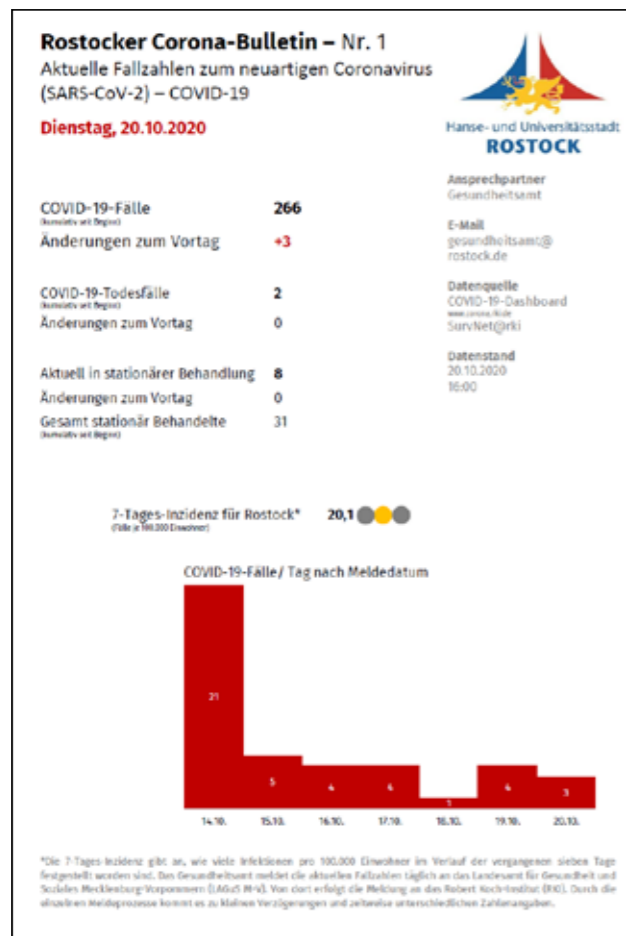


Abb. 1 Erstes Corona-Bulletin, Quelle: Gesundheitsamt



Abb. 2 Letztes Corona-Bulletin, Quelle: Gesundheitsamt

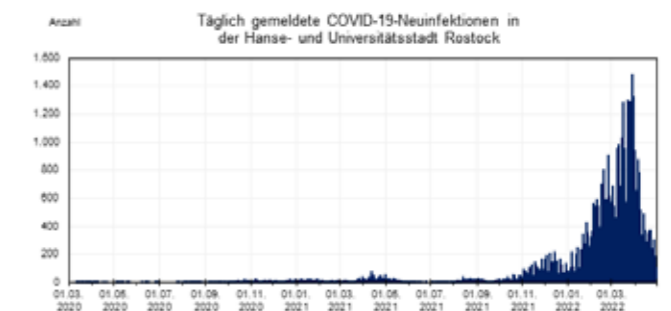


Abb. 3 Täglich gemeldete COVID-19-Neuinfektionen

Der Verlauf der Infektionen an SARS-CoV-2 erfolgte in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock synchron zu den Infektionszahlen in Mecklenburg-Vorpommern und Deutschland bis zum Oktober 2020.

Während in Deutschland die 7-Tage-Inzidenz im Zeitraum 2020 bis Februar 2021 auf über 200 Fälle/100.000 Ew. anstieg, blieb diese in Rostock unter 50. Den ersten wahrnehmbaren Anstieg beobachteten wir ab Mitte März 2021.

Mitte April erreichte Rostock die höchste 7-Tage-Inzidenz (132 Fälle auf 100.000 Ew.). In diesem Zeitraum konnten die Infektionen an Corona noch gut kontrolliert, Betroffene und Kontaktpersonen durch das Gesundheitsamt persönlich kontaktiert werden. Im Sommer 2020 und 2021 war die Coronavirusaktivität saisonal bedingt weniger ausgeprägt.

Nach einer kurzen Welle im Zeitraum Oktober bis Dezember 2021 mit einem kleinen Gipfel Ende November (7-Tage-Inzidenz 435) stiegen zum Jahresbeginn 2022 die Infektionszahlen gravierend an. Das Gesundheitsamt sah sich nicht mehr in der

Lage, die Auswirkungen der Pandemie durch präventive Maßnahmen einzudämmen.

Der Höhepunkt wurde Ende März 2022 mit einer 7-Tage-Inzidenz von ca. 3.400 Fällen/100.000 Ew. registriert. In diesem Zeitraum lag sie in Rostock höher als in Mecklenburg-Vorpommern und in Deutschland (Abb. 4).

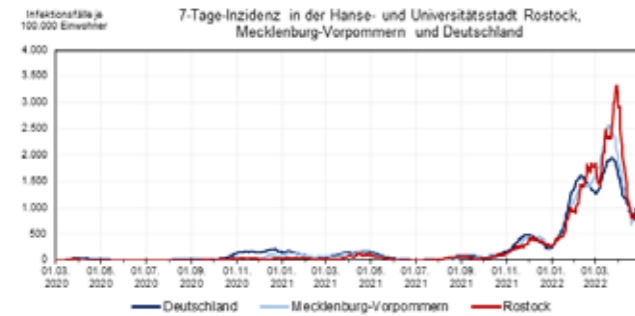


Abb. 4 Die 7-Tage-Inzidenz in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock, Mecklenburg-Vorpommern und Deutschland

Da auch ein Impfstoff für Kinder erst später verfügbar war und die einschlägigen Schutzmaßnahmen sich häufig als weniger effektiv erwiesen, traten viele Erkrankungen im Alter von 5 bis 17 Jahren auf.

Die Omikron-Varianten sind wesentlich ansteckender als die Delta-Varianten. In den Familien infizierten sich innerhalb von drei bis fünf Tagen fast alle Angehörigen. Unerwartet waren viele vollständig geimpfte bzw. geboosterte Personen betroffen.

Westdeutsche Städte:	documenta-Stadt Kassel	HE, 201.048 Einwohner
	Oberhausen	NW, 209.566 Einwohner
	Mainz	RP, 217.123 Einwohner
Norddeutsche Städte:	Hansestadt Lübeck	SH, 215.846 Einwohner
	Hanse- und Universitätsstadt Rostock	MV, 209.061 Einwohner
Ostdeutsche Städte	Potsdam	BB, 182.112 Einwohner
	Erfurt	TH, 213.692 Einwohner

Abb. 5 Ausgewählte Vergleichsstädte mit ähnlicher Einwohnerzahl wie Rostock

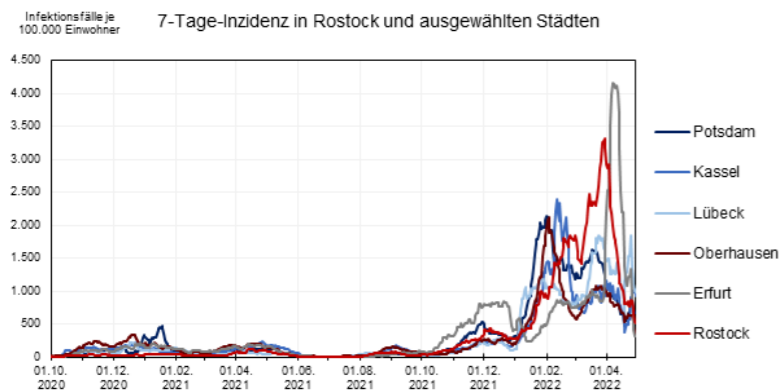


Abb. 6 7-Tage-Inzidenz in Rostock und in ausgewählten Städten

Bis Anfang Januar 2022 unterschied sich der Verlauf der Coronapandemie nicht zu den Vergleichsstädten wie Potsdam, Kassel, Mainz, Lübeck, Oberhausen und Erfurt. Nachdem Potsdam und Oberhausen den Gipfel Ende Januar erreichten und Kassel Mitte Februar, folgten Rostock Ende März und Erfurt Mitte April. Da vorwiegend Schulkinder betroffen waren, scheinen die Ferienregelungen nochmals zu einem Anstieg der Infektionsrate geführt zu haben.

Im April ging die Zahl der Infektionen mit der Omikronvariante systematisch zurück (Abb. 5 und 6).

Im Vergleich zu Potsdam, Kassel, Oberhausen und Erfurt hatten Rostock und Lübeck die geringste Anzahl an Todesfällen durch bzw. mit Corona.

Von Mai bis Mitte Oktober 2021 traten in Rostock ca. 20 Todesfälle je 100.000 Einwohner mit einer diagnostizierten Coronainfektion auf.

Während der letzten massiven Coronawelle stieg bis Ende April 2022 die Anzahl der Todesfälle im Zusammenhang mit COVID-19 auf 60/100.000 Ew. Diese geringe Sterberate ist der guten Durchimpfungsrate der älteren Bevölkerung sowie der geringen Anzahl von Infektionsausbrüchen in den Alten- und Pflegeheimen zu verdanken (Abb. 7).

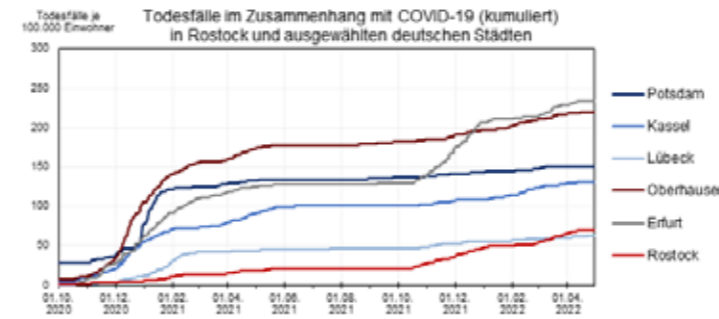


Abb. 7 Todesfälle im Zusammenhang mit COVID-19 in Rostock und ausgewählten Städten

Die geimpften vulnerablen Gruppen überstanden die Infektionen ohne Komplikationen.

Im Jahr 2021 und bis Ende April 2022 war die Zahl der Neuinfektionen unter den über 60-Jährigen am niedrigsten (Abb. 8).

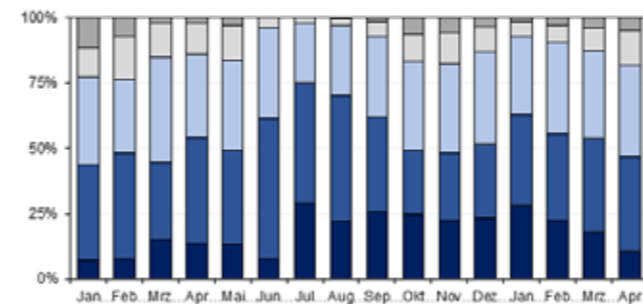


Abb. 8 Altersverteilung der COVID-19-Neuinfektionen in Rostock vom Januar 2021 bis April 2022,

Datenquelle: Robert-Koch-Institut, Stand 30.04.2022

Mit Beginn der Sommerferien 2021 stiegen die Neuinfektionen in der Altersklasse 0 bis 14 und 15 bis 34 Jahre an. Eine erneute Welle war nach dem Jahreswechsel zu beobachten.

Bei den Schülern/innen war die Durchimpfungsrate noch gering. Zum Personenkreis bis 34 Jahren gehören auch die Eltern der Kinder bis fünf Jahre, die noch nicht geimpft sind. Obwohl gegen COVID-19 geimpft bzw. geboostert, steckten sie sich bei ihren infizierten Kindern an. Auch eine Übertragung auf die Großeltern in der Altersklasse 35 bis 59 Jahre war möglich.

Fazit: Die meisten Infektionen traten familiär bedingt auf.

IMPFORTSCHRITT IN DER HANSE- UND UNIVERSITÄTSSTADT ROSTOCK UND IM LANDKREIS ROSTOCK INSGESAMT

Das COVID-19-Impfquotenmonitoring des Robert-Koch-Instituts umfasst die Anzahl aller seit 27. Dezember 2020 täglich durchgeführten Impfungen in den Impfzentren (inklusive mobiler Impfteams) und Krankenhäusern. Seit 7. Juni 2021 sind auch Angaben zu Impfungen durch Betriebs-, Vertrags- sowie Privatärztinnen und -ärzte enthalten (Abb. 9 und 10).



Abb. 9 und 10 Impffortschritte in Rostock und im Landkreis Rostock, Datenquelle: Robert-Koch-Institut, Stand 30.04.2022, Einwohnerzahl am 31.12.2020

HINWEIS:

Die Zuordnung zu den Landkreisen/kreisfreien Städten erfolgt auf Basis der Postleitzahl des Impfortes. Da die Postleitzahlengebiete nicht deckungsgleich mit den Stadtgrenzen der Hanse- und Universitätsstadt sind, sind die Angaben für die Hanse- und Universitätsstadt Rostock als Näherungswert zu verstehen. Da einige Rostockerinnen und Rostocker ihre Impfungen im Landkreis Rostock erhalten und umgekehrt einige Personen aus dem Landkreis in Rostock immunisiert werden, sind die Ergebnisse für die Hanse- und Universitätsstadt Rostock und den Landkreis Rostock zusammengefasst dargestellt.

Im Gesamtvergleich zeigen sich zwischen Rostock, dem Landkreis Rostock, dem Bundesland Mecklenburg-Vorpommern und der Bevölkerung der Bundesrepublik nur kleinere Unterschiede des Impfstatus in den verschiedenen Altersgruppen. Auch im Vergleich über die Gesamtbevölkerungsgruppe sind die Differenzen eher marginal (Abb. 11, 12 und 13). Jüngere Altersgruppen sind in den statistischen Angaben zur Bundesrepublik Deutschland eher geimpft als im Nordosten der Republik.

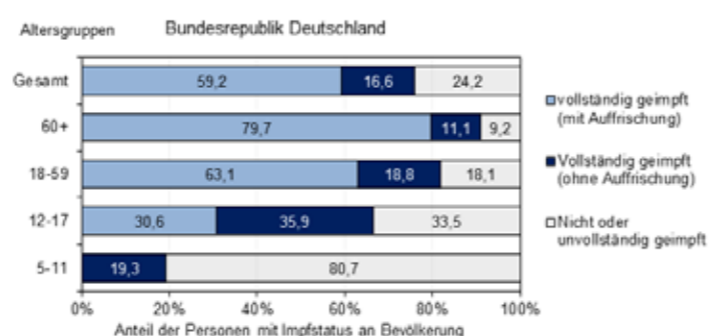
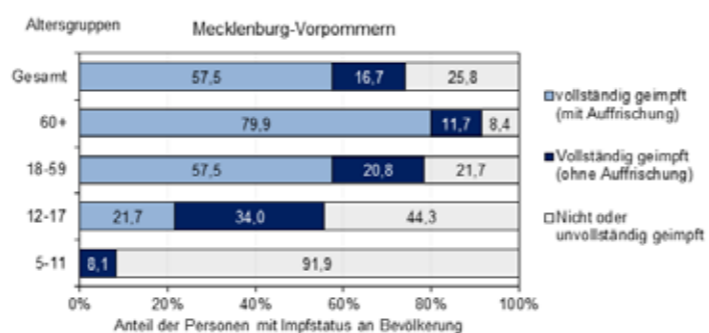
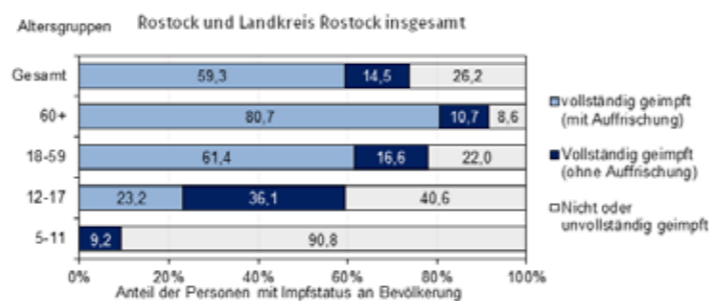


Abb. 11, 12 und 13 Impfstatus in der Bevölkerung, Datenquelle: Robert-Koch-Institut, Stand 30.04.2022, Einwohnerzahl am 31.12.2020

12.3 AUSWERTUNG DER PCR-TEST-FRAGEBÖGEN DES ROSTOCKER TESTZENTRUMS IN DER HANSEMESSE KATHARINA WOLF *, CAROLINE TRAU, FIENE KROHN **

* Hauptamt der Hanse- und Universitätsstadt Rostock, Sachgebiet Kommunale Statistikstelle
 ** Universität Rostock, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften

Zu Beginn der Coronapandemie richtete das Gesundheitsamt Rostock federführend ein PCR-Abstrichzentrum zunächst an der Stadthalle Rostock ein, dann in der Hansemesse Rostock, später in der Sporthalle am Petridamm in Zusammenarbeit mit dem Labor des Klinikums Südstadt. Die Organisation und der Betrieb erfolgten durch das DRK. Das Abstrichzentrum war Anlaufstelle für symptomatische Patienten mit Überweisungen durch Fach- und Hausärzte, Kontaktpersonen von Coronaerkrankten und Reiserückkehrer.

Zum Zeitpunkt der Abstrich-Abnahme in der Hansemesse Rostock erhielten die Patienten Fragebögen, die wesentlich von der Universität Rostock entwickelt wurden und die durch die Stadt Rostock statistisch für den Zeitraum vom 12. November 2020 bis 31. Mai 2021 für das Städtische Testzentrum ausgewertet worden sind (Abb. 14).

In dieser Zeit fanden 6.137 Testungen statt, davon waren 4.828 Personen in Rostock gemeldet, von denen insgesamt 608 Personen positiv auf das Coronavirus getestet wurden. Von den positiv getesteten Personen hatten 399 im Vorfeld Kontakt zu einer erkrankten Person, 27 waren von einer Reise zurückgekehrt, 153 hatten eine Grippe-schutzimpfung erhalten und 439 waren davon symptomatisch mit entsprechenden klinischen Auffälligkeiten (Abb. 15).

Abb. 14 Fragebogen Corona-Diagnostik

Merkmal	Anzahl	Ergebnis insgesamt	
		Anteil in %	
Getestete gesamt		4.828	100,0
Testergebnis	negativ	4.220	87,4
	positiv	608	12,6
Reiserückkehrer	verreist_nein	4.606	95,4
	verreist	222	4,6
Kontaktperson	Kontakt_unbekannt	714	14,8
	Kontakt_nein	1.773	36,7
	Kontakt_ja	2.341	48,5
Gripeschutzimpfung (GSI)	GSI_unbekannt	176	3,6
	GSI_nein	3.583	74,2
	GSI_ja	1.069	22,1
Symptome	Symptome_unbekannt	29	0,6
	Symptome_nein	2.289	47,4
	Symptome_ja	2.510	52,0

Abb. 15 Gesamtübersicht der Getesteten nach ausgewählten Variablen

Die Analyse der Datensätze konnte aufzeigen, dass zwischen dem positiven Testergebnis und dem Auftreten von Symptomen eine mittelstarke positive Korrelation besteht. Das gilt ebenso für den Zusammenhang zwischen einem positiven Testergebnis und dem Kontakt zu einer Person mit bestätigter Coronavirus-Infektion. Keine statistisch signifikante Korrelation lag bei Reiserückkehrern oder einer vorherigen Gripeschutzimpfung vor (Abb. 16).

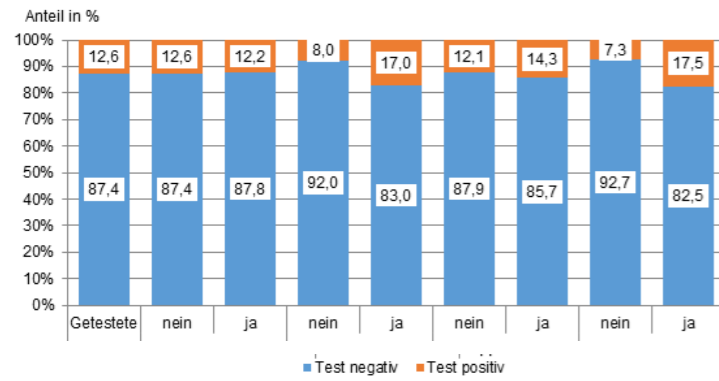


Abb. 16 Getestete mit positivem und negativem Testergebnis nach ausgewählten Variablen

Die Variablen „Symptome“ und „Kontakt zu einer Person mit bestätigter Coronavirus-Infektion“ haben im Modell einen signifikanten Einfluss auf das Testergebnis. Es besteht ein positiver Zusammenhang. Gab die Testperson an, Symptome zu haben, stieg die relative Wahrscheinlichkeit um 284 %, dass eine Person positiv getestet wurde (Abb. 17).

Hatte die Testperson Kontakt mit einer Person mit bestätigter Coronavirus-Infektion, dann nahm die relative Wahrscheinlichkeit um 237 % zu, dass eine Person positiv getestet wurde.

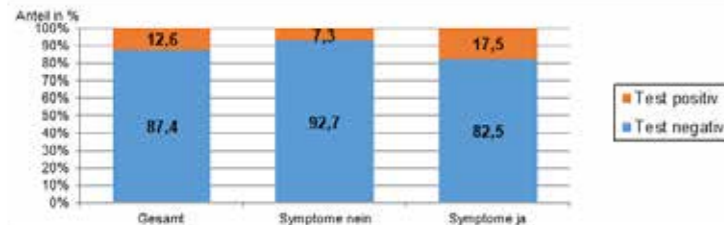


Abb. 17 Getestete mit positivem und negativem Testergebnis nach Symptomen (ja/nein) insgesamt

Bezüglich der Symptomatik enthielt der Fragebogen Items zu 12 Einzelsymptomen mit der Möglichkeit zur Mehrfachauswahl. Das am meisten ausgewählte Symptom war Schnupfen, gefolgt von Husten, Kopf- und Halsschmerzen. In der statistischen Auswertung zum Zusammenhang zwischen einem positiven Testergebnis und dem Auftreten bestimmter Symptome zeigten sich folgende Zusammenhänge (Abb. 18 und 19):

1. Zwischen dem Testergebnis und dem Auftreten der Symptome „Fieber/Frösteln, Husten, Schwitzen, Geschmacksstörung, Muskelschmerzen und Riechstörung“ besteht eine mittelstarke positive Korrelation. Das Testergebnis ist hochsignifikant.
2. Zwischen dem Testergebnis und dem Auftreten der Symptome „Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit, Schnupfen und Halsschmerzen“ besteht eine schwache positive Korrelation. Das Testergebnis ist hochsignifikant.
3. Zwischen dem Testergebnis und dem Auftreten des Symptoms „Atembeschwerden“ besteht eine schwache positive Korrelation. Das Testergebnis ist signifikant.
4. Zwischen dem Testergebnis und dem Auftreten des Symptoms „Magen/Darmbeschwerden“ besteht keine statistische signifikante Korrelation.

Mithin bestätigen die Ergebnisse der ausgewerteten Testfragebögen die empirischen, während der Coronapandemie gewonnenen Erkenntnisse, dass ausgewählte anamnestische/klinische Daten einen prädiktiven „Wert“ besitzen, das Ergebnis des Corona PCR-Test (vorab) abzuschätzen.

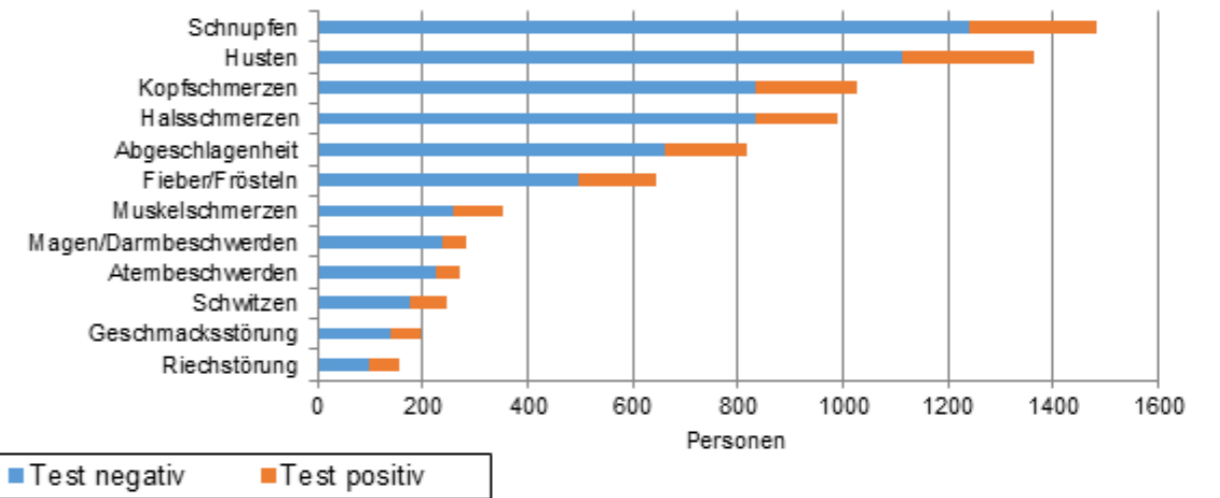


Abb. 18 Anzahl positiv und negativ Getesteter nach Einzelsymptomen (Personen)

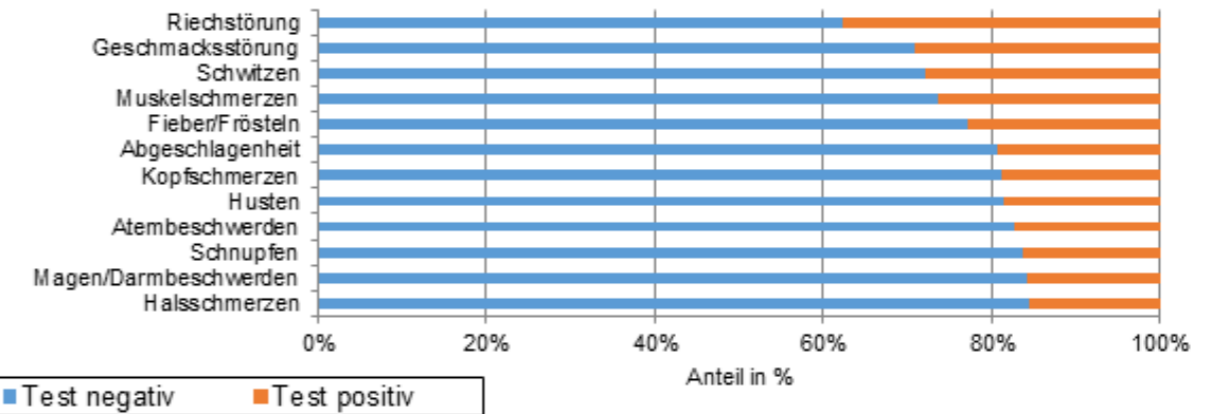


Abb. 19 Anzahl positiv und negativ Getesteter nach Einzelsymptomen (Anteil in %)

12.4 IMPFZENTRUM HANSE- UND UNIVERSITÄTSSTADT ROSTOCK

DAGMAR ZILLIG

Die Erwartungen an die neuen (Vektor/m-RNA) Impfstoffe waren auch in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock immens. Ende 2020 war es dann soweit. Nach einem komplizierten Vergabeschlüssel trafen die ersten Impfstoffe in dem Städtischen Impfzentrum, der HanseMesse in Schmarl, ein und wurden dort – gemäß unterschiedlicher Priorisierungsgruppen – verimpft. Gemeinsam mit den Mitarbeitern/innen des Messebetriebes, des Brandschutz- und Rettungsamtes, den Kameraden und Kameradinnen der Bundeswehr u. v. a. m. sowie logistisch betreut von Ärztinnen und Ärzten des Südstadt-Klinikums Rostock, den Mitarbeitern/innen des Hauptamtes und des Gesundheitsamtes der Stadtverwaltung kann aus Sicht des Jahres 2022 ein erfolgreiches Handeln konstatiert werden.

DIE ERSTE LEITENDE IMPFÄRZTIN,
DR. MED. DAGMAR ZILLIG, ERINNERT SICH:

Das Jahr 2020 stellt die Welt vor „Herausforderungen von historischem Ausmaß“. (A. Merkel, 18.3.2020)

Am 11. März 2020 rief die WHO eine Pandemie mit dem Virus „Covid-19“ aus und führte das gesellschaftliche Leben zu bisher nicht vorstellbaren Veränderungen.

Maskenpflicht, Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen, Abstandsgebot und Homeoffice sowie Distanzunterricht in den Schulen prägten plötzlich unseren Alltag über Monate.

Nach vorübergehenden Lockerungen im Sommer zeigten sich im Herbst wieder massiv steigende Inzidenzen in ganz Europa, die zu einem harten Lockdown-Beschluss der Regierung vom 16. Dezember 2020 bis 10. Januar 2021 führten.

Mit aller Kraft stemmte sich die Welt gegen das Virus.

Krankenhäuser bereiteten Notfallpläne für die Behandlung von Covid-Patienten vor und riefen an der Belastungsgrenze der Mitarbeiter/innen bereits im Ruhestand befindlichen Kolleg/innen auf, das Personal durch Wiedereintritt ins Berufsleben vorübergehend zu unterstützen.

Die größte Hoffnung in diesem Kampf war die Entwicklung und Bereitstellung von Impfstoff.

Endlich konnten am 7. November 2020 die Gesundheitsministerien von Bund und Ländern eine gemeinsame Strategie für die Corona-Impfungen beschließen. BIONTEC & PFIZER in den USA erhielten die Zulassung ihres Impfstoffes und am 21. Dezember 2020 gab die EMA den Impfstoff für Europa frei. Somit war es möglich, mit der Impfung ab dem 27. Dezember 2020 auch in Deutschland zu beginnen.

In Rostock nahm Anfang Dezember der Führungsstab der Stadtverwaltung im Lagezentrum der Berufsfeuerwehr seine Arbeit zur Etablierung eines Impfzentrums auf. Schnell wurde das Messezentrum Rostock Schmarl als geeignete Einrichtung ausgewählt, und man beauftragte die Messebauer mit der Errichtung von acht Impfkabinen und der Bestuhlung der Wartebereiche.

Aus unterschiedlichen Bereichen der Stadtverwaltung wurden fünf Mitarbeiter/innen für das Impfmanagement abgestellt.

Am 18. Dezember 2020 beendete der Führungsstab seine Tätigkeit und übergab den „Rohbau“ des Impfzentrums in die originäre Zuständigkeit des Gesundheitsamtes, im Geschäftsbereich S3.

Zur weiteren Entscheidungsfindung und Kommunikation wurde die Arbeitsgruppe „Corona Intern“ unter Führung des Hauptamtes gebildet.

Auch für mich, war das Jahr 2020 ein ganz besonderes. Ich ging am 29. Februar 2020 als bisher hauptamtliche Notärztin in den Ruhestand. Vor dem geschilderten Hintergrund folgte ich im Dezember 2020 dem Aufruf der Ärztekammer MV und meldete mich als freiwillige Impfpfärztin.

Auf Anfrage und Bitte durch das Gesundheitsamt habe ich dann am 12. Dezember 2020 den Honorarvertrag mit der HRO als Ärztliche Leiterin Impfzentrum Messehalle unterschrieben. Allerdings war ich mit dieser Aufgabe zunächst trotz umfangreicher Zusicherung von Unterstützung auf allen politischen und medizinischen Ebenen sehr allein.

Die HRO begründete diese Aufgabenübertragung an mich auf Grund meines großen organisatorischen Erfahrungsschatzes bei der Vorbereitung und Durchführung des G8-Gipfels 2007. Des Weiteren war ich durch die ehemalige Notarztstätigkeit in der Stadt mit Ärzt/innen, Kliniken, Hilfsorganisationen sowie mit stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen vertraut und vernetzt.

Der Impfstart am 27. Dezember 2020 war für die priorisierten Bewohner in Alten- und Pflegeheimen sowie auch das medizinische Personal auf Intensivstationen und Notaufnahmen festgelegt, und es verblieben zur medizintechnischen, personellen und organisatorischen Vorbereitung für mich 15 Tage.

Nach ganz kurzer Zeit wurde mir klar, dass ich als Ärztliche Leiterin des Impfzentrums wohl kaum selbst eine Impfung vornehmen würde. Fast tägliche Videokonferenzen mit wechselnden Informationen über neue Vorgaben des Bund-Länder-Ausschusses bezüglich der Strategie und Impfdosenverteilung, Presseanfragen, LKW-Anlieferungen von Impfmateriale, Hygieneartikeln und

Dokumentationsmaterial sowie Computertechnik prägten den täglichen Arbeitsablauf. Logistisch mussten zum sicheren Betrieb Arbeitsplatzbeschreibungen, Hygienepläne mit einem täglichen Abstrichmanagement erarbeitet und organisiert werden. Hierbei erhielt ich eine wertvolle Unterstützung durch das Gesundheitsamt.

Hinzu kam die Organisation des Notfallmanagements bei möglichen Impfkomplicationen im mobilen und stationären Bereich.

Retrospektiv war die intensive Kommunikation zwischen dem Impfzentrum und der städtischen Verwaltung in der Arbeitsgruppe „Corona Intern“ ein entscheidendes Führungsinstrument. Hier erfolgte eine regelmäßige fachliche, organisatorische, aber auch haftungs- und arbeitsrechtliche Absprache.

In der Initialphase bestand die Aufgabe der Ärztlichen Leiterin zunächst darin, ein intensives Literaturstudium zu den Impfstoffen durchzuführen, um die ordnungsgemäße Lagerung, eine fachgerechte Rekonstitution der Impfdosen sowie deren Dokumentation zu garantieren. Das umfassende Material wurde seitens des Herstellers BIONTEC & PFIZER über die Bundesländer an die Impfzentren in der Woche vor Weihnachten verteilt.

Gleichzeitig galt es, das freiwillige Impfpersonal zu schulen, in einem Dienstplan zu erfassen und auf den Einsatz in der ersten Impfwoche vorzubereiten. Nur durch eine enge persönliche Vernetzung zu ehemaligen Notarzt- und Klinikkollegen gelang es, das notwendige Personal zu gewinnen.

In besonderer Erinnerung bleibt die sofortige Bereitschaft der angesprochenen Kolleg/innen, sich mit ihrem Praxispersonal dieser Aufgabe in einer unbeschreiblichen Aufbruchsstimmung zu stellen. Bemerkenswert war, dass 80 % der ärztlichen Kolleg/innen aus dem Ruhestand kam. Daraus resultierend, ergab sich die dringende Notwendigkeit, die neu rekrutierten Kolleg/innen täglich in die besondere Spezifik des Impfvorganges und die Handhabung der Impfstoffe einzuweisen.

In der Messehalle wurden Voraussetzungen zur vorgeschriebenen Lagerung und Sicherung der Impfstoffe in Medikamentenkühlschränken geschaffen. Hierbei musste ebenfalls bedacht werden, dass auch der Impfstoffbedarf der beiden

Kliniken (Universität und Klinikum Süd) über das Impfzentrum ausgeliefert wurde.

Außerdem richteten wir den Arbeitsplatz zur Impfstoffrekonstitution nach geltenden Hygienevorschriften in Zusammenarbeit mit der Apotheke des Klinikum Süd ein.

Eine enorme Hilfe zur Bewältigung des Personalbedarfs war die Unterstützung durch die Bundeswehr, die vor allem auf dem Gebiet der Impfdokumentation – später bei der Registratur und Beaufsichtigung des Impfbetriebes – hervorragende Arbeit leistete. Auch Zivilangestellte des Marinekommandos brachten als ausgebildete Logistiker ihre Erfahrungen bei der Inventarisierung und Neubeschaffung medizinischer Verbrauchs- und Testmaterialien ein.

Bei dieser zivilmedizinischen Zusammenarbeit erfuhr ich als medizinische Leiterin auf allen Ebenen eine große Akzeptanz.

Trotz täglicher Arbeitszeiten von 12 bis 16 Stunden war die medizinische Leitung auf Dauer nicht im Alleingang zu schaffen.

Anfang Januar wurde das Team durch die Feststellung eines Fachapothekers, einer MFA für das Impfstoffmanagement und die vorübergehende Mitarbeit des Betriebsarztes der HRO verstärkt.

Die größte logistische Aufgabe bestand jetzt in der Planung der mobilen Teams entsprechend der vorgegebenen Priorisierung für die Impfkationen in den Pflegeeinrichtungen in Abhängigkeit der zur Verfügung gestellten Impfstoffdosen.

In den Heimen war die Situation durch coronabedingte Besuchsverbote und ein gerade angeordnetes strenges Abstrichregime sehr angespannt. Aus diesem Grund entschlossen wir uns, die jeweiligen Einrichtungen vorab zu besuchen, um die örtlichen Gegebenheiten kennenzulernen und unsere geplanten Maßnahmen zu erläutern. Für diese Absprachen stellte das Klinikum Süd zwei ärztliche Kolleginnen frei, die das Impfzentrum dabei sehr intensiv unterstützten.

In den Pflegeeinrichtungen erfuhren wir bei Bewohnern und Personal eine sehr hohe Impfkakzeptanz.

Vorausschauend bereiteten wir nach den stationären Pflegeeinrichtungen auch Impfkationen in ambulanten und Behindertenpflegeeinrichtungen vor.

Parallel galt es, die Wiederholungsimpftermine einzuhalten und auf keinen Fall Impfstoff verfallen zu lassen. Das dafür erarbeitete Impfstoffplanungsprogramm hat sich bis heute bewährt.

Nach dem erfolgreichen Impfstart in den Alten- und Pflegeheimen nahm auch das Impfzentrum selbst am 12. Januar 2021 den Betrieb auf, um zunächst die Rostocker Bevölkerung Ü80 Jahre zu impfen.

Große Diskussionen und Kritik gab es wegen des nicht funktionierenden zentralen Einladungssystems, später auch wegen der völlig überlasteten Terminhotline.

Die neuen Impfstoffe „MODERNA“ und „ASTRAZENECA“ machten Hoffnung auf eine Entlastung der angespannten Lage.

Leider wurde aber „MODERNA“ wegen zu geringer Liefermengen zunächst nur in Schwerin und Greifswald verimpft. Erst in der 6. KW stand dieser Impfstoff auch für die Rostocker/innen zur Verfügung.

Der Impfstoff „ASTRAZENECA“ erreichte das Rostocker Impfzentrum Mitte Februar. Zunächst galt seine Zulassung nur für Personen unter 60 Jahren.

Punktuell verbreiteten sich allerdings Berichte über stärkere Nebenwirkungen dieses Impfstoffes. Im März wurden Nachrichten über tödliche Verläufe auf Grund von Störungen im Gerinnungssystem mit Sinusvenenthrombosen vor allem bei jungen Frauen bekannt. Leider war auch ein solcher Fall an der Rostocker Universitätsklinik zu beklagen, der zu großer Besorgnis führte. Sofort reagierten wir und stellten in Kooperation mit der Klinik einen sehr strengen Kontraindikationskatalog auf und brachen sogar eigenverantwortlich eine Impfkation am 30. März 2021 ab, nachdem Medienmitteilungen auf allen Sendern vor dem Impfstoff warnten.

Befremdlich war in dieser riskanten Krisensituation die sehr späte Reaktion auf ministerieller Ebene bzgl. seiner strategischen Führungsaufgabe.

In der Folge erhielten in Deutschland nur noch

Altersgruppen Ü60 diesen Impfstoff. Resultierend aus diesen Unsicherheiten verlor „ASTRAZENECA“ immer mehr die Akzeptanz bei der Bevölkerung, und unsere Impfterminangebote wurden trotz intensiver Aufklärung nicht mehr in vollem Umfang wahrgenommen.

Mit dem Wechsel des Stufenplanes der Ständigen Impfkommission (STIKO) auf den Level 2 hatten neben der Altersgruppe Ü70 und vielen chronisch Erkrankten auch Grundschullehrer/innen und Mitarbeiter/innen in Kindertagesstätten Anspruch auf die Covid-19-Impfung.

Der daraus resultierende Ansturm auf die zentrale Terminvergabe-hotline mit über 50.000 Anrufen täglich war nicht mehr beherrschbar.

In Absprache mit der Arbeitsgruppe CORONA INTERN organisierte das Impfzentrum Sonderaktionen für Kitas und Grundschulen in Rostock.

Ebenfalls in diese Priorisierungsgruppe gehörten Polizei und Feuerwehr sowie Personen in Flüchtlings- und Obdachlosenheimen. Auch hier wurden unsere mobilen Teams tätig.

Das Impfzentrum konnte auf Grund ausreichender Impfstofflieferungen seine Kapazität kontinuierlich bis Ende April 2021 auf über 6.000 Impfdosen pro Woche steigern.

Wir erweiterten die Anzahl der Impfkabinen auf 16, führten ein Zwei-Schicht-System ein und gewannen deutlich mehr freiwilliges Impfpersonal. Die Aufgabe der ärztlichen Leitung bestand erneut in der Schulung der Mitarbeitenden und Kommunikation der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse bzgl. Handhabung und Wirksamkeit der Impfstoffe.

Eine weitere Aufgabe des Impfzentrums sah ich als Ärztliche Leiterin darin, Ansprechpartner und Kompetenzzentrum für medizinische Fachverbände, die Kassenärztliche Vereinigung bzw. die Ärztekammer zu sein.

Schon sehr früh, am 6. Januar 2020, organisierte das Impfzentrum eine große Informationsveranstaltung für niedergelassene Ärzte unter Federführung des Senators, Steffen Bockhahn, und bot eine enge Kooperation an.

Als Pilotprojekt hatten fünf Arztpraxen die Möglichkeit, für 250 eigene Patienten einen Impftag unter Nutzung aller Ressourcen der Messehalle abzuhalten.

Leider empfand ich die spätere Reaktion seitens einiger Kolleg/innen der KV, immer wieder als Konkurrent angesehen zu werden, befremdlich, gelegentlich auch enttäuschend.

In eine solche Kooperation gehören aus meiner Sicht Kollegialität, Ehrlichkeit und gegenseitige Hilfe.

Von diesen Tugenden war die Zusammenarbeit aller Impfzentren im Land geprägt. Bei gegenseitigen Besuchen wurden Erfahrungen und Ideen ausgetauscht, und wir glichen Kapazitäten aus, um außergewöhnlichen Situationen zu begegnen und Impfstoffverfall zu vermeiden.

Ende April 2021 übergab ich nach vier Monaten „Pionierarbeit“ die Leitung des Impfzentrums an Simone Oldenburg und Andreas Unger aus dem Klinikum Südstadt.

Auch das Verwaltungsmanagement wechselte schon mehrfach.

Aus dem Blickwinkel des stillen Beobachters sehe ich, dass alle Kolleg/innen mit sehr großem Engagement die Arbeit im Kampf gegen das Virus fortsetzen und sich täglich der „Herausforderung von historischem Ausmaß“ stellen.

12.5 GEDANKEN ZUR CORONAPANDEMIE AUS SICHT DES GESUNDHEITSAMTES DER HANSE- UND UNIVERSITÄTSSTADT ROSTOCK

MARKUS SCHWARZ

Die zur Erledigung der Aufgaben des Gesundheitsamtes der Stadt Rostock für die Bekämpfung der Coronapandemie durchzuführenden Arbeiten waren außerordentlich vielfältig und – angesichts einer nur sehr beschränkten Mitarbeiterzahl, die zudem naturgemäß mit der Erfüllung anderer pflichtigen Aufgaben betraut war – immens herausfordernd – in einem bisher unbekanntem Ausmaß. Neben der ununterbrochenen Ermittlung von Rostocker Bürgerinnen und Bürgern, die ein positives PCR-Testergebnis auf SARS-CoV-2 aufwiesen

(im Laufe der Pandemie kamen dann diejenigen noch hinzu, die ein positives Antigen-Schnelltest-Ergebnis boten) mit anschließender Organisation von Isolations- und Quarantänemaßnahmen von Betroffenen und Kontaktpersonen zu SARS-CoV-2-Patienten, wurde das Amt zudem mit der Errichtung und Unterhaltung einer PCR-Teststation für die Stadt Rostock und darüber hinaus auch mit der Organisation der Verteilung (Distribution) von medizinischem Schutzmaterial gegen das Coronavirus in Alten- und Pflegeheimen etc., dem Aufbau eines Impfzentrums in der HanseMesse [der späteren Impfstation im Warnowpark (Abb. 20)] und der logistischen Begleitung von Informationsportalen zu allen Fragen, die mit der tatsächlichen Verbreitung des Coronavirus in der Bevölkerung der Hansestadt Rostock auftraten, betraut (Abb. 21).



Abb. 20
Werbeflyer Impfstützpunkt
Lütten Klein,
Quelle:
Gesundheitsamt



Abb. 21 Verteilung von Corona-Schutzausrüstung 2020 im
Brandschutz- und Rettungsamt, Foto: Markus Schwarz

„Nebenbei“ galt es, die gesetzlich vorgeschriebenen Verpflichtungen eines Gesundheitsamtes auf ein den Pandemiebedingungen angemessenes „Rumpf-Agieren“ zurückzufahren und zum Teil die neuen Aufgaben unter Einbeziehung von fachfremdem Personal anderer Ämter oder nur zeitweilig externer Beschäftigter (auch von Bundeswehrsoldaten während der sog. 4. Welle der Coronapandemie) zu realisieren.

Aufgaben von fast „herkulischer Dimension“.

An dieser Stelle soll nicht verschwiegen werden, dass viele Mitarbeiter/innen des Amtes kurzfristig Aufgaben übernehmen mussten, ohne dass entsprechende Grundkenntnisse der „neuen Materie“ vorhanden waren (med. Aufklärung der Fragenstellenden über ein nicht näher bekanntes Virus, Kontaktnachverfolgung positiv auf das SARS-CoV-2-Virus Getesteter, Vermittlung jeweils gültiger Reise- und Besuchsregelungen, Vermittlung von Veranstaltungsgenehmigungsverfahren etc.) (Abb. 22).



Abb. 22 Corona-Fall-Ermittlungstafel im Gesundheitsamt 2020, Foto: Markus Schwarz

Allein die Abwägung zwischen den Verordnungen des Bundes und den wesentlich „enger gefassten“ Regelungen des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern mündeten nicht selten in kontrovers geführte interne Diskussionen, jedoch immer mit dem Ziel, für die Bürger/innen Rostocks eine verständliche, nachvollziehbare Erklärung zu generieren. Nicht selten musste zu Beginn der Tätigkeitsaufnahme nach dem Prinzip „trial and error“ verfahren werden, ein Umstand, der gewiss nicht als befriedigend bewertet werden konnte. Zudem entstand bei nicht wenigen Mitarbeitern/innen das Gefühl, die vielen originären Aufgaben grob fahrlässig zu vernachlässigen.

Das im September 2020 beschlossene Konjunkturpaket der Bundesregierung für den „ÖGD-Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ soll zur personellen Aufstockung des Personalbestandes sowie zur Optimierung der technischen und digitalen Ausstattung der bundesdeutschen Gesundheitsämter in den folgenden Jahren finanzielle Mittel mit einem Volumen von insgesamt vier Milliarden Euro bereitstellen. Wollen wir hoffen, dass dieses Finanzvolumen tatsächlich in die benötigten, über Jahre hinweg „zusammengesparten“ Gesundheitsämter dieses Landes unmittelbar und direkt fließt.

Bei vielfältiger und diverser allgemeiner Kritik kann jedoch „vom (vermeintlichen) Ende der Pandemie her“ betrachtet festgestellt werden, dass die Zahlen der Todesfälle, der an/mit COVID-19 verstorbenen Rostocker Bürger/innen für die Bedingungen einer Großstadt als auffallend niedrig bezeichnet werden müssen, auch ein Indiz für die gute und suffiziente Arbeit des Amtes, die schnelle Nachverfolgung von potentiell mit SARS-CoV-2 infizierten Personen und deren In-Quarantänensetzung (Abb. 23).



Abb. 23 Corona-Neuinfektionen Rostock Dezember 2020, Quelle: Geo Basis-DE/BKG 2018 Robert-Koch-Institut

Nichtsdestotrotz sind in der gesamten Pandemiezeit Fragen bei den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aufgetreten, die verschiedene Aspekte der Pandemiebekämpfung betreffen und die aus unserer Sicht einer dringenden Beantwortung bedürfen. Diverse Schwachstellen der Bekämpfungsstrategien werden gegebenenfalls offenbart, die für alle zukünftigen bzw. ähnlichen Ereignisse eine optimierende Klärung notwendig machen:

Die intensive Zusammenarbeit mit den medizinischen Laboren hat gerade zum „diagnostischen Goldstandard“ - dem PCR-Test - zunehmend Fragen generieren lassen: Die Qualität der

PCR-Testdurchführungen bedarf dringend einer (qualitativen) Vereinheitlichung. Welcher Ct-Wert (als Maß der Amplifikationszyklen) kennzeichnet überhaupt eine „valide“ Infektion? Werden tatsächlich in den medizinischen Laboren immer „Dual Target Tests“ angewendet, die zumindest jeweils zwei unterschiedliche genomische Sequenzen im Untersuchungsmaterial nachweisen? Schließlich werden durch das PCR-Testverfahren nur Bruchstücke des Virus-Erbmaterials nachgewiesen, die dann allerdings als Beweis für das Vorliegen einer Infektion (mit Ansteckungsfähigkeit), mithin für das Aussprechen von Isolations- und Quarantänemaßnahmen angesehen werden, zudem oftmals ohne Berücksichtigung der objektiv vorhandenen Symptome bzw. gar manifester Symptomfreiheit der betroffenen Person. Letztlich stellt sich die Frage, die der Berliner Virologe Prof. Drosten selbst schon bei einer Coronavirus-Detektion in der Vergangenheit formuliert hatte, – ob der PCR-Test tatsächlich geeignet ist, (in jedem Falle) eine „valide Infektion“ festzustellen? Wie ist der PCR-Test in seiner Sensitivität bei geringer Prävalenz des Virus in der Bevölkerung einzuschätzen? Besteht nicht die Gefahr hoher „falsch-positiver Werte“ innerhalb einer getesteten Klientel (Abb. 24)?



Abb. 24 PCR-Tests im Gesundheitsamt Rostock 2021, Foto: Markus Schwarz

Allein die vorgestellten Überlegungen haben die Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamtes veranlasst, in nicht wenigen Corona-(Verdachts-)fällen Testwiederholungen in Auftrag zu geben, mit zum Teil verblüffenden Ergebnissen. Wir benötigen für die (Auswahl der) mit dem PCR-Test in Zusammenhang stehenden Fragen also dringend eine Klärung von ganz grundsätzlicher Natur.

Zudem irritiert die Tatsache, dass wir keine umfassende Kenntnis über die Prävalenz anderer, nicht Corona assoziierter Atemwegserkrankungen

besitzen. Getestet wurde (fast) ausschließlich auf Strukturen des SARS-CoV-2-Virus. Könnten andere (virale oder bakterielle) Krankheitserreger (außerdem?) eine bahnende Wirkung für die beobachteten Krankheitsbilder gehabt haben? Wir wissen es nicht, weil hiernach nicht gesucht wurde.

Aus (primärer) Unwissenheit sind sicherlich zu Beginn der Corona-Bekämpfungsmaßnahmen fatale Fehler begangen worden: Die völlige Abschottung (hoch)betagter Mitmenschen, ihre Isolation in Alten- und Pflegeheimen ohne die Möglichkeit, ihre Angehörigen, Ehepartner, Kinder etc. zu sehen, zu erleben und zu berühren, hatte maßgebliche (sozial)medizinische Auswirkungen. Auch die Annahme, Kinder seien „Treiber“ des Infektionsgeschehens, mit der Konsequenz der Implementierung langanhaltender Kontaktbeschränkungen und „Unterrichtsvakanzen“ gehören auf den „Prüfstand“ einer multisektoralen, wissenschaftlichen (Nach-)Betrachtung. Die im Gesundheitsamt tätigen Sozialmediziner mussten besonders im psychiatrischen als auch im pädiatrischen Bereich im Laufe des zeitlichen Fortschreitens des Pandemiegeschehens gravierende (nachhaltige) individuelle „Störungen“ des psychischen und seelischen Wohlbefindens feststellen.

Der zu Beginn der Coronapandemie erfolgten Aufforderung des Landes, die Namen der positiv auf das SARS-CoV-2-Virus getesteten Rostocker Bürgerinnen und Bürger der örtlichen Polizeidirektion mitzuteilen, wurde vom Gesundheitsamt nicht entsprochen. Einvernehmlich konnten alle Mitarbeiter/innen des Amtes diesem Ansinnen aus ethischen und datenschutzrechtlichen Aspekten nicht folgen.

Auch spezifische Aspekte der Arbeit der Corona-Impfzentren/Impfstützpunkte müssen im Nachhinein einer kritischen Begutachtung unterzogen werden (Abb. 25 und 26).



Abb. 25 Einweisung der Impfhelfer – Rostock, HanseMesse 2021, Foto: Markus Schwarz



Abb. 26 Warten auf die Impfung – Rostock, Warnowpark 2021,

Foto: Markus Schwarz

War zu Beginn der Verfügbarkeit diverser (innovativer) Corona-Impfstoffe die Umsetzung einer „Verteilungsgerechtigkeit“ (Stichwort: Priorisierungsgruppen) sicherzustellen, galt es in der 2. Phase der bundesweiten Impfkation bei ausreichender Verfügbarkeit des Impfstoffes zunehmend Impfanreize zu finden. Als nicht hilfreich erwies sich in diesem Zusammenhang die mehr oder weniger öffentlich zur Schau getragene politische Druckausübung auf die Entscheidungsfindungen der in der ärztlichen Gemeinschaft in der Bundesrepublik Deutschland hoch angesehenen „Ständigen Impfkommission“ (STIKO). Zuweilen schien es, als würden Politiker unterschiedlicher Couleur festsetzen, welche Altersgruppen geimpft bzw. einer wiederholten Impfung zugeführt werden müssten. Auch diese, oftmals dissonant geführten Diskussionen haben zur nicht geringen Verunsicherung weiter Bevölkerungsteile beigetragen. Statt eine suffiziente Überzeugungsarbeit zu leisten, wurde einer „Corona-Impfpflicht durch die Hintertür“ durch diverse administrative Maßnahmen zunehmend der Vorzug gegeben. Zu bedauern war außerdem eine sich in der Gesellschaft ausbreitende Polarisierung von Meinungen, die einen (wissenschaftlichen) Disput, die nüchterne Betrachtung von Impfstoffeffizienz, Impfstoffnebenwirkung in den Altersgruppen oder den zu definierenden Re-Impfungs-Modus schlichtweg fortfolgend erschwerte. Hier radikale „Corona-Leugner“, Impfgegner oder Impfskeptiker, dort stringente Maßnahmenbefürworter und Impfbefürworter. Eine „produktive Diskussion“ zwischen den unterschiedlichen Vertretern aller „Meinungsschattierungen“ war letztlich nicht mehr möglich. Eine (gesellschaftliche) Entwicklung, die außerordentlich zu bedauern ist.

Mit der Realisierung einer 3. (Booster-) Impfung, die Ende des Jahres 2021 immer imperativer voran

getriebene Forcierung dezentraler Impfangebote der Stadt Rostock, um die „Impfrate“ zu erhöhen, erzeugte allenthalben zunehmend Widerstand, der sich in sogenannten „Montagsspaziergängen“ Gehör verschaffte. Der in offiziellen Medien und im Netz gelebte Ton der Auseinandersetzung „beider Lager“ verschärfte sich gelegentlich in unerträglichem Ausmaß – eine Entwicklung, der zusätzliche Sorge beizumessen ist, den gesellschaftlichen Zusammenhalt betreffend.

Am Rande sei bemerkt, dass die offiziell immer kürzer werdenden Abstände notwendiger „Auffrischungsimpfungen“ und die unterschiedlichen, teilweise sich vehement widersprechenden Äußerungen diverser „Expertengremien“ hierzu nicht als Indiz für ein sich entwickelndes Vertrauen der vorgeschlagenen Maßnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie herangezogen werden können. Der anfangs vorhandene große Zuspruch zu den innovativen Impfstoff-Ansätzen nahm sukzessive ab.

Allein die Maßgabe, nach der 3. Corona-Impfung (Booster-Impfung) 14 Tage warten zu müssen, um den erst jetzt wirksam werdenden „Vollschutz“ zu akquirieren und die testbefreienden Zugangsberechtigungen zu „erhalten“, zeugten vom punktuellen Aberwitz geltender Regelungen.

Auch die bislang nicht realisierte Nutzung des Antikörperspiegels im Blut gegen das Coronavirus bei den an dieser Erkrankung genesenen Patienten, wobei anzunehmen ist, dass der Immunschutz zumindest bei einigen Virusvarianten vor einer (neuerlichen) Infektion besser ist oder offenkundig in der Regel länger anhält als nach einer (künstlichen) Immunisierung, zeugt von einer lähmenden Ignoranz, neue wissenschaftliche Erkenntnisse in die gelebte Praxis zu überführen.

Das Aufkommen der „Omikron-Variante“ des Coronavirus noch während des ausklingenden Jahres 2021 führte selbst bei der geimpften Population zu großer Verunsicherung, wurden doch nunmehr abermals strenge Kontaktbeschränkungen wiederbelebt. 3G (geimpft, genesen, getestet), 2G (geimpft, genesen), 2G+ (geimpft, genesen aber zusätzlich getestet), 1G (wahlweise nur geimpft oder nur getestet) – Regelungen zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (Einzelhandels-, Gaststätten-, Theaterbesuch etc.) wurden vielfältig propagiert, Veranstaltungen untersagt, Weihnachtsmärkte im laufenden Betrieb eingestellt etc., da der „Zusammenbruch“ des (regionalen) Gesundheitssystems zu befürchten war. Abermals wurden Maßnahmen der Kontaktbeschränkung im Wochenrhythmus

angepasst, die die allgemeine Verunsicherung und Verängstigung der Bevölkerung weiter vorantrieb. Die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben „Nicht-Corona-Geimpfter“ war fast zum Erliegen gekommen. Andererseits konnte die Pathogenität der die „Delta-Variante“ ablösende „Omikron-Variante“ zunächst schwer eingeschätzt werden. Es mehrten sich die Indizien für eine leichtere Ansteckungsfähigkeit aber eine geringere Pathogenität, eine Entwicklung, die eigentlich im Laufe einer Pandemie zu erwarten gewesen wäre. Nunmehr lautete die Sorge allerdings, dass durch vielfältige Erkrankungen innerhalb der Bevölkerung ein Zusammenbruch des gesamten gesellschaftlichen Lebens, zumindest aber der der kritischen Infrastruktur erfolgen würde. Unabhängig vom Impfstatus befände man sich im Krankenstand oder in der Quarantäne. Nun, dann läge die Lösung des Problems eigentlich auf der Hand...

Hier nun hatte sich das Gesundheitsamt Rostock im eigenen Personalbestand erstmals selbst mit dem Auftreten einzelner „Omikron-Erkrankungsfälle“ einer Auseinandersetzung zu stellen.

Die Entfachung immer neuer, immer bedrohlicher dargestellter Pandemieszenarien führte keineswegs zu zunehmenden Vertrauensbekundungen in größeren Bevölkerungsteilen. Zuweilen wurden zum Jahreswechsel 2021/22 in fast unverantwortlichem Ausmaß Ängste geschürt und weiterer, immer vehementer auftretender Widerstand induziert.

Und als „Zugabe“ wurden abermals die Gesundheitsämter dieses Landes als „locus minoris resistentiae“ detektiert: sie würden mit den Meldungen „nicht hinterherkommen“ und damit die Inzidenz-Angaben grob verfälschen... Abgesehen von der Tatsache, dass um die Weihnachts- und Silvesterfeiertage weniger getestet wurde, die Kapazitätsgrenzen der Labore in technischer und personeller Ausrüstung erschöpft waren und sich zunehmend Überlastungs- und Dekompensationsaspekte der digitalen Meldesysteme zeigten, waren die Gesundheitsämter – geschult nunmehr durch eine über Jahre (sic!) hinweg trainierte Personalakquise – durchaus in der Lage, die einlaufenden Meldungen in das System einzupflegen. Was allerdings ausgesetzt wurde, waren die horrenden Personalbindungen, die eine „flächendeckende Personen-Nachverfolgung“ im privaten Bereich anbelangte (nicht jedoch die Nachverfolgung in Gemeinschaftseinrichtungen umfasste...). Hier musste aus Gründen der Effizienz und der Logik dringend umgesteuert werden: keine noch so große Personalausstattung der Gesundheitsämter

hätte diesem ausufernden System Einhalt gebieten können. Allein zehn Indexpatienten generieren im Durchschnitt zwischen 100 und 200 Kontaktpersonen; täglich 150 bis 200 gemeldete Indexpatienten generieren demnach zwischen 1.500 und 4.000 Kontaktpersonen, eine zu bearbeitende Zahl, die weit außerhalb des Fassbaren erscheint. Bei einer zuweilen 14-tägigen Quarantäne wäre dann tatsächlich der städtische Raum „gesundheitsamtlich offiziell“ stillgelegt.

Irgendwie hat sich die Wahrnehmung zu den Inzidenzen der SARS-CoV-2 positiv Getesteten der letzten sieben Tage auf 100.000 Einwohner allerdings Ende des Jahres 2021 wieder relativiert: eigentlich sollte von der alleinigen und zentralen Fokussierung dieses Wertes Abstand genommen werden. Als Maß der Risiko-Kommunikation sollte ab Herbst 2021 fortan die Hospitalisierungs-Inzidenz gelten, kommuniziert wurde offiziell immer uneinheitlicher, ein Umstand, der auch bei den Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamtes zunehmend zu Unverständnis führte.

Last but not least haben gerade die Mitarbeiter/innen der Gesundheitsämter (incl. der temporär Mitarbeitenden) in einer „Manöverkritik“ auf einen wichtigen Sachverhalt hinzuweisen: Die Vielzahl der Verordnungen, die durch Bund und Land emittiert wurden, mussten letztlich wesentlich durch die Gesundheitsämter „interpretiert“ und der Bevölkerung der jeweiligen Gebietskörperschaft, hier für die Hanse- und Universitätsstadt Rostock, erklärt werden. Notwendig wurde die Einrichtung eines Bürgertelefons; gefühlt „rund um die Uhr“ standen zudem die Mitarbeiter/innen des Amtes Rede und Antwort, wenn es um (Ein)Reiseangelegenheiten, Veranstaltungsrahmenbedingungen, Besuchsregelungen, diverse In-Quarantäne-Setzungen, Aufhebungsverordnungen etc. pp. und Interpretationen der jeweils gültigen Landesverordnung ging. Im zunehmenden Fortgang der Coronapandemie wuchsen zuweilen Unverständnis und Frust der Bevölkerung, welche sich dann im Gespräch mit den Vertretern des Amtes „Luft verschafften“. Tatsächlich war es nicht selten selbst für „Insider des Amtes“ unmöglich, die „Logik“ hinter dem jeweiligen Text einer Corona-Verordnung zu erkennen. Getrieben von Telefon- und Videokonferenzen, von Unterweisungen, Gesprächen, Aufklärungen und fachlichem Handeln, waren die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes tatsächlich „schwer zu erreichen“, Anlass für weitere Unmutsäußerungen in der Bevölkerung (Abb. 27).

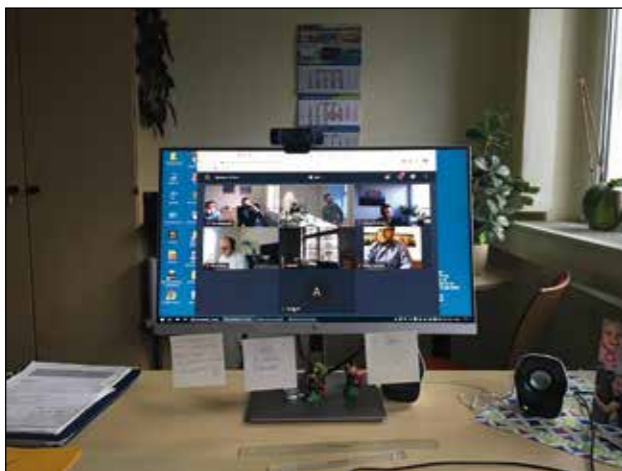


Abb. 27 Videokonferenzen, Gesundheitsamt Rostock – tägliches Pandemie-Handeln, Foto: Markus Schwarz

Die Coronapandemie hat in der Tat allen Handelnden viel abverlangt, hat psychischen, gar physischen Stress erfahrbar gemacht und ist so nicht „spurenlos“ geblieben.

Die Entscheidung, im Herbst des Jahres 2021 die kostenfreie Verfügbarkeit des Corona-Schnelltests (Abb. 28) für nicht gegen das Coronavirus geimpfte Personen zu beenden, sowie die Lohnfortzahlung bei einer notwendigen In-Quarantäne-Setzung von Corona ungeimpften Kontaktpersonen auszusetzen, führte nicht nur zu einer unmittelbar fassbaren Verzerrung der Meldestatistik, sondern schuf sozusagen als „Kollateralprodukt“ ein handelndes Gesundheitsamt als Zielscheibe des Unmutes für eine verängstigte Gesellschaft. Mehr qualifizierte Aufklärung, der Verzicht auf Ängste induzierende Corona-„Hochrechnungen“ und eine Zusammenarbeit mit der an „der Basis“ agierenden unteren Gesundheitsbehörde hätte sicherlich weniger zusätzlich gesellschaftliche Dissonanz geschaffen.



Abb. 28
Aufklärungsflyer des
Gesundheitsamtes,
Quelle: Gesundheitsamt

Tatsächlich verliefen die Maßnahmen zur Eindämmung der Coronapandemie (mit ihrer Omikron-Variante) Anfang des Jahres 2022 aus Sicht des Gesundheitsamtes zunehmend unkoordiniert. So sind die durch den Gesetzgeber zur Umsetzung des § 20a IfSG (einrichtungsbezogene Impfpflicht) auserwählten Gesundheitsämter ab Mitte März 2022 in keiner Weise vorab von ihrer zusätzlich zu exekutierenden Aufgabe konsultiert, noch befragt worden, noch stehen irgendwelche personellen Ressourcen zur Verfügung. Hier wären sicherlich die Betriebe selbst aufgefordert, notwendige Maßnahmen zum Selbst- und Fremdschutz ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter umzusetzen. Haben die Angehörigen der „unteren Gesundheitsbehörden“ doch in den vergangenen 30 Jahren darauf Wert gelegt, zunehmend koordinierende, initiierende Aktionen der Gesundheitsförderung des Einzelnen bzw. spezifischer gesellschaftlicher Gruppen zu begleiten und wurden andererseits hingegen immer weniger hoheitliche Maßnahmen vollzogen, sollen nunmehr im äußersten Fall sogar Betretungsverbote in medizinischen Einrichtungen SARS-CoV-2-Virus-Ungeimpfter zur Berufsausübung durchgesetzt werden. Die gesellschaftliche Wahrnehmung der Aufgaben eines Gesundheitsamtes scheint sich zu verschieben. Ein „Vorgeschmack“ kommender Auseinandersetzungen zeigten die Anfeindungen des Rostocker Gesundheitsamtes durch Eierwurf seiner Dienstfahrzeuge bzw. die „Entsorgung“ gebrauchter Atemschutzmasken vor dem Haupteingang des Amtes.

Mehr als unglücklich erwiesen sich Anfang des Jahres 2022 ebenso die widersprüchlichen Signale des bundesdeutschen Gesundheitsministeriums zur Reduktion der Anerkennung sog. „Genesenzertifikate“ von sechs auf drei Monate (mit Ausnahme der Angehörigen des Deutschen Bundestages, wo selbst sechs Monate weiter galten, hingegen wurden in der Schweiz neun Monate weiterhin anerkannt) bzw. das von Bundesland zu Bundesland unterschiedliche Agieren in Bezug auf die Grundimmunisierungsanerkennung des Corona-Impfstoffes von Johnson & Johnson. Insgesamt sind demnach kommunikative Unzulänglichkeiten zu konstatieren, die letztlich in den von den Gesundheitsämtern eingerichteten Bürgertelefonen nicht selten sehr emotional geführte Debatten induzierten.

Während der Coronapandemie sind viele Fragen entstanden, die aus gesundheitsamtlicher Sicht in all ihrer Heterogenität einer Antwort bedürfen bzw. einem wissenschaftlichen Disput „angeboten“ werden sollten. Die Gesundheitsämter aller

Landkreise und kreisfreien Städte der Bundesrepublik Deutschland sollten als untere „Gesundheitsbehörden“ in zukünftigen, ähnlich gelagerten Krisen, als Referenzeinrichtungen mit ihrem fachlichen Know-how viel stärker in die politischen Entscheidungsfindungen einbezogen werden.

Wir werden lernen müssen, mit dem Coronavirus, als Verursacher einer endemisch präsenten Krankheit zu leben, ob es uns passt oder nicht. Ein selbstbestimmtes, freiheitliches Dasein sollte auch mit dieser „Herausforderung des Lebens“ möglich sein.

Als Fazit diverser Diskussionsrunden der Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamtes kann festgestellt werden, dass vieles darauf hindeutet, dass SARS-CoV-2 nicht die letzte Zoonose sein wird, die das Potenzial einer Pandemie entwickeln kann. Um ähnlichen Herausforderungen zukünftig besser gewappnet gegenüberzustehen, müssen auch wir unser eigenes Handeln kritisch ins Visier nehmen, sobald das derzeitige Coronavirus in eine endemische Form übergeht und eine Normalisierung der Arbeitsprozesse im Gesundheitsamt abzusehen ist.

ALS „MANÖVERKRITIK“ EINIGE ANREGUNGEN:

1. Von Anfang sollten konkrete Personen benannt sein, die für Kommunikation und Qualitätssicherung verantwortlich sind. Ausgestattet mit den entsprechenden Entscheidungsbefugnissen und Zugängen zu Informationen auf allen Hierarchieebenen des Gesundheitsamtes.
2. Ein festes, modularisiertes Einarbeitungskonzept für externe Helfende schont humane Ressourcen, die in der Hochphase der Pandemie dringend an anderer Stelle benötigt werden. Unsere Erfahrung hat gezeigt, dass wir durch diese Konzeptlosigkeit viel Zeit und Kraft an dieser Stelle verloren haben.
3. Insbesondere die bereits erwähnte „Stimmung der Angst und Unsicherheit“ ist etwas, mit dem wir immer wieder konfrontiert sein werden, sobald ein neuer und unbekannter Erreger auftritt. Ein Team gut geschulter Mitarbeitender sollte die Erreichbarkeit des Gesundheitsamtes für Fragen und Beratung der Rostocker Bürgerinnen und Bürger von Anfang an und dauernd garantieren. Mit dieser Maßnahme kann nicht nur Frust auf beiden Seiten verringert, sondern auch die Deutungshoheit über sich schnell ändernde Fakten gewährleistet werden.
4. An dieser Stelle schließt sich der Aufklärungsauftrag an, den eine Gesundheitsbehörde innehat. Das unsägliche, vielleicht sogar fahrlässige „Schweigen“ der BZgA in den Jahren 2020 und 2021 der Coronapandemie hätte mitnichten durch ein lokales Gesundheitsamt ausgeglichen werden können. Dennoch wären wir heute in Rostock an einem anderen Punkt der Unzufriedenheit, der Verunsicherung und des Umgangs mit der Infektion sowie der Impfung, hätte sich das Gesundheitsamt Rostock massiv und deutlicher für die Umsetzung einer lokalen Aufklärungskampagne eingesetzt und das entsprechende Know-how zur Verfügung gestellt.



13.

**AUSBLICK -
EINE ZUKUNFT FÜR DAS
GESUNDHEITSAMT?**
MARKUS SCHWARZ,
KERSTIN WACHE

13. AUSBLICK - EINE ZUKUNFT FÜR DAS GESUNDHEITSAMT? MARKUS SCHWARZ, KERSTIN WACHE

Die Vielfalt der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mag für den Außenstehenden überwältigend und auf den ersten Blick verwirrend sein. Wenn man allerdings berücksichtigt, dass alle im wesentlichen bevölkerungsbasierten medizinischen Maßgaben zum einen entweder einer hoheitlichen Aufgabenstellung, zum anderen Aufgaben der Gesundheitsvorsorge und der Gesundheitsfürsorge – mit deutlich sozial kompensatorischer Note – Angelegenheiten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind, aus Steuermitteln finanziert werden und eben auch Aspekte der Daseinsvorsorge des Staates besitzen, fügt sich das bunte Bild zu einem Ganzen.

Eine Vielzahl der Angelegenheiten, die im Gesundheitsamt verortet sind, lassen sich nicht im stationären oder ambulanten deutschen Medizinalsystem realisieren und sind mithin in einer individuell geführten Abrechnung nicht darstellbar.

Gäbe es die Gesundheitsämter nicht, müsste man sie „tatsächlich erfinden“!

Insofern ist es sehr erstaunlich, fast fahrlässig, wenn die bereit gestellten Mittel zur Finanzierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – regelhaft in der Zeit vor der Coronapandemie bundesweit – zunehmend ausgehöhlt, zuweilen beschnitten, bestenfalls auf ein niedriges Niveau eingefroren wurden, die nicht zur Erledigung aller gesetzlich normierten Aufgaben ausreichten, andererseits „zum Sterben“ zu „großzügig bemessen“ waren. Die Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst galt und gilt – zumindest in „Medizinerkreisen“ – als unattraktiv, von der Standesvertretung vergessen, von der Politik gegängelt und vom Lohnsystem innerhalb des ärztlichen Lohngefüges als völlig entkoppelt...

Die Coronapandemie hat die unteren Gesundheitsbehörden, die Gesundheitsämter der gesamten Republik, sehr plötzlich ins Zentrum der öffentlichen Wahrnehmung transponiert: schonungslos und unbarmherzig zeigten sich die Versäumnisse

vergängerer Jahrzehnte! Mit dem „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (29. September 2020)“ sollen nunmehr die Gesundheitsämter „aufgestockt, modernisiert und vernetzt“ werden. Mit vier Mrd. EUR will der Bund in Personal, Digitalisierung und moderne Strukturierung investieren, wobei der Förderzeitraum auf sechs Jahre festgesetzt wurde. Wie diese „Maßnahme“ allenthalben zu begrüßen ist, zeigt sie allerdings ebenso gnadenlos, wie immens die Defizite haben ausgeprägt sein müssen.

Wohlgermerkt, Anlass für die „finanzielle Aufrüstung“ war die Coronapandemie, ein globales Ereignis, welches die Mitarbeiter/innen der Abteilung „Hygiene und Infektionsschutz“ (zuständigkeitshalber) für den regionalen Raum zu „bearbeiten“ hatten. Die übrigen, man möchte meinen, ebenso wichtigen gesundheitsamtlichen Aufgaben fanden bislang keine (ausdrücklich) ausreichende Betrachtung oder Würdigung!

Im weiteren Infektionsgeschehen zeigten sich – auch vom „Ende der Pandemie“ her betrachtet – deutliche Ansatzdefizite des „Paktes“. Fachpersonal, wie auch technisches „Know-how“ und weiteres kostenpflichtiges „Equipment“ waren auf dem Markt zunehmend schwerer zu akquirieren. Antragsfristen, zeitlich befristete Handlungsräume, konnten und können häufiger nicht mehr „bedient werden“ und erste „Absatzbewegungen“, die Ausschüttung zugesicherter finanzieller Mittel betreffend, werden zumindest von Geberseite offenbar!

Die Interaktion so unterschiedlicher Berufsfelder [Hygiene-Aufseher/innen, Hygiene-Inspektor/innen, Schwestern, Pfleger, Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen/innen, Umweltingenieuren/innen, Psychologen/innen, Pädagogen/innen, Ärztinnen und Ärzten (unterschiedlicher Fachrichtungen), IT-Spezialisten/innen, medizinische Dokumentationsassistenten/innen, Verwaltungsfachpersonal unterschiedlicher Ausbildungslaufbahnen, wie auch Public Health (PH) basierte wissenschaftliche Mitarbeiter/innen und andere

mehr] birgt ein unglaublich großes, zuweilen nicht optimal genutztes Potential, das – wie im „Corona-Kapitel dargestellt – aus „gesundheitsamtlicher Sicht“ auch nicht, trotz ihrer Fachexpertise, in Entscheidungsprozesse ausreichend mit einbezogen wurde und wird. Synergieeffekte wollen erkannt und geschätzt werden!

Allein die viel gescholtenen Defizite auf dem IT-Sektor lassen sich nicht in kurzer Zeit beheben. Die digitale Ausstattung des Gesundheitsamtes konnte bislang tatsächlich aus den Mitteln des „Paktes für den ÖGD“ verbessert werden. Kommunikationsschranken sind gefallen. Das Empfangen, das Einlesen von diversen Infektionsdaten, deren Verarbeitung, Auswertung, Meldung und Weiterleitung konnten deutlich verbessert werden. Jedoch bleibt zu bemerken, dass in den Gesundheitsämtern (allein im Bundesland MV) in der Vergangenheit unterschiedliche Fachanwendungen (verschiedener) Anbieter aus Kostengründen (regional nicht abgestimmt) realisiert wurden. Sie wurden eingesetzt, obwohl eine „Kompatibilität“ nicht bestand und Schnittstellen selten reibungslos funktionierten. Die Konsequenzen, eben in der Vergangenheit nicht einheitliche Fachsoftware im Bundesland erworben zu haben, waren besonders während der Zeit der Pandemie schmerzhaft zu spüren.

Zumindest konnte im Rostocker Gesundheitsamt (glücklicherweise) eine eigene „IT-Fachkraft“, eine Mitarbeiterin, die tatsächlich hiesig Aufbauarbeit leisten musste, gewonnen werden.

ZUR DIGITALISIERUNG SCHREIBT KERSTIN WACHE:

Das Thema Digitalisierung ist in aller Munde, doch wie sieht es tatsächlich im Gesundheitsamt aus?

Das erste, was ich feststellte war, dass über die Hälfte der Desktop-PC immer noch Windows 7 als Betriebssystem hatten – mittlerweile ist Windows 10 der Standard.

Neue aktuelle Programme können nicht installiert werden, weil Windows 7 nicht mehr unterstützt wird. Die Mitarbeiter/innen arbeiteten zum größten Teil noch mit einem 19“-Monitor. Die aktuellen Programme gehen mittlerweile von einem 22“-Monitor als Standard aus, so dass die Darstellung der Formulare und Masken auf den kleinen Bildschirmen mehr Frust als Freude auslösten. Die Auflösung der Bildschirme befand sich auf einem Stand von vor 15 Jahren. Kabellose Funkmäuse/-tastaturen, ergonomische Mäuse und Tastaturen suchte man vergebens.

Die vorhandenen Telefone erlaubten keinen Anschluss von Headsets. Einzig der Besprechungsraum in der 2. Etage war mit einem neuen Beamer und Mini-PC ausgestattet, allerdings fehlte auch hier eine Kamera. Mittlerweile gehören Online-Meetings pandemiebedingt zum Tagesgeschäft, doch auch hier fehlten Kameras für den PC, um per Video an den Meetings teilnehmen zu können.

Laptops für Homeoffice waren bis zu diesem Zeitpunkt Fremdworte, und alle hofften auf finanzielle Mittel, um die gesamte veraltete Technik durch neue ersetzen zu können.

Die Wunschliste ist immer noch groß.

Mittlerweile hat sich während der Pandemie herausgestellt, dass eine effektive Bearbeitung von Pandemiefällen nur dann erfolgen kann, wenn dem Nutzer zwei Bildschirme am Arbeitsplatz zur Verfügung stehen. Die Standardprogramme und die Fachanwendungen erwarten leistungsstärkere Hardware. Selbst die verwendeten Webportale für die Bearbeitung des Pandemiegeschehens erwarten ein modernes Betriebssystem. Die Bereitstellung der versprochenen Fördermittel aus dem

ÖGD-Pakt wurde immer dringlicher.

Die Liste der vorrangig benötigten technischen Ausstattung umfasst solche Dinge wie

- *PC oder Laptops,*
- *2 Bildschirme (höhenverstellbar/drehbar) je Arbeitsplatz,*
- *kabellose Mäuse/Tastaturen oder auch ergonomisch geformte Mäuse,*
- *Kameras für ausgewählte Arbeitsplätze.*

Dieser erste Teil der Erneuerung konnte bis November 2021 abgeschlossen werden. Der Einsatz der veralteten Telefonanlage war bereits im Gange. Das sind jedoch nur die Dinge, die für die Mitarbeiter/innen offensichtlich sind.

Im Hintergrund steht jedoch auch noch alte Netzwerktechnik, die einen Anschluss des Gesundheitsamtes an das schnelle Stadtnetz zu diesem Zeitpunkt verhindert. Und ganz zum Schluss steht da noch der Wunsch nach moderner Kommunikationstechnik für den Beratungsraum (Dokumentenkamera und digitales Whiteboard).

Und die Chancen stehen nicht schlecht, es stehen weiter Fördergelder für die Modernisierung der Gesundheitsämter bereit, und bald soll es nun wirklich losgehen mit der „echten“ Digitalisierung.

Die über zwei Jahre währende Coronapandemie (deren „offizielles Ende“ noch nicht gesetzt ist) hat ein überaus gefordertes Mitarbeiter/innen-Team hinterlassen, dieses aber auch geformt und geschult. Temporäre Personalzuführungen aus anderen Ämtern, aus einem „Pool“ Freiwilliger, aus der universitären Studentenschaft, aus der Bundeswehr, mussten selbst organisiert werden, um die Corona-Melde- und Informationsprozesse des Amtes, um die (städtischen) Testzentren und das große Impfzentrum in Rostock (zusammen mit dem Hauptverwaltungsamt der Stadt) aufzubauen und zu unterhalten.

Unter dem permanenten Handlungsdruck haben sich Tätigkeitsschwerpunkte verlagert, haben sich Mitarbeiter/innen tatsächlich „verändert“, haben sich Sichtweisen und Ansichten neu strukturiert!

Ein seit Jahren „schwelender Diskurs“ ist neu belebt worden:

Sind die Aufgaben des „Öffentlichen Gesundheitsdienstes“ noch zeitgemäß, sind die in den „Gesundheitsdienstgesetzen der Länder“ formulierte (kleinteiligen) Aufgaben tatsächlich noch relevant? Sollten „Querschnittsämter“ eher geeignet sein, die Fülle der Aufgaben effizienter zu bewältigen?

Die Zahl der bundesweit aktiven Fachärzt/innen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst hat in den vergangenen Jahren rapide abgenommen, die Zahl der ärztlichen Kolleg/innen, die ein Interesse haben, ihre Tätigkeit im Amt aufzunehmen, ist ebenso deutlich regredient. Wenn es nicht gelingt, das „negative Gehaltsgefüge“ im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu überwinden, werden bestimmte Aufgabengebiete nicht mehr „ärztlich dargestellt“ werden können, bestenfalls erfolgt eine „Negativauslese“. Schon jetzt werden zukünftige Gesundheitsämter ohne ärztliche Leitung, mit reduzierter ärztlicher Verantwortung propagiert und intendiert, eine Entwicklung, die aus unserer Sicht aus vielfältiger Begründung heraus als fatal einzuschätzen ist.

Wie zuvor bereits ausgeführt, erscheint es notwendig, auch aus Gründen der Attraktivitätssteigerung des ÖGD, die Anbindung der Tätigkeiten der „unteren Gesundheitsbehörden“ an die Arbeit der PH-Wissenschaften der Fachhochschulen und Universitäten zu intensivieren.

Kurz, nach den intensiven Erfahrungen, gewonnen durch die Auseinandersetzung mit den Aufgabenstellungen in der Corona-Zeit, ist eine Reform des Dienstes imperativ gegeben. In welche Richtung wird sich das Gesundheitsamt der Stadt entwickeln? Bleibt es beim klugen Austarieren zwischen hoheitlichen Aufgaben und Aspekten der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsfürsorge oder werden andere Wichtungen im System realisiert? Gelingt es, durch eine ausreichende Finanzausstattung, ein für alle Mitarbeiter/innen attraktives Berufsfeld auch in Zukunft zu garantieren oder werden reaktiv qualitativ Abstriche billigend in Kauf genommen?

Wir bleiben optimistisch, eine starke, demokratisch geprägte Bürgergesellschaft muss Garant für einen zeitgemäßen Öffentlichen Gesundheitsdienst sein. Wir selbst sind aufgerufen, dafür zu kämpfen.

Quo vadis Gesundheitsamt?

Wir werden diese Frage bald beantworten können!

Danke

Ein so umfangreiches Werk über die Verfasstheit des Gesundheitsamtes einer größeren Hafenstadt im Nordosten der Bundesrepublik Deutschland 30 Jahre nach der Vereinigung beider deutscher Staaten zu erstellen, bedarf einer konzisen, zuweilen strengen redaktionellen Führung. Mehr als 50 Autorinnen und Autoren permanent zu motivieren, zu erinnern, zu ermahnen und zu loben, ist tatsächlich das Verdienst des aus dem Gesundheitsamt rekrutierten Redaktionskollegiums unter der Leitung (der ehemaligen Koordinatorin für Gesundheitsförderung) Dr. Angelika Baumann. Sie war es, die in enger Tuchfühlung mit Dr. Antje Wrociszewski (Koordinatorin für Sucht und Psychiatrie) sowie mit Dipl.-Oec. Karin Marquardt (Verwaltungsleiterin) und Madlen Zimmer (STI-Beratungsstelle) ein „einheitliches Werk“ haben entstehen lassen. Ungezählte Stunden, Stunden voller Optimismus, aber auch von Verzweiflung und Hader geprägte Gefühle in Anbetracht der schier kaum zu bewältigenden Arbeitsaufgaben waren gepaart mit Zeiten der vorsichtigen Hoffnung und einer Grund-Zuversicht, die schwierigen Passagen der Anthologie sinnvoll und logisch nachvollziehbar, dennoch zusammenführen zu können.

Ihnen ein aufrichtiges und herzliches Danke sehr! Neben allen aktiven und ehemaligen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, die sich zum Teil mit großem Enthusiasmus dieser Rückschau in die Vergangenheit, der Spiegelung der Gegenwart und der Skizzierung der gesundheitsamtlichen Zukunft widmeten, sei ein nicht minder großes Dankeschön ausgesprochen.

Dank den vielen zuarbeitenden Institutionen, die uns unmittelbar – oder ggf. auch mittelbar – motiviert und unterstützt haben, das Buchprojekt mit einer „gesundheitsamtlichen Gesamtschau“ (in komplizierten Zeiten) voran schreiten zu lassen:

Hervorzuheben in diesem Zusammenhang sei

das Sachgebiet Statistik der Hanse- und Universitätsstadt Rostock (Leitung: Carmen Becke) mit ihren Mitarbeiterinnen Dr. Katharina Wolf, Petra Guljam und Petra Schilling, sowie die zeitweilig (im Projekt – statistische Auswertungen) tätigen Beschäftigten Carolin Baumgarten und Fiene Krohn. Herzlichen Dank auch Ulrich Kunze und Jana Holz von der Pressestelle der Hanse- und Universitätsstadt, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Stadtarchivs, seinem Leiter Dr. Karsten Schröder und dem Mitarbeiter Bodo Keipke für vielschichtigen Rat sowie dem Hauptamt der Stadtverwaltung mit seinen Mitarbeiterinnen Kerstin Franke und Evelyn Jordan bei der Erstellung des „Mitarbeiter-Zeitstrahls“.

Zu großem Dank verpflichtet ist das Amt auch im Zusammenhang der Bewältigung der Coronapandemie in der Stadt Rostock den hinzugezogenen externen Helferinnen und Helfern der Stadtverwaltung, der Studentenschaft der Universität Rostock, den Kameradinnen und Kameraden der Bundeswehr, den RKI-Scouts sowie den freiwillig tätigen Privatpersonen. Ohne sie wäre – auch inhaltlich – dem Buch ein anderes Aussehen beschieden.

Herzlicher Dank gilt ebenso der Korrekturleserin, Marianne Strack, die in ebenso ungezählten Stunden als externe Beraterin half, Verständnisfragen zu klären und orthographisch/grammatikalische Fallstricke zu vermeiden.

Dank gilt desgleichen der „guten Seele“ des Hauses, meiner Sekretärin Petra Schröder, die unermüdlich und jederzeit bereit war, die unzähligen Änderungen, Streichungen und Zusätze zu ergänzen. Ohne sie wäre alles nichts!

Quelle: Projekt der Freien Schule Rostock e. V.
Am Burgwall
Foto: Markus Schwarz

Der „Ostseezeitung“, den „Norddeutsche(n) Neu-este(n) Nachrichten“ und dem „Deutschen Ärzteblatt“ gebührt Dank für die Erlaubnis, ausgewählte Artikel zu Dokumentationszwecken in unserer Anthologie zu verwenden.

Last but not least gilt unser Dank dem Layouter und Fotografen Felix Seyfert, der mit unkonventionellen und zuweilen überraschend erfrischenden Problemlösungsvorschlägen in entscheidender Phase zur Seite stand. Und natürlich auch der „Altstadt-Druck GmbH“, die ebenso zu jeder Zeit mit Rat und Tat behilflich war.

Den in Rostock bekannten Verlegern Dr. Matthias Redieck und Achim Schade unser herzlicher Dank für die freundliche, kurzfristige Beratung.

Der Hanse- und Universitätsstadt Rostock für die Finanzierung dieser – sicherlich bundesweit einmaligen – Sammlung zu den Obliegenheiten einer „unteren Gesundheitsbehörde“ sind wir verpflichtet.

Dr. med. Markus Schwarz

PS: dringend! Den Grußwortautoren fällt dem Gesundheitsamt gegenüber eine (weitere) wichtige – auch symbolische – Rolle zu. Es sind nicht zufällig SIEBEN (Grußworte) an der Zahl, wobei das Redaktionskollegium aufrufend erinnern möchte: sie alle trugen und tragen auch Verantwortung für das weitere Gedeihen des Gesundheitsamtes! Unterstützen Sie es weiter!

Und die Rostocker Sieben sind hiesig nicht ganz unbekannt!



DIE SIEBEN IN ROSTOCK

Die von alten Zeiten her berühmte Universitäts- und Münzstadt Rostock ward als merkwürdig von den Alten bezeichnet wegen der Siebenzahl.

Die Stadt hatte sieben Tore, sieben Brücken, sieben sämtlich vom Markt ausgehende Hauptstraßen, sieben Türme und sieben Türen im Rathaus, an der Marienkirche sieben Portale, an den Uhrwerken sieben Glocken und im Rosengarten, der aus alter Zeit berühmt ist und dessen in der Sage von des Minnesängers Heinrich Frauenlobs Begängnis zu Mainz gedacht wurde, sieben uralte Linden. Man hat vor alters wohl manches Mal Rostock spottend nachgesagt, es habe zu diesen vielen Sieben auch nur sieben Studenten, und es ist sogar gedruckt worden, es lebe und sterbe mancher Rostocker, ohne nur einen Studenten gesehen zu haben.

Den alten Namen aber hat Rostock von einem Rosenstock, es ward urbs rosarum, die Rosenstadt, genannt, und das steht wieder mit dem erwähnten Rosengarten in Verbindung.

Quelle: Ludwig Bechstein, Deutsches Sagenbuch, Leipzig 1853

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ABM	Arbeitsbeschaffungsmaßnahme	EBIS	Einrichtungsbazogenes Informationssystem für die ambulante Suchtkrankenhilfe
Abt.	Abteilung		
AbtL.	Abteilungsleiter	EHEC/HUS	Historisch wurden diejenigen STEC als EHEC bezeichnet, die in der Lage waren, schwere Erkrankungen (hämorrhagische Kolitis und hämolytisch-urämisches Syndrom – HUS) hervorzurufen.
AG	Arbeitsgemeinschaft		
AK	Arbeitskreis		
ÄK MV	Ärztammer Mecklenburg-Vorpommern		
		ELT	Elektrotechnik
ATZ	Altersteilzeit	EQG MV	Einrichtungenqualitätsgesetz
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz	Ew.	Einwohner
BG Verkehr	Berufsgenossenschaft, zuständig für Verkehrswirtschaft, Post-Logistik und Telekommunikation	EUFH	Europäische Fachhochschule – Standort Rostock
		EUR	Währungseinheit EURO
BJZK	Bezirksjugendzahnklinik	EX-IN	Genesungsbegleiter (englische Abkürzung für Experienced Involvement- Beteiligung Erfahrener)
BKH	Bezirkskrankenhaus		
BRA	Brandschutz- und Rettungsamt	FA/FÄ	Facharzt/Fachärztin
BSHG	Bundessozialhilfegesetz	FH	Fachhochschule
BTHG	Bundesteilhabegesetz	GF	Gesundheitsförderung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	Ggf.	Gegebenenfalls
CRM	Centrum für Reisemedizin	GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
CSG	Centrum für sexuelle Gesundheit	GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
DEMIS	Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz	GPSV	Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverbund
		GPLV	Gemeindepsychiatrischer Leistungserbringerverbund
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung	HÄD	Hafenärztlicher Dienst
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.	HEWAG	Stromversorger
		HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
DZK	Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose e. V.	HRO	Hanse- und Universitätsstadt Rostock
DZNE	Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen	HWG	Personen mit häufig wechselndem Geschlechtsverkehr, die sich zu DDR Zeiten und auch noch in den ersten Jahren danach, regelmäßig im Gesundheitsamt melden mussten und auf STI untersucht wurden.
DIM	Digitales Impfquotenmonitoring des Robert Koch-Institutes		
Dipl.-Med.	Diplom-Mediziner oder -Medizinerin	Hrsg.	Herausgeber/Herausgeberin
DM	Diplom-Mediziner oder -Medizinerin		

IfSG	Infektionsschutzgesetz		der Hanse- und Universitätsstadt Rostock	PEP	Postexpositions-Prophylaxe (betrifft die Verhinderung einer HIV-Infektion)	SPDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
IGV	Internationale Gesundheitsvorschriften	LAGuS	Landesamt für Gesundheit und Soziales	PH	Public Health	SOPESS	Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen
Jhdt.	Jahrhundert			PIA	Psychiatrische Institutsambulanz	STD	Sexuell übertragbare Krankheiten
KAJ	Kreisarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege	LAKOST MV	Landeskoordinierungsstelle für Suchtthemen MV	PLHIV	People Living with HIV	STI	Sexuell übertragbare Infektionen
KHI	Kreishygieneinspektion	LAJ MV	Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege MV	POCT	Patientennahe chemisch-physikalische Labordiagnostik (englisch: Point-of-Care-Testing)	STIKO	Ständige Impfkommision des Robert-Koch-Institutes
KiföG	Kinderförderungsgesetz	LHI	Landeshygieneinstitut	PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft	TK	Tagesklinik
KIM	Universitätsmedizin Rostock-Klinik für Innere Medizin	MAT	Mobile AIDS-Team MV	PrEP	Praeexpositions-Prophylaxe (betrifft die Verhinderung einer HIV-Infektion)	TrinkwV	Trinkwasserverordnung
Kita	Kindertagesstätte	MBA	Master of Business Administration	RV	Rentenversicherung	UmA	Unbegleitete minderjährige Ausländer
KJÄD	Kinder- und Jugendärztlicher Dienst	MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen	RKI	Robert Koch-Institut	VHS	Volkshochschule
KJPP	Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Zentrum für Nervenheilkunde	MedHygVO	Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen MV	RoNA	Rostocker Netzwerk Arbeit	VK	Vollzeitkräfte
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII)	MKG	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	SAE	Stab für außergewöhnliche Ereignisse	WHO	Weltgesundheitsorganisation
KOE	Eigenbetrieb Kommunale Objektbewirtschaftung und -entwicklung der Hanse- und Universitätsstadt Rostock	MR	Medizinalrat	SeLA	Selbstbewusst Leben und Arbeiten	WK	Weltkrieg
		MV	Mecklenburg-Vorpommern	S 3	Senatsbereich Jugend, Soziales, Gesundheit und Schule	WIRO	Wohnen in Rostock Wohnungsgesellschaft mbH
		MDV	Medizinischer Dienst des Verkehrswesens der DDR	SED	Sozialistische Einheitspartei Deutschland	ZÄ	Zahnärzte
KPP	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Nervenheilkunde	MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum	SGB	Sozialgesetzbuch	ZÄD	Zahnärztlicher Dienst
		ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst	Sen-S	Skala zur Einschätzung des Sozial-Emotionalen Entwicklungsniveaus		
KVMV	Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern	OMR	Obermedizinalrat				
KTV	Kröperliner Torvorstadt, Stadtteil	PCR	Polymerase-Kettenreaktion (englisch: polymerase chain reaction)				

AUTORENVERZEICHNIS:

- Baumann, Angelika, Dr. paed., Fachlehrerin für Körpererziehung/Germanistik, Koordinatorin für Gesundheitsförderung, Gesundheitsamt Rostock
- Bielke, Marianne, Dipl.-Med., Fachärztin für Physiotherapie, Fachärztin für Allgemeinmedizin, (Zusatzbezeichnungen: Betriebsmedizin, Naturheilverfahren, Balneologie und medizinische Klimatologie), Stadtmedizinaloberärztin, (kommissarische) Abteilungsleiterin Sozialmedizin/Amtsärztlicher Dienst Gesundheitsamt Rostock
- Bockhahn, Steffen, M. A. der Politikwissenschaften, Senator für Jugend, Soziales, Gesundheit und Schule der Hanse- und Universitätsstadt Rostock
- Buchholz, Marlis, Betriebskrankenschwester, Mitarbeiterin der Abteilung Infektionsschutz/Umwelthygiene, Gesundheitsamt Rostock
- Busch, Kerstin, Dr. med. dent., Zahnärztin, Abteilungsleiterin Zahnärztlicher Dienst, Gesundheitsamt Rostock
- Donath, Doreen, Diplom-Sozialpädagogin, Diplom-Sozialarbeiterin, Koordinatorin für Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter, heute Mitarbeiterin der Beratungsstelle für chronisch kranke, behinderte und onkologische Patienten, Gesundheitsamt Rostock
- Dorow, Christa, Dr. paed., Suchtkoordinatorin, Gesundheitsamt Rostock
- Friese, Andi, Hygienefachkraft, Pfleger, Sachgebietsleiter Infektionsschutz, Gesundheitsamt Rostock
- Grunwald, Herbert, Dr. med., Facharzt für Allgemeinmedizin, Betriebsarzt, Hafenarzt, Gesundheitsamt Rostock
- Haack, Antje, Physiotherapeutin und Gesundheitsfürsorgerin für Lungenkranke und Tuberkulose, Mitarbeiterin der Abteilung Infektionsschutz und Umwelthygiene, Gesundheitsamt Rostock
- Hafke, Margarete, Dr. med., Fachärztin für Allgemeinmedizin, (Zusatzbezeichnungen: Jugend- und Sportmedizin, Sozialmedizin), Abteilungsleiterin Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, kommissarische Amtsleiterin, Gesundheitsamt Rostock
- Helsper, Angela, Hafenhygieneinspektorin, Hafenärztlicher Dienst, Gesundheitsamt Rostock
- Holzhausen, Hannfried, Dr. med., Facharzt für Chirurgie, Amtsleiter, Gesundheitsamt Rostock
- Jakobs, Frauke, Dr. med., Fachärztin für Kinderheilkunde, Abteilungsleiterin Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Gesundheitsamt Rostock
- Jaster, Helga, Dr. med., Fachärztin für Nervenheilkunde, Abteilungsleiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Gesundheitsamt Rostock
- Jaster, Kerstin, Dr. med., Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, (Zusatzbezeichnungen: Psychotherapie, Sozialmedizin), (kommissarische) Abteilungsleiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Gesundheitsamt Rostock
- Klein, Verena, Kinderkrankenschwester, Diplom-Sozialpädagogin, Beratungsstelle für chronisch kranke, behinderte und onkologische Patienten, Gesundheitsamt Rostock
- Klimas, Sabine, Dipl.-Stom., Zahnärztin, Abteilungsleiterin Zahnärztlicher Dienst, Gesundheitsamt Rostock
- Köpke, Melanie, Masseurin/med. Bademeisterin, Arzthelferin, z. Zt. Verwaltungsausbildung, Arbeitsbereich: Medizinalaufsicht/Heilpraktikerwesen, Abteilung Sozialmedizin/Amtsärztlicher Dienst, Gesundheitsamt Rostock
- Kreuzfeld, Steffi, Dr. med., Institutsdirektorin des Institutes für Präventivmedizin der Universität Rostock (kommissarisch) und Leiterin des Arbeitsbereiches Präventivmedizinische Ambulanz, Fachärztin für Arbeitsmedizin/Sportmedizin
- Krohn, Fiene, Studentin der Wirtschaftswissenschaften an der Universität Rostock
- Leyk, Thomas, Dr. med., Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, (Zusatzbezeichnung: Psychotherapie), Abteilungsleiter Sozialpsychiatrischer Dienst, Gesundheitsamt Rostock
- Marquardt, Ortrud, Fürsorgerin, Mitarbeiterin Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Dipl.-Sozialarbeiterin, Mitarbeiterin Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Gesundheitsamt Rostock
- Marquardt, Karin, Dipl.-Oec., Ökonomin, Abteilungsleiterin Allgemeine Verwaltung/Betreuungsbehörde, Gesundheitsamt Rostock
- Müller, Ingrid, Dr. med., Fachärztin für Kinderheilkunde, Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen, Abteilungsleiterin Sozialmedizin/Amtsärztlicher Dienst, Amtsleiterin, Gesundheitsamt Rostock
- Neuber, Kerstin, Dr. med., Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin, Abteilungsleiterin Hygiene und Infektionsschutz, Gesundheitsamt Rostock
- Nitzsche, Wolfgang, Dr. rer. nat., Diplom-Chemiker, Senator a. D., Hanse- und Universitätsstadt Rostock
- Oschatz, Renate, Dr.med., Fachärztin für Radiologie, stellvertretende Kreisärztin der Stadt Rostock (DDR), ärztliche Mitarbeiterin der Abteilung Sozialmedizin/Amtsärztlicher Dienst, Gesundheitsamt Rostock
- Polland, Birgit, Kinderkrankenschwester, Fachkraft für Leitungsaufgaben in Gesundheits-, Sozial- und Pflegeeinrichtungen, Impfschwester in der Abteilung Hygiene und Infektionsschutz, Gesundheitsamt Rostock
- Reisinger, Emil Christian, Prof. Dr. med. univ., MBA, Facharzt für Innere Medizin, (Schwerpunkt: Infektiologie), Facharzt für Medizinische und Chemische Labordiagnostik, Dekan und Wissenschaftlicher Vorstand der Universitätsmedizin Rostock
- Rutzen, Anja, Dr. med., praktische Ärztin, (Zusatzbezeichnung: Betriebsmedizin), Abteilungsleiterin Sozialmedizin/Amtsärztlicher Dienst, Gesundheitsamt Rostock
- Schareck, Wolfgang, Prof. Dr. med. habil., Facharzt für Allgemeine Chirurgie, (Zusatzbezeichnung: Gefäßchirurgie), Rektor der Universität Rostock
- Schmidt, Sabine, Krankenschwester, Arbeitsbereich Medizinalaufsicht/Heilpraktikerwesen, Abteilung Sozialmedizin/Amtsärztlicher Dienst, Gesundheitsamt Rostock
- Schröder, Kirsten, Zahnärztin, Abteilungsleiterin Zahnärztlicher Dienst, Gesundheitsamt Rostock
- Schulz, Maike, Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin, Abteilung Zahnärztlicher Dienst, Gesundheitsamt Rostock
- Schünemann Elke, Dipl. Umweltwissenschaftlerin, Sachgebietsleiterin Umwelthygiene, Abteilung Hygiene und Infektionsschutz, Gesundheitsamt Rostock
- Schünemann, Kristin, M. A. Gesundheitswissenschaften, Koordinatorin für Gesundheitsförderung, Gesundheitsamt Rostock
- Schumacher, Catrin, Medizinisch-Technische Fachassistentin für Klinische Chemie, IT-Betreuerin, Arbeitsbereich Medizinalaufsicht-Todesbescheinigungen, Abteilung Sozialmedizin/Amtsärztlicher Dienst, Gesundheitsamt Rostock
- Schwarz, Markus, Dr. med., Facharzt für Dermatovenerologie, Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen, (Zusatzbezeichnungen: Allergologie, Umweltmedizin, Phlebologie, Naturheilverfahren, Sozialmedizin), Diplom Tropenmedizin und Public Health (Berlin), Abteilungsleiter Sozialmedizin/Amtsärztlicher Dienst, Hafenarzt, Amtsleiter, Gesundheitsamt Rostock
- Traue, Caroline, Fachärztin für Allgemeinmedizin, (Zusatzbezeichnung: Sozialmedizin), Abteilungsleiterin Sozialmedizin/Amtsärztlicher Dienst, Gesundheitsamt Rostock