Sitzungsunterlagen

Sitzung des Gesundheitsausschusses

10.11.2022

Inhaltsverzeichnis

Sitzungsdokumente

Tagesordnung -öffentlich- 3

Vorlagendokumente

TOP Ö 1 Verfügungsfonds der Techniker Krankenkasse (TK) zur Umsetzung von Angeboten und Maßnahmen der geschlechtersensiblen Prävention, insb. der Jungen- und Männergesundheit in Nürnberg / Zwischenbericht zur Bestands- und Bedarfserhebung

Sitzungsvorlage Gh/007/2022 5

Diversity-Check Gh/007/2022 9

Sachverhalt Gh/007/2022 10

Faktenblatt Männergesundheit Gh/007/2022 24

TOP Ö 2 Abschlussbericht zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung in Nürnberg; Beantragung von Drittmittelgeldern aus dem Bereich "Gesunde Kommune"

Sitzungsvorlage Gh/008/2022 30

Diversity-Check Gh/008/2022 34

Sachverhalt Gh/008/2022 35

Stellungnahme Projektbeirat Gh/008/2022 39

TOP Ö 3 Neuausrichtung des Corona-Mangements bei Gh

Bericht Gh/015/2022 43

TOP Ö 4 Medizinische Fachstelle mit Fachstelle Trauma

Bericht Gh/009/2022 45

Diversity-Check Gh/009/2022 49

Sachverhalt Gh/009/2022 50

Statistik Gh/009/2022 58

Konzept Gh/009/2022 70

TOP Ö 5 Epidemiologisches Monitoring der epidemischen COVID-19 Infektionen durch Untersuchung des Abwassers

Sitzungsvorlage Gh/010/2022 116

Sachverhalt Gh/010/2022 120

Positionspapier Gh/010/2022 122

Antrag der Stadtratsfraktion Bündnis 90/Die Grünen vom 08.07.2022 Gh/010/2022 125

Antrag der Stadtratsfraktion der SPD vom 11.10.2022 Gh/010/2022 126

TOP Ö 6 Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen: Ernährung und Übergewicht

Bericht Gh/011/2022 128

Diversity-Check Gh/011/2022 132

Sachverhalt Gh/011/2022 133

Antrag der Stadtratsfraktion der SPD vom 02.02.2022 Gh/011/2022 138

TAGESORDNUNG

Sitzung
Sitzung des Gesundheitsausschusses

Sitzungszeit
Donnerstag, 10.11.2022, 09:00 Uhr

Sitzungsort
Rathaus, Fünferplatz 2, Großer Sitzungssaal

TAGESORDNUNG

Öffentliche Sitzung

1.	**Verfügungsfonds der Techniker Krankenkasse (TK) zur Umsetzung von Angeboten und Maßnahmen der geschlechtersensiblen Prävention, insb. der Jungen- und Männergesundheit in Nürnberg / Zwischenbericht zur Bestands- und Bedarfserhebung** Walthelm, Britta	Beschluss Gh/007/2022
2.	**Abschlussbericht zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung in Nürnberg; Beantragung von Drittmittelgeldern aus dem Bereich "Gesunde Kommune"** Walthelm, Britta	Beschluss Gh/008/2022
3.	**Neuausrichtung des Corona-Mangements bei Gh - Unterlagen werden nachgereicht -** Walthelm, Britta	Bericht Gh/015/2022
4.	**Medizinische Fachstelle mit Fachstelle Trauma** Walthelm, Britta	Bericht Gh/009/2022
5.	**Epidemiologisches Monitoring der epidemischen COVID-19 Infektionen durch Untersuchung des Abwassers** Walthelm, Britta	Beschluss Gh/010/2022
6.	**Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen: Ernährung und Übergewicht** Walthelm, Britta	Bericht Gh/011/2022

7. Genehmigung der Niederschrift der Sitzung vom 06.10.2022 öffentlicher Teil

Beschlussvorlage
Gh/007/2022

Beratung	Datum	Behandlung	Ziel
Gesundheitsausschuss	10.11.2022	öffentlich	Beschluss

Betreff:

Verfügungsfonds der Techniker Krankenkasse (TK) zur Umsetzung von Angeboten und Maßnahmen der geschlechtersensiblen Prävention, insb. der Jungen- und Männergesundheit in Nürnberg / Zwischenbericht zur Bestands- und Bedarfserhebung

Anlagen:
Diversity-Check
Sachverhalt
Faktenblatt Männergesundheit

Sachverhalt (kurz):

Die Genderperspektive gewinnt in der Gesundheitsversorgung, -förderung und -prävention zunehmend Beachtung. Die Notwendigkeit einer geschlechtsbezogenen Gesundheitsförderung ergibt sich aus den Tatsachen, dass Männer im Schnitt fünf Jahre früher als Frauen sterben, bei vielen Erkrankungen Männer benachteiligt sind und ein risikobehaftetes Verhalten zeigen, dass die Gesundheit beeinträchtigt. Bisher gibt es in Nürnberg nur vereinzelt spezifische Maßnahmen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung für Jungen und Männer, die zudem nicht miteinander abgestimmt, wenig vernetzt und koordiniert sind. Aus diesem Grund wurde der Aufbau einer Koordination Jungen- und Männergesundheit im Gesundheitsamt in der Stadt Nürnberg durch den Fachausschuss beschlossen.

Seitens der Techniker Krankenkasse (TK) wird nun zusätzlich ein Verfügungsfonds für das Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg (Gh) ab 01.01.2023 i.R.d. PrävG in Aussicht gestellt. Vor allem freie Träger, Vereine und Verbände haben so die Möglichkeit, geschlechtersensible Projekte in i.A. der Stadt Nürnberg umzusetzen, die zu 90% von der TK finanziert werden. Den Eigenanteil i.H.v. 10% trägt die beantragende Einrichtung. Der Verfügungsfonds wird jährlich bei der TK beantragt. Projekte können stets im jeweiligen Jahr realisiert werden. Koordiniert wird dies durch die kommunale Koordination Jungen- und Männergesundheit im Gh, die ebenso von der TK mitfinanziert wird.

Darüber hinaus wird in der beigefügten Sachverhaltsdarstellung auch ein Einblick in die bisherigen Ergebnisse der Bestands- und Bedarfserhebung der Koordinierung Jungen- und Männergesundheit gegeben.

1. Finanzielle Auswirkungen:

☐ Noch offen, ob finanzielle Auswirkungen

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

(→ *weiter bei 2.*)

☒ Nein (→ *weiter bei 2.*)

☐ Ja

☐ Kosten noch nicht bekannt

☐ Kosten bekannt

Gesamtkosten	€	**Folgekosten**	€ pro Jahr
		☐ dauerhaft ☐ nur für einen begrenzten Zeitraum	
davon investiv	€	davon Sachkosten	€ pro Jahr
davon konsumtiv	€	davon Personalkosten	€ pro Jahr

Stehen Haushaltsmittel/Verpflichtungsermächtigungen ausreichend zur Verfügung?
(mit Ref. I/II / Stk - entsprechend der vereinbarten Haushaltsregelungen - abgestimmt, ansonsten Ref. I/II / Stk in Kenntnis gesetzt)

☐ Ja

☐ Nein

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

2a. Auswirkungen auf den Stellenplan:

☒ Nein (→ *weiter bei 3.*)

☐ Ja

☐ Deckung im Rahmen des bestehenden Stellenplans

☐ Auswirkungen auf den Stellenplan im Umfang von Vollkraftstellen (Einbringung und Prüfung im Rahmen des Stellenschaffungsverfahrens)

☐ Siehe gesonderte Darstellung im Sachverhalt

2b. Abstimmung mit DIP ist erfolgt (Nur bei Auswirkungen auf den Stellenplan auszufüllen)

☐ Ja

☐ Nein

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

3. Diversity-Relevanz:

☐ Nein

☒ Ja

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

sh. Anlage

4. Abstimmung mit weiteren Geschäftsbereichen / Dienststellen:

☐ **RA** (verpflichtend bei Satzungen und Verordnungen)

☐

☐

☐

Beschlussvorschlag:

Der Bericht wird zustimmend zur Kenntnis genommen. Die Beantragung von Geldern aus dem Verfügungsfonds wird befürwortet.

Diversity-Check Stadt Nürnberg

Nr.	Prüffragen	Begründung / Bemerkungen	Bewertung
1.	In welcher Weise wirkt sich **das Vorhaben** nach Einschätzung der Verwaltung auf unterschiedliche Personengruppen aus?	Ein geschlechtersensibler Ansatz ist eine wirkungsvolle Strategie, um zielgruppenspezifisch passgenaue, nachhaltige Interventionen zu entwickeln. Dies kommt insbesondere Jungen und Männern zugute, die durch unspezifische Angebote in der Gesundheitsförderung, -vorsorge und Prävention bislang selten erreicht werden.	☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant
2.	Auf welchen nach den Diversity-Dimensionen differenzierten Daten, Informationen oder Schätzungen basiert **das Vorhaben?**	Bei der Bestandserhebung wird auf Routinedaten (z.B. Schuleingangsuntersuchungen/GH, Statistikmonitor/STA) und bundesweite Studien (z.B. RKI) zurückgegriffen, die eine Differenzierung nach Geschlecht erlauben. Über Fachkräfteinterviews und qualitative Befragung von Männern sind weitere differenziertere zielgruppenspezifische Informationen zu erhalten.	☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant
3.	Kann **das Vorhaben** zur Gleichberechtigung / Gleichstellung und Chancengleichheit beitragen?	Ein zentrales Anliegen des Projekts ist es, einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit in Nürnberg zu leisten. Angebote der Gesundheitsförderung und -vorsorge, aber auch -versorgung werden von den Geschlechtern bislang noch nicht gleichermaßen wahrgenommen.	☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant
4.	Welche Auswirkungen auf bestimmte Personengruppen sind mit dem **Einsatz öffentlicher Mittel** zu erwarten?	Förderung der gesundheitlichen Lebensqualität und Chancengerechtigkeit bei Jungen und Männern in Nürnberg.	☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant
Gesamtrelevanz		Geschlechtersensibler Präventions- und Gesundheitsförderungsansatz als kommunales Instrument.	☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant

Sachverhaltsdarstellung: Verfügungsfonds der Techniker Krankenkasse (TK) zur Umsetzung von Angeboten und Maßnahmen der geschlechtersensiblen Prävention, insb. der Jungen- und Männergesundheit in Nürnberg / Zwischenbericht zur Bestands- und Bedarfserhebung

1. Hintergrund

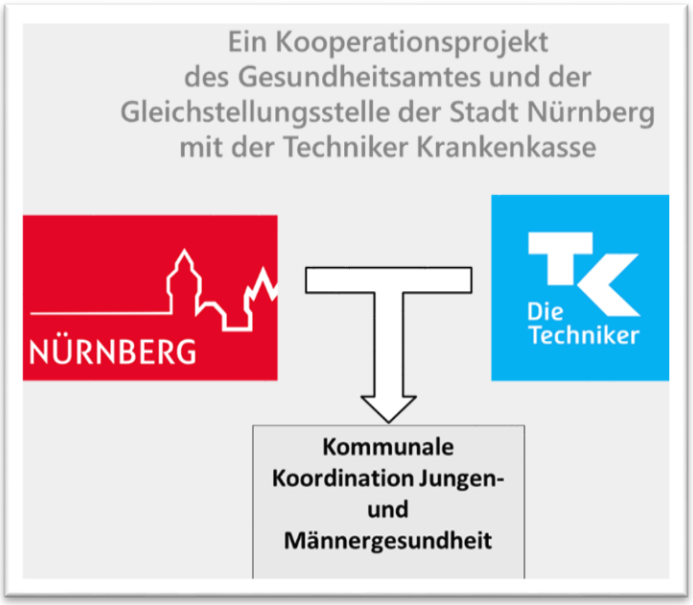
Das drittmittelgeförderte Projekt „Kommunale Koordinierung Jungen- und Männergesundheit in Nürnberg“ startete ursprünglich 2018 als Kooperation des Gesundheitsamtes sowie der Gleichstellungsstelle der Stadt Nürnberg mit der Techniker Krankenkasse (TK). Grundlage für eine Projektförderung stellt das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (PrävG / SGB V §20a) dar, mit dem Ziel, Lebensbedingungen zu gestalten und einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu unterstützen. Das Präventionsgesetz sieht vor, Angebote der Verhaltens- und Verhältnisprävention in der Lebenswelt der Menschen, d.h. dort wo sie wohnen, spielen, lernen und arbeiten, zu implementieren sowie die Zusammenarbeit der Einrichtungen, Akteurinnen und Akteure[1] in der Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken. „Kommunen stehen hierbei im Fokus, weil sie einerseits als Akteure von Public Health betrachtet werden können und andererseits zentrale Orte der Umsetzung von Public-Health-Maßnahmen sind (…). In einem System der Prävention und Gesundheitsförderung ist es notwendig, die Zielgruppen oder –regionen mit den höchsten Bedarfen bzw. Risiken zu identifizieren und so die vorhandenen begrenzten Ressourcen, die für Maßnahmen zur Verfügung stehen, effizient einzusetzen“[2].

Ziel des Projekts ist es unter anderem, die gesundheitliche Lebensqualität von Jungen und Männern nachhaltig zu verbessern, die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern zu erhöhen sowie die Inanspruchnahme von Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen durch Männer zu steigern, denn diese werden von anspruchsberechtigten Männern bisher kaum genutzt[3]. Die Notwendigkeit einer geschlechtsbezogenen Gesundheitsförderung ergibt sich aus den Tatsachen, dass Männer im Schnitt fünf Jahre früher als Frauen sterben, bei vielen Erkrankungen Männer benachteiligt sind und ein risikobehaftetes Verhalten zeigen, dass die Gesundheit beeinträchtigt[4]. Gleichwohl werden Männer bisweilen mit Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung kaum erreicht[5]. Bisher gibt es in Nürnberg nur vereinzelt spezifische Maßnahmen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung für Jungen und Männer, die zudem nicht miteinander abgestimmt, wenig vernetzt und koordiniert sind[6].

[1] Als Akteur*innen werden z.B. handelnde Personen in Stadtteilen, Netzwerke oder gemeinnützige Organisationen bzw. freie Träger, Beschäftigte aus Einrichtungen oder Institutionen betrachtet
[2] De Bock, F. (2021): Evidenzbasierung: Theoriebildung und praktische Umsetzung in Prävention und Gesundheitsförderung in Bundesgesundheitsblatt, S. 512
[3] Bay.StM f. Umwelt u. Gesundheit (2012): Gesundheit, Männer! Bayerische Initiative zur Männergesundheit
[4] Faltermaier, T. in Altgeld, Th. (2004): Männergesundheit, S.13ff und Stiftung Männergesundheit
[5] Neubauer, G. et al. (2019): Helpmen. Gesundheit als Thema der Grundbildung für Männer in Europa weiterentwickeln, S.30
[6] Infos auch unter: Jungen- und Männergesundheit - Gesundheitsamt Nürnberg (nuernberg.de)

Aus diesem Grund wurde der Aufbau einer Koordination Jungen- und Männergesundheit im Gesundheitsamt in Zusammenarbeit mit der Gleichstellungsstelle in der Stadt Nürnberg durch den Stadtrat im Gesundheits- und Sozialausschuss am 21.06.2018 beschlossen. Die Gleichstellungsstelle ist mit acht Wochenarbeitsstunden zur Mitarbeit und im Sinne der Vernetzung an der Koordination Jungen- und Männergesundheit beteiligt.

Im bisherigen Förderzeitraum sollen schwerpunktmäßig eine Bestands- und Bedarfserhebung durchgeführt und Kooperationen aufgebaut werden.



Das bisherige Finanzvolumen für das Projekt beläuft sich auf eine Gesamtsumme von 405.644 Euro, davon wurden 294.734 Euro durch die TK gefördert.

Der Projektzeitraum betrug ursprünglich 36 Monate. Aufgrund von Verzögerungen in der Stellenbesetzung mangels Fachkräfte, der Aufgaben in der Pandemiebewältigung seit 2020, bei der das Projektteam von März 2020 bis einschließlich Juni 2021 in der Bearbeitung der Sars-CoV2-Pandemie eingesetzt war, und dem Entgegenkommen der Techniker Krankenkasse (TK) wird das Projekt derzeit bis zum 31.12.2023 verlängert.

Für die zielgerichtete Umsetzung und Koordination von Angeboten und Maßnahmen soll ein Folgeantrag ab 01.01.2024 bei der TK für weitere vier Jahre in 2023 gestellt werden.

Aufgrund der engen und vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg und der TK in den vergangenen Jahren unterbreitete diese den Vorschlag, zusätzlich zu der bisherigen Förderung sowie einem Folgeantrag einen Verfügungsfonds bereitzustellen.

2. Verfügungsfonds der TK für Nürnberg

Seitens der TK wird im Rahmen des § 20 SGB V ein Verfügungsfonds für das Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg ab 2023 in Aussicht gestellt, um kurzfristig und bedarfsgerecht Angebote und Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen. Freie Träger, Vereine, Verbände und auch die Stadtverwaltung selbst haben so die Möglichkeit, geschlechtersensible Projekte in Nürnberg zu realisieren, die zu 90% von der TK über diesen Verfügungsfonds finanziert werden. 10% sind von dem jeweiligen Antragsteller bzw. der Antragstellerin zu tragen. Der Verfügungsfonds wird jährlich bei der TK beantragt. Projekte können stets im jeweiligen Haushaltsjahr realisiert werden. Koordiniert wird dies durch die kommunale Koordinierung Jungen- und Männergesundheit im Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg, die voraussichtlich via Folgeantrag an die TK i.R.d. PrävG verlängert wird, sowie dem Sachgebiet Kommunale Präventionsstrategie des Bereichs Gesundheitsförderung und –planung des Gesundheitsamts.

Der Verfügungsfonds versteht sich als ein flexibles und wirkungsvolles Instrument der Engagement- und Gesundheitsförderung. Akteurinnen und Akteure vor Ort, wie bspw. freie Träger, Verbände und Vereine, können sich hier um eine Förderung bewerben. Es handelt sich dabei eher um kleinere Maßnahmen, die schnell und unbürokratisch realisiert werden sollen, wie bspw. ein Projekt zur Förderung der psych. Gesundheit für eine Gruppe von 10 Jungen. Es dient u.a. der Anschubfinanzierung gesundheitsförderlicher (Mikro-)Projekte. Die hochschwellige Antragstellung für Projekte i.R.d. PrävG würden hierdurch entfallen.

Für 2023 stellt die Techniker Krankenkasse voraussichtlich erstmals 30.000 Euro für (Mikro-) Projekte der geschlechtersensiblen Prävention, insbes. der Jungen- und Männergesundheit in Nürnberg zur Verfügung.

Antragsformulare und fachliche Beratung für den Verfügungsfonds gibt es folglich bei der Koordinierungsstelle Jungen- und Männergesundheit bzw. des Sachgebiets Kommunale Präventionsstrategie des Gesundheitsamts der Stadt Nürnberg. Die Anträge werden mit der Techniker Krankenkasse stets abgestimmt.

Um einen Verfügungsfonds einzurichten und dieses Verfahren zu nutzen, bedarf es des Beschlusses seitens Stadtrat. Dieser wird hiermit beantragt. Kosten für die Kommune fallen nicht an, soweit diese nicht selbst (Mikro-)Projekte umsetzt.

3. Zwischenbericht zur Koordination Jungen- und Männergesundheit

3.1 Grundlagen einer Jungen- und Männergesundheit

„Männergesundheit umfasst diejenigen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit, die insbesondere für Männer und Jungen relevant sind. Gesundheit ist physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden, das aus einer Balance von Risiko- und Schutzfaktoren entsteht, die sowohl in individueller, partnerschaftlicher, als auch kollektiver Verantwortung liegen (…). Die gesundheitlichen Probleme der Männer bedürfen im gesamten Lebenslauf besonderer Präventions- und Versorgungsangebote, die größtenteils noch zu entwickeln sind[7].“

Jungen- und Männergesundheit definiert sich vornehmlich über die physiologischen, psychologischen, sexuellen und sozialen Besonderheiten des Geschlechts[8] und somit:

- über die spezifischen Geschlechtsorgane (z.B. Hoden, Prostata)
- über die spezifische (Sexual-) Erziehung und Sozialisation
- über die Identität als Mann („Jungesein“, „Mannsein“)
- über die typischen bzw. tradierten Rollenbilder von Männlichkeit und Weiblichkeit
- und dies über die Abgrenzung zum weiblichen Geschlecht und in der Varianz zur Vielfalt der Geschlechter und Identitäten

Das Thema Männergesundheit spielte bis vor ein paar Jahren in Medizin, Medien oder Politik kaum eine Rolle[9]. Es war ein vernachlässigtes Forschungs- und Handlungsfeld in Deutschland[10]. Die Datenlage zur geschlechtsspezifischen gesundheitlichen Situation von Jungen gilt ebenso als sehr lückenhaft[11]. Jungengesundheit wird als ein „blinder Fleck“ in der Public-Health-Forschung und für den Öffentlichen Gesundheitsdienst beschrieben“[12]. Daher ist es kaum verwunderlich, dass die Genderperspektive nun zunehmend an Bedeutung gewinnt. Die ersten Lehrstühle wurden in den vergangenen Jahren eingerichtet.

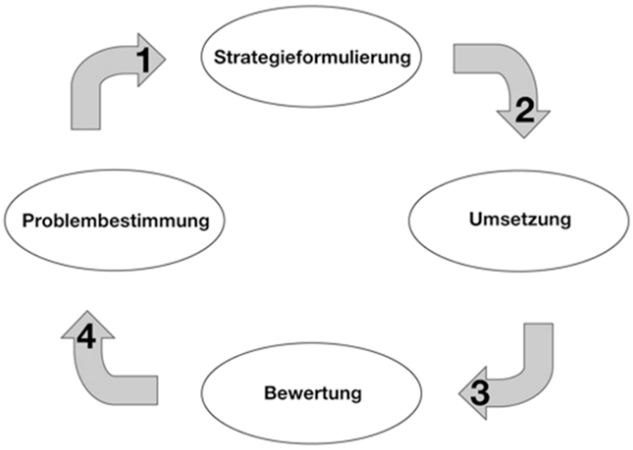
[7] Definition der Stiftung Männergesundheit, 2013
[8] Männergesundheitsfenster lt. Helpmen 2019, S.46f
[9] Stiehler, M. in Hornberg, C. et al. (2016): Medizin - Gesundheit - Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive, S.56
[10] Hornberg, C. et al. (2016): Medizin - Gesundheit - Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive, S.4
[11] Schroll, E. in Stier, B./Winter, R. (2013): Jungen und Gesundheit. Ein interdisziplinäres Handbuch für Medizin, Psychologie und Pädagogik, S.21
[12] Altgeld, Th. in Stier, B./Winter, R. (2013): Jungen und Gesundheit. Ein interdisziplinäres Handbuch für Medizin, Psychologie und Pädagogik, S.169

In der Praxis ist jedoch wenig von geschlechtersensibler Prävention und Gesundheitsförderung angekommen. Dabei besteht ein hoher Bedarf, geschlechterorientierte Maßnahmen zu entwickeln[13]. Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung sind bei Personen unterschiedlichen Geschlechts nicht immer gleich wirksam[14] und werden weitestgehend „geschlechtsneutral“ angeboten. "Bei der Inanspruchnahme primärpräventiver Programme zeigen sich allerdings drastische Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Diese Programme werden von Männern deutlich seltener angenommen, was zu der Forderung führte, dass diese oder ähnliche Angebot dringend geschlechtssensibel gestaltet werden müssen, um eine Chancengleichheit der Geschlechter zu erzielen."[15]
Ebenso fehlt es noch an der nötigen Sensibilisierung der Zielgruppe der Männer für gesundheitliche Themen. Während sich die Frauengesundheit aus der Frauenbewegung heraus über Jahrzehnte entwickelt hat, ist die Thematik beim Mann eher ein Top-Down-Prozess.

3.2 Vorgehensweise und erste Erkenntnisse der Erhebungsphase

Bislang gibt es keine Erhebung der Bedarfe von Jungen und Männern hinsichtlich deren Gesundheit oder systematische Bestandserhebung in Deutschland[16]. Dies soll anhand des Projektes verändert werden. Zunächst wurden Konzepte zur Bedarfs- und Bestandserhebung sowie zum Aufbau von Kooperationen erarbeitet, die als Basis des weiteren Projektverlaufs dienen.

Als Grundlage des gesamten Vorgehens dient ebenso der gesundheitspolitische Aktionszyklus bzw. der „Public Health Action Cycle“.



Gesundheitspolitischer Aktionszyklus (Rosenbrock 1995)

[13] Stier, B. (2013): Jungen und Gesundheit. Ein interdisziplinäres Handbuch für Medizin, Psychologie und Pädagogik, S. 164
[14] BZgA 2019
[15] Kupfer, J. in Harth, W. et al. (2012): Praxishandbuch Männergesundheit, S.27
[16] Ergebnis einer Internetrecherche und Abfrage bei Institutionen, die sich mit Männergesundheit befassen (z.B. Stiftung Männergesundheit)

Dieser umschreibt „ein idealtypisches Vier-Phasen-Modell, das zur theoretischen Analyse sowie zur Planung, Umsetzung und Bewertung von Gesundheitsinterventionen auf allen gesellschaftlichen Ebenen einsetzbar ist – von der Intervention mit Projektcharakter bis zur politischen Gesamtstrategie.“[17]

Zunächst wird zwischen der Bestands- und der Bedarfserhebung unterschieden. Die Bestandserhebung erfolgt durch eine Datensichtung und –analyse sowie der Recherche von wissenschaftlichen Beiträgen, Studien und weiterführender Literatur, die hinsichtlich der Männergesundheit und insbesondere der Jungengesundheit besonders schmal ist[18]. Siebzehn Fachliteraturquellen wurden systematisch und Weitere punktuell ausgewertet und bspw. nach benannten Bedarfen der Zielgruppe oder männerspezifische Angebote gefiltert. Der Bedarf an geschlechtersensiblen Maßnahmen wird als wichtig erachtet, allerdings gibt es kaum derartige Angebote in Deutschland. "Offen bleibt bislang auch weitgehend, welche Zugänge, Themen, Methoden und Praxisformate sich als besonders geeignet für Männer erwiesen haben. Eine Suche in den bekannten Praxisdatenbanken (z.B. auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) führt kaum zu einschlägigen Treffern"[19]. Die Zitate und in den Fußnoten benannten Quellen entstammen der systematischen Literaturrecherche.

Des Weiteren wurde das Internet nach Keywords im Sinne evidenzbasierter Public Health durchforstet[20]. Die Analyse wurde mit den gleichen Schlüsselworten und Wortkombinationen, wie z.B. Gesundheit und Männer oder geschlechtsspezifische Prävention, für Deutschland, Bayern und Nürnberg durchgeführt. Unter Verwendung der Onlinesuchmaschinen Google, Bing und Ecosia wurden die Treffer der Keywords in einer Matrix dokumentiert und analysiert. Die häufigsten Treffer der Internetrecherche waren hierbei Onlineapotheken, Verlage oder Amazon und Wikipedia. Darüber hinaus fanden sich auch vereinzelt Arztpraxen, Kliniken, Krankenkassen, freie und kirchliche Träger, sowie staatliche und kommunale Einrichtungen.
Das Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg wurde dabei häufig als Treffer angezeigt.

Die Themenschwerpunkte dieser Bestandserhebung liegen mit Fokus auf Jungen vor allem in der Sexualpädagogik, der Chancengleichheit und der Psychischen Gesundheit. Bei Männern sind die Themen Krebsvorsorge, Depression und die sexuelle Gesundheit sehr stark bei den Suchmaschinen repräsentiert.
Eine Mehrzahl der Treffer war hingegen den Bereichen Marketing, Produktplatzierungen und kommerziellen Websites zuzuordnen.

[17] Rosenbrock, R. (2022): Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus unter bzga.de
[18] Neubauer, G. et al. (2019): Helpmen. Gesundheit als Thema der Grundbildung für Männer in Europa weiterentwickeln, S.36
[19] Neubauer, G. et al. (2019): Helpmen. Gesundheit als Thema der Grundbildung für Männer in Europa weiterentwickeln, S.33
[20] De Bock, F. et al. (2021): Evidenzbasierte Public Health: Perspektiven und spezifische Umsetzungsfaktoren in Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Ausgabe 5/2021

Im Rahmen der Bedarfserhebung wurden und werden weiterhin Interviews durchgeführt. Dieses qualitative Verfahren ist für die Thematik der Jungen- und Männergesundheit sowie für die Zielgruppe der Jungen und Männer einmalig in Deutschland. Bisher gibt es keine ähnliche Befragung zu den Bedarfen von Männern hinsichtlich deren Gesundheit.

Aus diesem Grund mussten auch die Fragebogen erst entwickelt und getestet werden. Nun existieren zwei standardisierte Leitfragebogen: Ein Fragebogen für Fachkräfte und ein Kurzinterview-Fragebogen für die Zielgruppe selbst. Hierfür wurde die Fachliteratur und die vorhandene Fachexpertise der beteiligten Kooperationspartnerinnen und –partner im kommunalen wie bundesweiten Setting herangezogen. Im Anschluss wurden Fragen nach Items zugeordnet und abschließend bewertet, um einen möglichst kurzen und gleichzeitig facettenreichen Fragebogen zu erhalten, mit denen standardisierte Interviews durchgeführt werden können und den bestmöglichen Output liefern.

In der vorab gestellten Zielformulierung wurden als Richtgröße mindestens 15 Fachkräfte-Interviews und mindestens 25 Zielgruppen-Interviews angegeben, was mit Blick in die Fachliteratur und im bundesweiten Austausch mit Expertinnen und Experten als ambitioniert gelten darf, gerade weil Männer hinsichtlich ihrer Gesundheit als besonders schwer erreichbare Zielgruppe gelten[21].

3.3 Erste Ergebnisse der Befragungen von Fachkräften und der Zielgruppe

Für eine zielführende Bedarfserhebung sind Fachkräfte, Expertinnen und Experten von großem Wert, da sie vor Ort und direkt mit den Zielgruppen im Austausch stehen. Dabei wurden 26 Fachkräfteinterviews mit Akteurinnen, Akteuren und zentralen Schlüsselpersonen in Nürnberg geführt, um die gesundheitlichen Bedarfe von Jungen und Männern zu identifizieren und gleichzeitig für die Thematik der Jungen- und Männergesundheit zu sensibilisieren. Darunter befanden sich Ärzte aus Praxis und Klinik, Kolleginnen und Kollegen der Stadtverwaltung Nürnberg (z.B. J, JCN, PA) sowie Mitarbeitende von freien Trägern, Vereinen und Verbänden. Aufgrund der Pandemie-Situation und den damit verbundenen Aufgaben des Gesundheitsamtes zur Eindämmung der Verbreitung des Coronavirus pausierte das Projekt von Mitte März 2020 bis Juni 2021. Projektmitarbeiter arbeiteten während dieser Phase fast vollständig in der Pandemiebekämpfung. Dennoch konnten auch in dieser Zeit während der Sommermonate vereinzelt Interviews mit Fachkräften durchgeführt werden.

[21] Insbes. das bundesweite Netzwerk Jungen- und Männergesundheit und der bundesweite Zusammenschluss „Männergesundheit fördern im kommunalen Raum“

Dezidierte bzw. bekannte Angebote der Jungen- oder Männergesundheit in Nürnberg konnten seitens der befragten Fachkräfte herauskristallisiert werden. Die häufigsten Nennungen lauten:

- Gesundheitsamt Nürnberg (*insg. 12 Nennungen*)
- Jungenbüro (*9 Nennungen*)
- pro familia (*9 Nennungen*)
- AIDS-Hilfe (*6 Nennungen*)

Alle weiteren Nennungen erlangten Werte unter fünf und mehrheitlich eine einmalige Nennung.

Bekannte Angebote in Bayern waren bei dieser Befragung hingegen mehrheitlich nicht bekannt (*16 Nennungen*). Eine Fachkraft umschrieb dies exemplarisch, wie folgt: „*Und mir fallen wirklich keine speziellen Institutionen, Einrichtungen, Angebote ein, wo man sagt, ja das ist tatsächlich mal nur für die Jungen oder für die Männer, wo sie sich speziell mit dem und dem Problem hinwenden können. Fällt mir echt nicht ein*“.

Bei der Frage nach besonders vulnerablen Teilzielgruppen der Männer wurden mehrheitlich folgende benannt:

- Jungen und Männer mit Migrationshintergrund (*insg. 13 Nennungen*)
- Jungen und Männer mit Fluchterfahrung (*insg. 12 Nennungen*)
- Jungen und Männer aus einem geringen sozialen Milieu bzw. prekären Lebensverhältnissen (*insg. 9 Nennungen*)
- (junge) Männer mit psychischen Erkrankungen (*insg. 8 Nennungen*)
- Jungen und junge Männer allgemein (*insg. 8 Nennungen*)
- schwule Jungen und Männer (*insg. 7 Nennungen*)

Wobei die Gruppe der Jungen und Männer aus einem geringen sozialen Milieu bzw. prekären Lebensverhältnissen durch weitere Nennungen anwächst, wenn man die von den Fachkräften benannten Arbeitslosen bzw. ALG II-Beziehenden (*2 Nennungen*) und Obdachlose (*2 Nennungen*) hinzunimmt.

Barrieren und Hindernisse von gesundheitsförderlichen Angeboten für Jungen und Männer werden von den Befragten vornehmlich

- in der Männlichen Rolle bzw. dem tradierten Männerbild (*9 Nennungen*)
- in der Hochschwelligkeit der Angebote (*7 Nennungen*)
- aufgrund von Sprachbarrieren (*6 Nennungen*)
- aufgrund des Nichtwissens bzw. Unklarheit bezogen auf die Angebote (*6 Nennungen*)

gesehen.

Auf die Frage nach den vermuteten und dringend benötigten Bedarfen hinsichtlich der Gesundheit von Jungen und Männern wurden vor allem folgende Aspekte benannt[22]:

- **Information und gesundheitliche Aufklärung**
  ("*Also meiner Meinung nach spielt da Aufklärung immer noch mehr eine extrem große Rolle*" oder „*Aufklärung ist etwas das wirklich jeder brauchen kann immer und immer wieder*“ oder "*Und Aufklärung ist für mich noch so ein Thema. Ich glaube, dass es ein ganz hoher Bedarf ist, Aufklärung*" oder „*Durch Werbekampagnen, also so eine Bewusstseinsänderung, das glaube ich, das wäre tatsächlich sinnvoll“*)
- **Niedrigschwellige Anlaufstelle für Jungen und Männer in Nürnberg**
  („*Es gibt jemanden in Nürnberg, wo ich als Mann hingehen kann“ oder „eine Art Checkpoint, zentral in der Stadt, niedrigschwellig und kostenfrei für alle Männer*“ oder "*Man bräuchte auf jeden Fall eine Anlaufstelle*" oder "*Da ist eine Stelle, eine Beratungsstelle, an die ich mich wenden kann, wenn ich selber keinen Plan hab, zu welchem Arzt ich eigentlich gehen muss*")
- **Jungen- bzw. Männersprechstunden**
  („*Gesundheitsamt, wo es einfach eine Sprechstunde gibt*" / "*Oder halt eben auch ein Angebot, wo dein – ja – Gesundheitsamt oder das Jugendamt speziell noch eine Stelle hätte, wo ich mich halt melden kann und Beratung erfahre. Oder eine Hotline*" oder „*Aber es gibt eigentlich niemanden, der sich um die Jungen, alles was mit Geschlechtsentwicklung und alles was mit, auch mit Pubertät und bis hin zum Erwachsenenalter beschäftigt, die sozusagen diese Knaben dann auch eben ein stückweit begleiten. Und das gibt es einfach nicht. Das empfinden wir als Manko*")
- **Jungen- und Männerarzt in Nürnberg**
  ("*Meine Vision wäre, dass, wenn ich heute die Gelben Seiten aufschlage, ich eine Arztdisziplin dort finde, wo dort steht, Jungen- und Männerarzt*" oder "*Ich denk´ ja dauernd, es müsst eigentlich so eine Anlaufstelle, Männerärzte oder irgendwie sowas geben*")

Die vollständigen Ergebnisse können erst mit Abschluss der Befragung in 2023 berichtet werden.

Neben der Befragung von Fachkräften sollte auch die eigentliche Zielgruppe der Männer zu Wort kommen. Laut Fachliteratur und Fachleuten ist dieses Unterfangen äußerst schwierig. Bislang wurde bundesweit keine derartige Befragung durchgeführt. Männer gelten als schwer erreichbar, wenn es um deren Gesundheit geht.

[22] Zitate entstammen verschiedenen Fachkräfteinterviews aus dem Erhebungszeitraum 2020 bis 2022

So blieben auch die ersten Aufrufe zur Teilnahme erfolglos. Auch bereits interessierte Männer haben ihre Bereitschaft vor Durchführung des Interviews zurückgezogen. Vor allem Männer mit Migrationshintergrund bzw. Fluchterfahrung zeigten Hemmungen bei der Beteiligung, dabei wurde Anonymität und Datenschutz garantiert[23]. Durch gezieltere Nachfragen bzw. Direktansprache seitens der Projektmitarbeiter, der Kooperationspartnerinnen und –partner sowie bereits beteiligte Interviewpartner, über Netzwerke und Gremien, über Mailing und über Aushänge konnten mit den Monaten einige Männer zum Interview gebeten werden.

Anstatt der 25 angestrebten Kurzinterviews mit der Zielgruppe der Jungen und Männer konnten bereits sogar 32 Stimmen eingefangen werden[24]. Darunter befinden sich:

- Männer mit Fluchterfahrung
- Männer mit Migrationshintergrund
- Bi-, hetero- und homosexuelle Männer
- Transmänner
- Studierende, Arbeitnehmer, Selbständige, Rentner
- Männer im Alter zw. 21 und 68 Jahren (Durchschnittsalter: 36 Jahre)

Der vorwiegende Bildungsabschluss der Probanden liegt aktuell beim Abitur und/oder einer Hochschulreife (20 P.). Die Mehrheit der Befragten lebt in einer Partnerschaft (18 P.). Jungen unter 20 Jahren konnten bisher nicht befragt werden. Ebenso ist mit Blick auf vulnerable Teilzielgruppen auch der bisher mitgebrachte Bildungsabschluss der Befragten zu hoch. Hier laufen aktuell Bemühungen, weitere Interviews mit jüngeren Männern und Männern mit niedrigem Bildungsniveau zu führen.

Die Befragung von Jungen und Männern wird voraussichtlich bis Ende des Jahres 2022 fortgesetzt. Eine Auswertung erfolgt in 2023, nachdem Transkripte der Interviews angefertigt wurden.
Dennoch können erste Ergebnisse beschrieben werden. Gesundheit ist für 24 von 25 der bereits ausgewerteten Interviews von Männern wichtig. Bewegung (*21 Nennungen*) und gesunde Ernährung (*13 Nennungen*) wird auf die Frage „Wie halten Sie sich gesund?“ am häufigsten benannt. Befragte schildern mehrheitlich von Stresssituationen, die belastend sind (*18 Nennungen*). Angst haben die meisten Befragten vor Krebs- (*17 Nennungen*) und psychischen Erkrankungen (*4 Nennungen*).

[23] Sieben Männer mit Migrationshintergrund oder Fluchterfahrung haben kurzfristig ihre Bereitschaft an der Teilnahme des Interviews revidiert (Stand: 06.09.2022)
[24] Stand 07.09.2022

Bei der Frage nach direkten Ansprechpersonen zur Gesundheit („*Mit wem sprechen Sie über gesundheitliche Fragen/Themen/Probleme?*“) werden folgende Antworten gegeben:

- Partner*in (*insg. 16 Nennungen*)
- Freund*innen (*insg. 12 Nennungen*)
- Familienangehörige (*insg. 12 Nennungen*)
- Ärzt*innen (*8 Nennungen*)

Befragt man die Teilnehmer nach den von ihnen bekannten Beratungsstellen, die sich mit der Gesundheit von Männern in Nürnberg beschäftigen, werden v.a. genannt:

- Keine bekannt (*15 Nennungen*)
- Gesundheitsamt (*3 Nennungen*)
- Jungenbüro und Fliederlich (*je 2 Nennungen*)

Gerade dieses Ergebnis gibt Anlass zum Handeln, damit Jungen und Männern künftig bekannt ist, dass es zumindest Einrichtungen gibt, die sich um die Gesundheit der Jungen und Männer kümmern, wie das Gesundheitsamt der Stadt. Gleichwohl verdeutlicht es die Aussagen der Fachkräfte, dass es dringend einer Anlaufstelle für Jungen und Männer zu deren Gesundheit bedarf, die dann auch bekannt gemacht werden sollte.

Auf die Frage „*Wenn es extra für Männer und deren Gesundheit eine Anlaufstelle/ Einrichtung/ Ansprechperson gäbe, würden Sie dort hingehen*?“ antworteten die meisten mit „Ja“ (*18 Nennungen*) und vier Personen mit „Vielleicht“. Ein Mann erläuterte „*ja, sogar lieber als zu ´nem Arzt*“.

Auf die Frage, ob die Teilnehmenden gutes Informationsmaterial zur Gesundheit von Männern kennen würden, wird weitestgehend mit „Nein“ (*18 Nennungen*) geantwortet. Ausnahmen sind dabei die Apothekenumschau und Informationen aus der Arztpraxis.

Zudem wurden die am Interview beteiligten Männer nach deren für sie bedeutsamen Themen in Hinblick auf Männergesundheit befragt. Die Top-Themen sind:

- Psychische Gesundheit (*10 Nennungen*)
- Fitness und Bewegung (*8 Nennungen*)
- Allgemeine Gesundheitsaufklärung / Prävention (*8 Nennungen*)
- Vorsorgeuntersuchungen / Check-Up (*6 Nennungen*)
- Sexuelle Gesundheit / Sexualaufklärung (*6 Nennungen*)
- Suchtprävention (*6 Nennungen*)
- Männerrolle (*4 Nennungen*)
- Gesunde Ernährung (*3 Nennungen*)

Eine ausführliche Auswertung der Daten wird in 2023 erfolgen und im Gesundheitsausschuss vorgestellt werden.

3.4 Auf- und Ausbau eines Nürnberger Netzwerks zur Jungen- und Männergesundheit

Im Rahmen der Koordination Jungen- und Männergesundheit ist ein schrittweiser Auf- und Ausbau von Kooperationsstrukturen vorgesehen, die langfristig die Situation von Jungen und Männern in Nürnberg hinsichtlich deren Gesundheit verbessern sollen. Im Austausch mit den einzelnen potentiellen Partnerinnen und Partnern sollen geschlechtsspezifische Angebote entwickelt, ausgebaut oder verzahnt werden. Synergien – u.a. zur Verzahnung zwischen Stadtverwaltung und freien Trägern - sollen hierdurch entstehen bzw. genutzt werden. Durch die Befragungen einzelner Fachkräfte im Rahmen der Bedarfserhebung konnte unter anderem festgestellt werden, dass

- ein Interesse an den Gesundheitsthemen für Jungen und Männer besteht,
- wenig Wissen darüber vorliegt, dass einzelne Träger bereits geschlechtsspezifische Gesundheitsangebote anbieten, ohne es als solche zu betrachten,
- es bei einer geschlechtsbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention auch um die geschlechtliche Vielfalt gehen muss,
- es wünschenswert ist, nachhaltige Strukturen aufzubauen.

Der künftige Kooperationsverbund soll sowohl

a) innerhalb der Stadtverwaltung aufgebaut,
b) mit freien Trägern, Verbänden, Institutionen und ggf. Unternehmen in Nürnberg eingegangen und
c) überregional verknüpft werden.

Durch die projektimmanente Zusammenarbeit zwischen dem Ansprechpartner für Männer in der Gleichstellungsstelle und dem Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg bestehen bereits relevante regionale sowie nationale Netzwerke:

- Gesundheitsregion plus in Bayern
- Netzwerk Jungen und Männer in Nürnberg
- Väternetzwerk Nürnberg

- Landesarbeitsgemeinschaft Jungen*- und Männer*arbeit Bayern e.V.
- Bundesforum Männer
- Bundesweites Netzwerk Jungen- und Männergesundheit
- Männergesundheit fördern im kommunalen Raum (bundesweit)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Stiftung Männergesundheit

Über das bundesweite Forum „Männergesundheit fördern im kommunalen Raum“ ergibt sich ein Bild über die geschlechtersensible Präventionslandschaft auf kommunaler Ebene. Bislang machen sich einzelne Kommunen aus acht Bundesländern Gedanken zur Implementierung von Jungen- und Männergesundheit. Benannt werden können hier vor allem die Landeshauptstädte Dresden und Stuttgart, die hinsichtlich der Thematik Fortschritte erzielen[25].

Darüber hinaus lassen sich folgende Erkenntnisse aus den oben genannten Netzwerken ziehen:

- der Fachaustausch zu Jungen- und Männergesundheit und die Vernetzung ist wichtig
- es gibt bisweilen einzelne und eher nicht koordinierte Projekte und Initiativen in Städten, Ländern und auch auf Bundesebene
- es finden teilweise Aktionen und Angebote zum Weltmännertag (03.11.) statt
- es finden teilweise Angebote und Beteiligungen an der Internationalen Männergesundheitswoche in Zusammenarbeit mit Global Action of Men´s Health (GAMH) und dem Men´s Health Network (MHN) der USA statt
- es findet sich bundesweit eher eine Art der „Projektitis“ als einer strukturellen Verankerung von Angeboten
- es gibt bislang keine standardisierte Bedarfserhebung mit interdisziplinären Fachkräften
- es gibt bislang keine standardisierte Bedarfserhebung mit der Zielgruppe

Die letzten beiden Aspekte greift Nürnberg auf und setzt es, wie oben beschrieben, um. Damit ist die Koordination Jungen- und Männergesundheit in Nürnberg ein Vorzeige- oder Leuchtturmprojekt.

Am 26.07.2022 konnte das erste Vernetzungstreffen zur Koordination Jungen- und Männergesundheit in Nürnberg mit einigen Fachkräften der Stadtverwaltung und freien Trägern stattfinden. Das Netzwerk wird in den kommenden Jahren sukzessive ausgebaut.

[25] https://www.stuttgart.de/buergerinnen-und-buerger/chancengleichheit-und-diversity/maenner.php und https://www.dresden.de/de/leben/gesellschaft/gleichstellung/gesundheit/gesundheit_angebote_maenner.php

3.5 Ausblick

Für den weiteren Fortschritt wird für 2023 unter anderem Folgendes geplant:

- Ausbau und Pflege der Kooperationen
- Organisation weiterer Vernetzungstreffen
- Durchführen von Fokusgruppen
- Berichterstellung zur Bedarfs- und Bestandserhebung (inkl. Auswertung der Interviews)
- Endberichterstellung (Zusammenführung der Ergebnisse) inkl. der grafischen Aufbereitung der Ergebnisse für Publikationen
- Umsetzung von Medien und Maßnahmen (z.B. Flyer für die Zielgruppen)
- Beraten von Kooperationspartnerinnen und –partnern hinsichtlich des Verfügungsfonds und der Antragstellung
- Begleiten von Angeboten Dritter mithilfe des Verfügungsfonds
- Bildungsarbeit zur Thematik mithilfe von Seminaren und Vorträge

Die Koordination Jungen- und Männergesundheit soll über den 31.12.2023 hinaus fortgesetzt werden, um die bereits geschlossenen Netzwerke auszubauen, notwendige Angebote für die Jungen- und Männergesundheit entwickeln und gezielte Maßnahmen umsetzen. Hierfür wird ein Folgeantrag bei der Techniker Krankenkasse (TK) in 2023 gestellt.

Im Sinne der Nachhaltigkeit wird langfristig eine Verstetigung angestrebt. Hier könnte im Gesundheitsamt eine Fachstelle für geschlechtersensible Prävention entstehen, die neben der Jungen- und Männergesundheit auch die Gesundheit von Mädchen, Frauen und intergeschlechtlichen Menschen in den Blick nimmt und entsprechende Hilfsangebote zur Verfügung stellt. Ein derartiges Angebot gibt es bisher nicht.

Daten und Fakten zur Männergesundheit in Deutschland

Demografie und Lebenslagen

Demografie

- In Deutschland leben rund 83 Millionen Menschen. Etwas weniger als die Hälfte (41 Millionen) sind Männer [1].
- Die Lebenserwartung bei Geburt liegt für Männer mit 78,6 Jahren niedriger als für Frauen mit 83,4 Jahren. Für das Geburtsjahr 2060 wird männlichen Neugeborenen ein durchschnittliches Alter von 86,2 Jahren prognostiziert (weibliche Neugeborene: 89,6 Jahre) [2; 3].

Alleinlebende

- 7,8 Millionen Männer sind alleinlebend (Frauen: 8,7 Millionen) [4].
- Den größten Anteil alleinlebender Männer weist mit mehr als einem Drittel (3,1 Millionen) die Altersgruppe der 25- bis 45-Jährigen auf [4].

Geburten

- Je Mann werden durchschnittlich 1,45 Kinder geboren. Pro Frau liegt die Geburtenrate bei 1,53 Kindern [5].
- Das Durchschnittsalter von Vätern bei der Geburt des ersten Kindes beträgt 33,2 Jahre. Damit sind sie durchschnittlich 3 Jahre älter als Frauen, die bei der Geburt des ersten Kindes im Durchschnitt 30,2 Jahre alt sind [6].

Pflege

- Von den 4,1 Millionen Menschen, die im Sinne der Pflegeversicherung (SGB XI) Anspruch auf Pflegeleistungen haben, sind 37,7 Prozent Männer. Mehr als drei Viertel (3,3 Millionen) aller Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt [7].

Erwerbstätigkeit und Gesundheit

- 79,1 Prozent der Männer zwischen 15 und 64 Jahren sind erwerbstätig (Frauen: 71,1 Prozent) [8].
- Die häufigsten Ursachen für Krankschreibungen bei Männern sind Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (23,4 Prozent), Verletzungen und Vergiftungen (14,4 Prozent) und psychische Erkrankungen (14,2 Prozent) [9].
- Mehr als ein Viertel der Männer (27,0 Prozent) nimmt die Arbeitsbedingungen als stark oder sehr stark gesundheitsgefährdend wahr (Frauen: 18,6 Prozent) [10].
- Eine der häufigsten Unfallverletzungen von Männern sind Arbeitsunfälle (110.000 in einem Jahr), nur bei Unfällen in der Freizeit waren es mit 117.000 mehr. Männer verletzen sich insgesamt häufiger (395.000) als Frauen (336.000) bei Unfällen [11].
- In Deutschland beziehen 858.416 Männer (Frauen: 956.842) eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit [12].
- Das durchschnittliche Renteneintrittsalter von Männern wegen verminderter Erwerbsfähigkeit liegt in Deutschland bei 53,2 Jahren (Frauen: 52,1 Jahre). Häufigster Grund für einen Rentenzugang wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei Männern sind psychische Störungen (35,3 Prozent), gefolgt von Krebserkrankungen (14,0 Prozent) sowie Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (13,2 Prozent) [12].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Maarweg 149-161, 50825 Köln

Telefon: 0221 8992 - 0 Fax: 0221 8992 – 330 E-Mail: poststelle@bzga.de Internet: www.bzga.de

Gesundheitsverhalten

Gesundheitskompetenz

- 32,9 Prozent der Männer stimmen der Aussage „Über meine Gesundheit will ich alles wissen“ voll und ganz zu (Frauen: 40,2 Prozent) [13].
- In Deutschland verfügen 39,3 Prozent der Männer (Frauen: 42,9 Prozent) über eine exzellente oder ausreichende Gesundheitskompetenz. Rund 61 Prozent der Männer (Frauen: rund 57 Prozent) haben Schwierigkeiten, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen [13].
- Im Vergleich zum Finden, Verstehen und Anwenden von Gesundheitsinformationen, haben Menschen insbesondere mit der Beurteilung von Gesundheitsinformationen Schwierigkeiten: hier weisen nur 23,7 Prozent der Männer eine hohe Gesundheitskompetenz auf (Frauen: 26,2 Prozent). In der Gruppe der Menschen mit niedriger Bildung oder niedrigem Sozialstatus weisen lediglich 17 bis 18 Prozent in Bezug auf die Beurteilung von Gesundheitsinformationen eine hohe Gesundheitskompetenz auf [13].

Früherkennungsuntersuchungen (Check-up)

- Knapp die Hälfte (45,4 Prozent) der Männer (Frauen: 48,5 Prozent) nimmt den Gesundheits-Check-up zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen und des Diabetes mellitus regelmäßig in Anspruch [14].
- Drei Viertel (75,7 Prozent) der Männer in Deutschland (Frauen: 88,5 Prozent) geben an, dass ihnen die Empfehlung der Krankenkassen zur Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-untersuchungen (KFU) bekannt ist. 40 Prozent der Männer ab 35 Jahren berichten, die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen regelmäßig in Anspruch zu nehmen (Frauen ab 20 Jahren: 67,2 Prozent). Dabei ist zu beachten, dass Männern und Frauen z. T. unterschiedliche Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ab unterschiedlichen Alterszeitpunkten zustehen. Bei Männern ist bis zum Alter von 69 Jahren eine deutliche Zunahme der regelmäßigen Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zu beobachten. In der Altersgruppe der 60 bis 69-jährigen Männer nehmen 58,5 Prozent Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch (Frauen: 76,0 Prozent) [15].
- Im Rahmen des gesetzlichen Programms zur Früherkennung von Darmkrebs haben Männer und Frauen ab 50 Jahren Anspruch auf einen Stuhltest oder eine Darmspiegelung (Koloskopie). 41,5 Prozent der anspruchsberechtigten Männer geben an, innerhalb der letzten zwei Jahre einen Stuhltest in Anspruch genommen zu haben (Frauen: 42,5 Prozent). Eine Koloskopie innerhalb der letzten 10 Jahre wurde von 53,4 Prozent der berechtigten Männer in Anspruch genommen (Frauen: 58,7 Prozent) [16].

Bewegung

- Bewegung ist einer der wichtigsten Schutzfaktoren für körperliche, psychische und soziale Gesundheit. Das Risiko an koronarer Herzkrankheit, Bluthochdruck, Schlaganfall, Diabetes Typ 2 zu erkranken, ist für bewegungsaktive Personen deutlich geringer. Bewegungs- und Sportaktivitäten bewirken darüber hinaus eine Steigerung des Wohlbefindens, eine Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit und eine Verringerung der Sturzgefährdung bei älteren Menschen [14].
- Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt Erwachsenen pro Woche mindestens 2,5 bis 5 Stunden mäßig anstrengende Ausdaueraktivitäten oder mindestens 1,25 bis 2,5 Stunden körperlich anstrengende Ausdaueraktivitäten auszuüben sowie zusätzlich an mindestens zwei Tagen in der Woche Aktivitäten zur Muskelkräftigung [17].
- 51,2 Prozent der Männer (Frauen: 44,8 Prozent) in Deutschland berichten, mindestens 2,5 Stunden pro Woche einer Ausdaueraktivität wie z. B. Radfahren nachzugehen [18].

- 31,2 Prozent der Männer (Frauen: 27,6 Prozent) trainieren an mindestens zwei Tagen in der Woche ihre Muskeln durch Krafttraining oder auch Yoga. Etwa ein Viertel (24,7 Prozent) der Männer (Frauen: 20,5 Prozent) betreibt sowohl Ausdauer- als auch Krafttraining [19].

Ernährung

- 24,1 Prozent der Männer (Frauen: 45,1 Prozent) geben an, täglich Obst und Gemüse zu verzehren. Der Anteil von Männern mit täglichem Obst- und Gemüseverzehr ist in der mittleren und unteren Bildungsgruppe (21,2 Prozent bzw. 23,1 Prozent) niedriger, als jener in der obersten Bildungsgruppe (29,9 Prozent) [18].

Gewicht

- 38,3 Prozent der Männer weisen einen normalen BMI (zwischen 18,5 kg/m² und 25 kg/m²) auf (Frauen: 50 Prozent). Im höheren Lebensalter sinkt der Anteil normalgewichtiger Männer und Frauen [18].
- Fast zwei Drittel (61,6 Prozent) der Männer (Frauen: 46,7 Prozent) sind übergewichtig (BMI ≥ 25 kg/m²). Von Adipositas (BMI ≥ 30 kg/m²) ist fast ein Fünftel (18,3 Prozent) der männlichen Bevölkerung betroffen (Frauen: 18,0 Prozent) [20].

Gesundheitliche Risiken und Erkrankungen

Alkoholkonsum

- Bei Männern liegt die Grenze für risikoarmen Konsum, gemäß Empfehlung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), bei maximal 24 g reinem Alkohol pro Tag. Dies entspricht etwa 0,25 l Wein oder 0,5 l Bier. Bei größeren Mengen spricht man von riskantem Alkoholkonsum. An mindestens zwei Tagen pro Woche sollte ganz auf Alkohol verzichtet werden [21].
- Bei Männern und Frauen ist der risikoarme Alkoholkonsum in der unteren Bildungsgruppe höher, als in der mittleren und oberen Bildungsgruppe [22].
- 2,8 Prozent der Männer (Frauen: 4,6 Prozent) geben an, noch nie Alkohol konsumiert zu haben [22].
- 83,9 Prozent der Männer und 88,9 Prozent der Frauen geben an, risikoarm Alkohol zu konsumieren [18].

Zigarettenkonsum

- 66,1 Prozent der Männer und 76,0 Prozent der Frauen in Deutschland geben an, derzeit nicht zu rauchen. Der Anteil von Nicht-Rauchern und Nicht-Raucherinnen steigt mit dem Alter an [24].
- Bei Männern und Frauen ist der Anteil von Nicht-Rauchenden in der oberen Bildungsgruppe höher als in der mittleren und unteren Bildungsgruppe [18].

Illegale Drogen

- In der Altersgruppe 18 bis 64 Jahre geben Männer (33,9 Prozent) häufiger als Frauen (25,0 Prozent) an, dass sie jemals illegale Drogen (inkl. Cannabis) konsumiert haben [24].
- Von allen illegalen Drogen wird Cannabis in Deutschland am häufigsten konsumiert. Mehr Männer (8,9 Prozent) als Frauen (5,3 Prozent) geben an, in den letzten 12 Monaten Cannabis zu sich genommen zu haben, wobei der Konsum in der Altersgruppe der 18- bis 20-Jährigen mit 24,3 Prozent am höchsten ist [24].

Medikamentenkonsum

- Schätzungen gehen von 1,5 bis 1,9 Millionen medikamentenabhängigen Personen in Deutschland aus. Ein Drittel der Medikamentenabhängigen sind Männer [25].
- Im Vergleich zu Frauen werden Männern in Deutschland insgesamt weniger Medikamente verordnet. Dies trifft unter anderem auf Psychopharmaka zu. Sie erhalten eher Mittel mit Wirkung auf körperliche Störungen, beispielsweise des Herz-Kreislauf-Systems und des Stoffwechsels [25; 26].

Psychische Gesundheit

- 71,6 Prozent der Männer (Frauen: 68,6 Prozent) schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand (körperlich sowie psychisch) als gut oder sehr gut ein [27].
- 7,5 Prozent der Männer berichten, innerhalb der letzten zwei Wochen von einer depressiven Symptomatik betroffen zu sein (Frauen: 8,8 Prozent). Insbesondere Männer der unteren Bildungsgruppe (13,4 Prozent) berichten häufiger von depressiven Symptomen als Männer der oberen Bildungsgruppe (3,4 Prozent) [27].
- Der Anteil der Männer, die angeben, dass bei ihnen jemals eine Depression diagnostiziert wurde ist mit 7,8 Prozent gut halb so hoch wie der Anteil der Frauen (15,4 Prozent), die dies angeben [28].
- 8,9 Prozent der Männer geben an, innerhalb der letzten 12 Monate eine psychotherapeutische oder psychiatrische Leistung in Anspruch genommen zu haben (Frauen: 12,7 Prozent) [16].

Chronische Erkrankungen

- 46,4 Prozent der Männer geben an, dass bei ihnen eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem vorliegt (Frauen: 51,9 Prozent) [27].
- Männer sind mit 9,6 Prozent häufiger von einem Diabetes mellitus betroffen als Frauen (8,2 Prozent). Bei beiden Geschlechtern steigt die Häufigkeit der Erkrankung mit dem Alter stark an [27].
- Männer erkranken mit 5,8 Prozent seltener an einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) als Frauen (6,5 Prozent). Bei beiden Geschlechtern sind Menschen der unteren Bildungsgruppe häufiger betroffen (Männer: 8,6 Prozent und Frauen: 9,4 Prozent) als der oberen Bildungsgruppe (Männer: 3,5 Prozent und Frauen: 3,4 Prozent) [27].
- Asthma bronchiale (einschließlich eines allergischen Asthmas) besteht bei Männern seltener (7,0 Prozent) als bei Frauen (9,1 Prozent) [27].
- In Deutschland zählen sich fast ein Drittel der Erwachsenen zu Personen, die von (irgend)einer Allergie betroffen sind. Männer geben dies mit 27,0 Prozent seltener an als Frauen (34,7 Prozent) [27].

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- In Deutschland sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache. Rund 152.620 Männer (Frauen: 178.600) versterben jährlich an Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems. Davon versterben ca. 39.930 Männer (Frauen: 33.530) an einer chronisch ischämischen Herzkrankheit, rund 13.440 Männer (Frauen: 21.860) an einer Herzinsuffizienz, 25.920 Männer (Frauen: 18.360) an einem Herzinfarkt und rund 15.720 Männer (Frauen: 20.920) an einem Schlaganfall* [29; 30].
- Insgesamt werden jährlich rund 146.910 Männer (Frauen: 79.650) wegen einer Angina pectoris im Krankenhaus behandelt, 145.690 Männer (Frauen: 52.530) wegen einer chronisch ischämischen Herzkrankheit, 242.110 Männer (Frauen: 245.140) wegen einer Herzinsuffizienz, 143.200 Männer (Frauen: 69.200) wegen eines Herzinfarktes und etwa 164.350 Männer (Frauen:148.830) wegen eines Schlaganfalles [31].
- Bluthochdruck (Hypertonie) gehört zu den wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Rund ein Drittel (32,8 Prozent) der Männer (Frauen: 30,9 Prozent) gibt an, in den letzten 12 Monaten von Bluthochdruck betroffen gewesen zu sein [32]. 70,7 Prozent der Männer geben an, dass ihr Blutdruck in den letzten 12 Monaten von medizinischem Fachpersonal kontrolliert wurde (Frauen: 81,0 Prozent) [16].
- Beeinflussbare Risikofaktoren für die Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) sowie Zigarettenkonsum, mangelnde körperliche Bewegung und starkes Übergewicht [14].

* In der ab 2022 gültigen ICD-11 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) wird Schlaganfall zu den neurologischen Erkrankungen und nicht mehr zu den Herz-Kreislauf-Erkrankungen gezählt.

Krebserkrankungen

- Insgesamt erkranken etwas mehr Männer als Frauen an Krebs. Die Zahl der jährlichen Krebs-Neuerkrankungen liegt für Männer bei etwa 265.200 (Frauen: 232.700). Die häufigste Krebserkrankung bei Männern ist Prostatakrebs. Jährlich erkranken in Deutschland 65.200 Männer neu daran. Lungenkrebs ist mit rund 35.290 Neuerkrankungen pro Jahr die zweithäufigste Krebserkrankung bei Männern, gefolgt von Darmkrebs mit rund 33.920 neu diagnostizierten Krankheitsfällen [33; 34; 35; 36].
- Krebs ist insgesamt die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Rund 129.920 Männer und 109.640 Frauen versterben jährlich an bösartigen Neubildungen. Das entspricht mehr als einem Viertel (ca. 26 Prozent) aller Todesfälle bei Männern (Frauen: ca. 22 Prozent). Die häufigste Krebstodesursache bei Männern ist Lungenkrebs, gefolgt von Prostata- und Darmkrebs [29; 30].

Quellen

[1] Statistisches Bundesamt. Bevölkerung nach Nationalität und Geschlecht (Quartalszahlen). www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/liste-zensus-geschlecht-staatsangehoerigkeit.html (05.01.2022).
[2] Statistisches Bundesamt (2021): Tabelle 12621-0002: Durchschnittliche Lebenserwartung nach Geschlecht und vollendetem Alter. Datenbasis 2018/20. https://www-genesis.destatis.de (05.01.2022).
[3] Statistisches Bundesamt. (2019). Bevölkerung im Wandel. Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.
[4] Statistisches Bundesamt. Alleinstehende (darunter Alleinlebende) nach Alter, Geschlecht und Gebietsstand im Jahr 2020. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Tabellen/4-1-alleinstehende.html (05.01.2022).
[5] Statistisches Bundesamt (2021). Geburtenziffer 2020 leicht rückläufig. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/07/PD21_343_12.html;jsessionid=8680331CB3541CDFCB40C987377F1FE8.live722 (05.01.2022).
[6] Statistisches Bundesamt. Daten zum durchschnittlichen Alter der Eltern bei Geburt nach der Geburtenfolge für 1. Kind, 2. Kind, 3. Kind der Mutter und insgesamt 2020. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburten-eltern-biologischesalter.html (05.01.2022).
[7] Statistisches Bundesamt. Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html (05.01.2022).
[8] Statistisches Bundesamt. Erwerbstätige und Erwerbstätigenquote nach Geschlecht und Alter Erstergebnis des Mikrozensus 2020. www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/erwerbstaetige-erwerbstaetigenquote.html (05.01.2022).
[9] DAK-Gesundheit (Hrsg.) (2020). Gesundheitsreport 2020. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 33). Hamburg.
[10] Kroll, L. E., Müters, S., Schumann, M., Lampert, T. (2017). Wahrnehmung gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2017 2(4) Robert Koch-Institut, Berlin. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-121.
[11] Statistisches Bundesamt (2018). Mikrozensus - Fragen zur Gesundheit - Kranke und Unfallverletzte 2017. Wiesbaden.
[12] Deutscher Rentenversicherung Bund. (2020). Rentenversicherung in Zahlen 2020. Berlin: Deutscher Rentenversicherungsbund.
[13] Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., de Sombre, S., Vogt, D., Hurrelmann, K. (2021). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld.
[14] Robert Koch-Institut (2015). Gesundheit in Deutschland 2015. Berlin: Robert Koch Institut.
[15] Starker A., Saß, A.-C. (2013). Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 56: 858–867. Berlin: Springer-Verlag.
[16] Prütz, F., Rommel, A., Thom, J., Du, Y., Sarganas, G., Starker, A. (2021). Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 2021 6(3). Berlin: Robert Koch-Institut.
[17] World Health Organization (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization.
[18] Richter, A., Schienkiewitz, A., Starker, A., Krug, S., Domanska, O., Kuhnert, R., Loss, J., Mensink, G. B. M. (2021). Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 2021 6(3). Berlin: Robert Koch-Institut.
[19] Finger, J. D., Mensink, G.B.M., Lange, C., Manz, K. (2017). Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2017 2(2). Berlin: Robert Koch-Institut.
[20] Mensink, G.B.M., Schienkiewitz, A., Kuhnert, R., Lange C. (2017). Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2017 2(2). Berlin: Robert Koch-Institut.
[21] Seitz, H., Bühringer, G. (2010). Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
[22] Seitz, N.-N., John, L., Atzendorf, J., Rauschert, C. & Kraus, L. (2019). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018. Tabellenband: Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise auf Konsumabhängigkeit und -missbrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018. www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2018_Tabellen_Alkohol.pdf (05.01.2022).
[23] Seitz, N.-N., John, L., Atzendorf, J., Rauschert, C. & Kraus, L. (2019). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018. Tabellenband: Tabakkonsum und Hinweise auf Konsumabhängigkeit nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018. www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2018_Tabellen_Tabak.pdf (05.01.2022).
[24] Seitz, N.-N., John, L., Atzendorf, J., Rauschert, C. & Kraus, L. (2019). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018. Tabellenband: Konsum illegaler Drogen, multiple Drogenerfahrung und Hinweise auf Konsumabhängigkeit und -missbrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018. www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2018_Tabellen_Drogen.pdf (05.01.2022).
[25] Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2020). Medikamente. Basisinformationen. Hamm.
[26] Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2020). Arzneiverbrauch nach Altersgruppen 2020. Berlin.
[27] Heidemann C., Scheidt-Nave, C., Beyer, A.-K., Baumert, J., Thamm, R., Maier, B., Neuhauser, H., Fuchs, J., Kuhnert, R., Hapke, U. (2021). Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie. GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 2021 6(3). Berlin: Robert Koch-Institut.
[28] Busch, M., A., Maske, U., E., Ryl, L. et al. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt. 56(5/6):733-739.
[29] Statistisches Bundesamt. Anzahl der Gestorbenen nach Kapiteln der ICD-10 und nach Geschlecht für 2020. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/gestorbene_anzahl.html (05.01.2022).
[30] Statistisches Bundesamt (2020). Ergebnisse der Todesursachenstatistik für Deutschland - Ausführliche vierstellige ICD10-Klassifikation – 2019. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Publikationen/Downloads-Todesursachen/todesursachenstatistik-5232101197015.html (05.01.2022).
[31] Statistisches Bundesamt (2021). Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten (Datensatzstruktur) 2019. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/tiefgegliederte-diagnosedaten-5231301197015.html (05.01.2022).
[32] Neuhauser, H., Kuhnert, R., Born, S. (2017). 12-Monats-Prävalenz von Bluthochdruck in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2017 2(1). Berlin: Robert Koch-Institut.
[33] Robert Koch-Institut (Hrsg.), Zentrum für Krebsregisterdaten (2021). Krebs gesamt. ICD-10 C00-C97 (OHNE C44). 2018. https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Krebs_gesamt/krebs_gesamt_node.html (05.01.2022).
[34] Robert Koch-Institut (Hrsg.), Zentrum für Krebsregisterdaten (2021). Prostatakrebs (Prostatakarzinom). ICD-10 C61. 2018. https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Prostatakrebs/prostatakrebs_node.html (05.01.2022).
[35] Robert Koch-Institut (Hrsg.), Zentrum für Krebsregisterdaten (2021). Darmkrebs. ICD-10 C18-C20. 2018. https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Darmkrebs/darmkrebs_node.html (05.01.2022).
[36] Robert Koch-Institut (Hrsg.), Zentrum für Krebsregisterdaten (2021). Lungenkrebs (Bronchialkarzinom). ICD-10 C33–C34. 2018. https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Lungenkrebs/lungenkrebs_node.html (05.01.2022).

Beschlussvorlage
Gh/008/2022

Beratung	Datum	Behandlung	Ziel
Gesundheitsausschuss	10.11.2022	öffentlich	Beschluss

Betreff:

Abschlussbericht zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung in Nürnberg; Beantragung von Drittmittelgeldern aus dem Bereich "Gesunde Kommune"

Anlagen:
Diversity-Check
Sachverhalt
Stellungnahme Projektbeirat

Sachverhalt (kurz):

Das Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“ startete im Mai 2017 als Kooperation des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg mit der AOK Bayern, gefördert aus dem Schwerpunkt „Gesunde Kommune“ (PrävG, SGB V §20a). Ziel des Projekts ist es, die gesundheitliche Lebensqualität in vier Projektgebieten (Langwasser, Gostenhof/Bärenschanze/Muggenhof & Eberhardshof, Röthenbach und St. Leonhard/Schweinau) zu verbessern und zu stärken. Die Projektlaufzeit wurde aufgrund von Coronabedingten Auszeiten verlängert und bis Ende Oktober 2022 beantragt.

Zum Abschluss des Projekts liegt nun eine mehrsprachige Abschlussbroschüre vor. Diese gibt Einblick in die Projektinhalte und stellt Übungen aus den Angeboten vor.
Als Bedarfsanalyse wurden "Gesundheitsprofile" als kleinräumige umfassende Analyse der Situation der Projektgebiete vor Ort erfasst. Diese Gesundheitsprofile liegen nun für alle Projektgebiete vor und können als Arbeitsgrundlage und Handlungswerkzeug für alle Akteurinnen und Akteure im jeweiligen Stadtteil dienen.

Das Projekt wurde während der Laufzeit von einem wissenschaftlichen Beirat begleitet. Die Stellungnahme des Beirates liegt vor.

Zwei Folgeanträge im Bereich der "Gesunden Kommune" konnten bei der AOK Bayern eingereicht werden. Ein Ergebnis liegt zum Zeitpunkt der Abgabe noch nicht vor. Zukünftig sollen in diesem Rahmen zum Einen die Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Fokus in vier Stadtteilen stehen. Ein weiteres Projekt nimmt in einem der ausgewählten Stadtteile als Modellprojekt das Thema "Bindungen stärken" für die Zielgruppen werdende Eltern und Eltern von Kleinkindern (0-3 Jahre) in den Blick.

1. Finanzielle Auswirkungen:

☐ Noch offen, ob finanzielle Auswirkungen

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

(→ *weiter bei 2.*)

☒ Nein (→ *weiter bei 2.*)

☐ Ja

☐ Kosten noch nicht bekannt

☐ Kosten bekannt

Gesamtkosten	€	**Folgekosten**	€ pro Jahr
		☐ dauerhaft ☐ nur für einen begrenzten Zeitraum	
davon investiv	€	davon Sachkosten	€ pro Jahr
davon konsumtiv	€	davon Personalkosten	€ pro Jahr

Stehen Haushaltsmittel/Verpflichtungsermächtigungen ausreichend zur Verfügung?
(mit Ref. I/II / Stk - entsprechend der vereinbarten Haushaltsregelungen - abgestimmt, ansonsten Ref. I/II / Stk in Kenntnis gesetzt)

☐ Ja

☐ Nein

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

2a. Auswirkungen auf den Stellenplan:

☒ Nein (→ *weiter bei 3.*)

☐ Ja

☐ Deckung im Rahmen des bestehenden Stellenplans

☐ Auswirkungen auf den Stellenplan im Umfang von Vollkraftstellen (Einbringung und Prüfung im Rahmen des Stellenschaffungsverfahrens)

☐ Siehe gesonderte Darstellung im Sachverhalt

2b. Abstimmung mit DIP ist erfolgt (Nur bei Auswirkungen auf den Stellenplan auszufüllen)

☐ Ja

☐ Nein

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

3. Diversity-Relevanz:

☐ Nein

☒ Ja

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

sh. Anlage

4. Abstimmung mit weiteren Geschäftsbereichen / Dienststellen:

☐ **RA** (verpflichtend bei Satzungen und Verordnungen)

☐

☐

☐

Beschlussvorschlag:

1. Das Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg wird beauftragt im Rahmen der Fördermöglichkeiten der „Gesunden Kommune“ auch in Zukunft bei den gesetzlichen Krankenkassen Gelder aus dem PrävG §20 zu beantragen.

2. Die Mitglieder des Gesundheitsausschusses befürworten außerdem die Umsetzung des Projektes "Seelisch gesund aufwachsen", das mit Geldern der Gesunden Kommune der AOK Bayern im Bereich Gesundheitsförderung des Gesundheitsamtes umgesetzt werden soll.

Diversity-Check Stadt Nürnberg

Nr.	Prüffragen	Begründung / Bemerkungen	Bewertung
1.	In welcher Weise wirkt sich **das Vorhaben** nach Einschätzung der Verwaltung auf unterschiedliche Personengruppen aus?	Ein stadtteilbezogener Ansatz ist eine wirkungsvolle Strategie, um zielgruppenspezifisch passgenaue, nachhaltige Interventionen zu entwickeln. Dies kommt insbesondere Menschen in sozial schwierigen Lebenslagen zugute, die überdurchschnittlich häufig von den gesundheitlichen Folgen sozialer Ungleichheit betroffen sind und durch unspezifische Angebote selten erreicht werden.	☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant
2.	Auf welchen nach den Diversity-Dimensionen differenzierten Daten, Informationen oder Schätzungen basiert **das Vorhaben?**	Bei der Ist- und Bedarfsanalyse wird auf Routinedaten (z.B. Schuleingangsuntersuchungen/GH, Statistikmonitor/STA) zurückgegriffen, die eine Differenzierung nach Geschlecht und Migrationshintergrund erlauben. Über Experteninterviews, qualitative Befragung von Bewohnern und Bewohnerinnen sind weitere differenziertere zielgruppenspezifische Informationen zu erhalten.	☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant
3.	Kann **das Vorhaben** zur Gleichberechtigung / Gleichstellung und Chancengleichheit beitragen?	Ein zentrales Anliegen des Projekts ist es, einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit in Nürnberg zu leisten. V.a. Bürger und Bürgerinnen in sozial schwierigen Lebenslagen (niedriger Sozialstatus, sprachliche oder kulturelle Zugangsbarrieren, soziale Isolation) oder in Stadtgebieten mit kumulierten Problemlagen können von dem Projekt profitieren und wurden erreicht.	☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant
4.	Welche Auswirkungen auf bestimmte Personengruppen sind mit dem **Einsatz öffentlicher Mittel** zu erwarten?	Förderung der gesundheitlichen Lebensqualität und Chancengerechtigkeit von Bewohnerinnen und Bewohnern in besonders belasteten Stadtgebieten.	☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant
Gesamtrelevanz		Stadtteilbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsansätze als kommunales Instrument.	☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant

Sachverhaltsdarstellung: Gesundheit für alle im Stadtteil.

1. Projektabschluss „Gesundheit für alle im Stadtteil“

Das Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“, eine Kooperation des Gesundheitsamts der Stadt Nürnberg mit der AOK Bayern (gefördert aus dem Schwerpunkt „Gesunde Kommune“), endet nach 5 Jahren Laufzeit. Grundlage für eine Projektförderung stellt das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (PrävG) (SGB V §20a) dar und wird nach der Förderzeit (01.05.2017-31.10.2022) abgeschlossen. Einmal jährlich wurden Zwischenberichte dem Gesundheitsausschuss vorgestellt, die Projektergebnisse wurden dem Gesundheitsausschuss zur Sitzung am 03.02.2022 vorgelegt. Verschiedene Veröffentlichungen und Produkte liegen zum Projektabschluss vor, welche hier kurz dargestellt werden:
Zum Abschluss des Projekts liegt eine **Projektbroschüre** vor. Die Broschüre richtet sich sowohl an Akteurinnen und Akteure als auch an Bürgerinnen und Bürger. Sie informiert über Projektinhalte und -strukturen und gibt Einblicke in die Praxis anhand von Maßnahmen-Beispielen, Übungen und Rezepten. Die Übungen wurden auf Arabisch und Russisch übersetzt, um so noch mehr Mitbürgerinnen und Mitbürger erreichen zu können.

Das Projekt wurde während der Laufzeit von einem Projektbeirat[1] begleitet, der sich aus Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis zusammensetzte.
Die externen Beirätinnen und Beiräte haben eine **Stellungnahme** zum Projekt mit drei Empfehlungen für die *Gesunde Stadt Nürnberg* erstellt, diese liegt als Anlage bei. Im Gesundheitsausschuss vom 03.02.2022 wurde bereits eine Stellungnahme zum Projekt aus dem Referat V vorgelegt.

Im Rahmen des Projektes wurden spezielle **Gesundheitsprofile** für die Projektgebiete angefertigt, die nun den Akteurinnen und Akteuren sozialer Institutionen, Netzwerken und politischen Entscheidungsträger*innen zur Verfügung gestellt werden. In den Profilen werden mittels quantitativer Struktur-, Umwelt- und Individualdaten sowie

[1] Beiratsmitglieder: Herr Ullrich Böttinger (Soziale und Psychologische Dienste Ortenaukreis); Frau Prof. Heike Köckler (Hochschule für Gesundheit Bochum); Frau Prof. Ruth Limmer (TH Nürnberg); Herr Dr. Dieter Rosner/Mareen Bähr (Seniorenamt Nürnberg); Frau Dr. Kerstin Schröder/Martina Haag (Jugendamt Nürnberg); Herr Waldemar Süß (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf).

Befragungsdaten aus qualitativen Expert*inneninterviews die Situationen für verschiedene Personengruppen in den Projekt-Stadtteilen skizziert. Die Profile dienen dazu, die sozialprofessionelle Praxis quantitativ zu begründen, bzw. als Grundlage um Konzepte und Handlungsschwerpunkte zu erstellen.

2. Beschluss zur Generierung von Geldern aus dem Präventionsgesetz und der „Gesunden Kommune“

Hintergrund:

Grundlage für eine Projektförderung stellt das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz - PrävG) (SGB V §20a) dar. Das Präventionsgesetz soll die Grundlagen für die Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung darstellen und für alle Altersgruppen und in verschiedenen Lebensbereichen wie Kita, Schule und der Lebenswelt („gesunde Kommune“) mit Maßnahmen vor Ort verbessern[2] und gesunde Lebensbedingungen gestalten, um einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu unterstützen. Das Präventionsgesetz sieht vor, nachhaltig Angebote der Verhaltens- und Verhältnisprävention in der Lebenswelt der Menschen, d.h. dort wo sie wohnen, spielen, lernen und arbeiten, zu schaffen. Fördergelder aus dem Präventionsgesetz für Projekte können von der Kommune bei den Krankenkassenträgern beantragt werden.

3. Projektanträge

„Seelisch Gesund Aufwachsen im Stadtteil“

Im Rahmen des Projekts „Seelisch gesund Aufwachsen im Stadtteil“ (SeGASt) soll in vier Nürnberger Stadtteilen (a) St. Leonhard/Schweinau, b) Nürnberger Westen, c) Rabus/Gibitzenhof und d) Galgenhof/Steinbühl) sollen weitere Bedarfe, die aus dem Vorgänger Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“ konstatiert wurden, im Folgeprojekt umgesetzt werden. Insbesondere für Kinder und Jugendliche sind durch die Pandemie zusätzliche Bedarfe in Bezug auf seelisch gesundes Aufwachsen deutlich geworden. Bereits vorhandene Problemlagen haben sich in den letzten beiden Pandemiejahren verschärft und Expertinnen und Experten sprechen von sichtbaren Auswirkungen für die junge Generation. Das Folgeprojekt wird ein Präventionsnetz aufbauen, um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien zu stärken. Gemeinsam mit der Zielgruppe und den Akteurinnen und Akteuren vor Ort sollen Strategien und Maßnahmen entwickelt werden, um im Stadtteil psychisch gesund

[2] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz.html

aufwachsen zu können. Dabei ist beispielsweise an Angebote zu Resilienztraining und sozialem Kompetenztraining ebenso gedacht wie an eine Kooperation mit dem Projekt „Verrückt? Na und!“. Das bundesweite evaluierte Projekt befasst sich mit dem Thema „psychische Gesundheit bei Jugendlichen“ und hat mittlerweile v.a. für Jugendliche Angebote geschaffen. Pro Stadtteil ist jeweils eine Vollzeitstelle beantragt. Zusätzlich werden die „Gesundheitskoordinator*innen“ vor Ort durch eine Projektleitung (0,5 VK) und eine Teamassistenz (0,5 VK) unterstützt. Dafür ist eine Projektförderung im Rahmen der „Gesunden Kommune“ aus dem PrävG (s.o.) bei der AOK Bayern mit einem Gesamtfördervolumen von 2.95 Mio Euro für eine Laufzeit von 48 Monaten (2023-2026) beantragt. Die Bewilligung steht zum Zeitpunkt der Sachverhaltsdarstellung noch aus. Die Projektarbeit soll zum 01.01.2023 aufgenommen werden.

„Bindung Stärken“

Ein weiteres Projekt greift den ermittelten Bedarf aus dem ersten Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“ auf und wird die Zielgruppe der werdenden Eltern und Familien mit Kindern von 0-3 Jahren in den Blick nehmen. Angeknüpft wird dabei insbesondere an die Arbeit des Netzwerks „Kinder“ [3] in dem Projektgebiet St. Leonhard/Schweinau. Die Expertinnen und Experten des Netzwerks Kinder konstatieren einen hohen Bedarf des Themas „sichere Bindung zwischen Eltern und Kindern“. Da in sozial benachteiligten und migrationsgeprägten Milieus vergleichsweise häufig Stressoren zu beobachten sind, die bindungsförderliche Beziehungsgestaltung erschweren, orientiert sich das Projekt mit der Fokussierung auf „sozial angespannte“ Quartiere besonders auf die oben genannte Zielgruppe. Ziel ist unter anderem einen niedrigschwelligen Zugang zu Programmen zu ermöglichen bzw. Programme ggf. auf die Zielgruppen anzupassen. Dieses Projekt soll zunächst in nur einem Modell Stadtteil (St. Leonhard/Schweinau) durchgeführt werden. Hier ist einerseits der Bedarf hoch und gleichzeitig bestehen bereits enge Netzwerkstrukturen. Zu dem liegen hier günstige Voraussetzung aufgrund des bereits bestehenden Modell-Präventionsnetzwerks St. Leonhard/Schweinau mit Fokus auf Kindergartenkindern vor. In Kooperation mit der Koordinierenden Kinderschutzstelle (Koki / Frühe Hilfen) wurde ein Workshop mit in diesem Bereich tätigen Anbietern und Expert*innen durchgeführt, der eine differenzierte Bedarfsanalyse und vor allem die Entwicklung niedrigschwelliger und adäquater Angebote vorbereiten soll. Für das Projekt ist es geplant 0,5 VK Gesundheitskoordination für Projekt Planung, Steuerung und Umsetzung sowie eine sozialpädagogische Fachkraft mit 0,5 VK

[3] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz.html

einzusetzen. Der geplante Förderzeitraum beläuft sich auf vier Jahre mit Beginn in 2023.

Beide Projekte sind im Bereich Gesundheitsförderung/Gesundheitsplanung im Gesundheitsamt angesiedelt. Die Projekte erlauben eine Laufzeit von maximal vier Jahren. Durch die im Rahmen des ÖGD Paktes neu geschaffenen Stellen (voraussichtliche Besetzung ab 01.12.22) im Bereich Gesundheitsförderung können diese Projekte, teilweise gesichert werden. Sowohl die Stelle „Verstetigung von Projekten in der Gesundheitsförderung“ als auch die „Dezentrale Gesundheitsförderung“ haben in ihrem Aufgabenportfolio die Einwerbung von Drittmitteln und die strategische Unterstützung und Verstetigung von Projekten.

„Gesundheitsförderung für Gesundheitliche Chancengleichheit“

Stellungnahme aus dem Beirat des Nürnberger Projekts „Gesundheit für alle im Stadtteil“ [1]

Die Notwendigkeit der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit ist in den letzten Jahren und Jahrzehnten immer weiter ins öffentliche Bewusstsein gerückt. Zuletzt hat die Corona-Pandemie deutlich sichtbar gemacht, dass Gesundheitsrisiken ungleich verteilt sind und Menschen aus sozial benachteiligten Milieus diesen stärker ausgesetzt sind. Gerade in Großstädten wie Nürnberg, wo Menschen unterschiedlichster sozialer und kultureller Herkunft zusammenleben, werden die besonderen Herausforderungen deutlich, denen eine Gesundheitsförderung begegnet, die sich die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit und ihrer Folgen zur Aufgabe macht.
Vielfältige und heterogene Lebenswelten und Sozialräume erfordern differenzierte Ansätze zur Förderung gleicher gesundheitlicher Lebensbedingungen. Hier sind einerseits *verhältnis*präventiv strukturelle Rahmenbedingungen, d.h. lokale gesundheitliche und soziokulturelle Versorgungsstrukturen sowie Wohn(umfeld)- und Umweltbedingungen, zu entwickeln. Andererseits sind *verhaltens*präventiv niedrigschwellige Angebotsstrukturen zu schaffen, die individuelles Gesundheitswissen und Gesundheitsverhalten verbessern können.
Gesundheitsförderung ist als *wesentlicher* Bestandteil kommunaler Daseinsvorsorge insgesamt zu konzipieren und zu implementieren. „Health in All Policies“ heißt, Gesundheit in allen kommunalen Politikbereichen und Aufgabenfeldern zu berücksichtigen und in strategische Planung und operative Maßnahmenentwicklung und -gestaltung aktiv und wirksam miteinzubeziehen.
Dabei ist den Herausforderungen einer zeitgemäßen sowie effektiven und effizienten Gesundheitsförderung nicht mittels zeitlich begrenzter Einzelprojekte zu begegnen. *Es bedarf stattdessen des Aufbaus von Strukturen, die bestehende und neu zu schaffende Ressourcen nachhaltig integrieren*.
In Nürnberg wurden seitens des Gesundheitsamtes mit dem durch das Präventionsgesetz geförderten Projekt *„Gesundheit für alle im Stadtteil“* erste wichtige Weichenstellungen für eine dezentrale stadtteilbezogene Gesundheitsförderung vorgenommen. Darüber hinaus werden im Rahmen des *ÖGD-Paktes* zur Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes neue Stellen, unter anderem zur Gesundheitsförderung und Prävention, geschaffen.

> *Wir plädieren als Beiräte des Projekts „Gesundheit für alle im Stadtteil“ dringend dafür, diesen Schwung für weitere Anstrengungen eines nachhaltigen Strukturaufbaus zur Etablierung von Gesundheitsförderung als stadtweites Querschnittsthema zu nutzen, und möchten im Folgenden dieses Plädoyer in drei Empfehlungen präzisieren.*

1. Stadteilbezogene Gesundheitsförderung

Erfolgsversprechende Gesundheitsförderung ist darauf angewiesen, lokale Lebenswelten, Sozialräume und Besonderheiten zu berücksichtigen und städtische wie zivilgesellschaftliche Akteur*innen in den Stadtteilen in die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen einzubinden. In dem Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“ sind erfolgversprechende erste Schritte zur Etablierung der Perspektive der Gesundheitsförderung in lokale Strukturen gemacht worden. In enger Kooperation mit dem Quartiersmanagement des Stadtplanungsamts, der Stadtteilkoordination des Sozialreferats und der Netzwerkkoordination des Seniorenamtes konnte in zahlreichen stadtteilbezogenen Arbeitskreisen und Netzwerken die Sensibilität für gesundheitliche Frage- und Problemstellungen

[1] Der Projektbeirat setzt sich zusammen aus städtischen und externen Expert*innen aus Wissenschaft und Praxis. Diese Stellungnahme stammt von den externen Beiräten: Ullrich Böttinger (Amtsleitung Soziale und Psychologische Dienste, Leiter Frühe Hilfen und Präventionsnetzwerk Ortenaukreis (PNO)); Prof. Heike Köckler (HS Gesundheit Bochum); Prof. Ruth Limmer (TH Nürnberg).

erhöht werden. Zudem konnte in gemeinsamen Veranstaltungen und Maßnahmen mit unterschiedlichsten Akteur*innen Gesundheitsförderung als wichtiger Baustein sowohl der Stadtteil- und Netzwerkarbeit als auch der verwaltungsinternen Abstimmung und Zusammenarbeit etabliert werden.

> *Um das Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit in Nürnberg zu erreichen, empfehlen wir, die anspruchsvollen und intensiven Kooperationen und Beteiligungen an lokalen Netzwerken und Arbeitskreisen seitens der Gesundheitskoordinator*innen zu verstetigen und auszubauen. Ebenso übernahm die Gesundheitskoordination neben der Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Gesundheit Konzeptionsarbeit zur Umsetzung von niedrigschwelligen gesundheitsförderlichen Maßnahmen in der Lebenswelt, die in hohem Maße genutzt wurden. Nachhaltige lokale und niedrigschwellige Gesundheitsförderung ist nur durch (mit)gestaltende Präsenz vor Ort, in den Stadtteilen, zu gewährleisten. So können Synergien bestmöglich erschlossen und in einem Gesamtkonzept verfolgt und auch besonders belastete Zielgruppen erreicht werden.*

2. Sektorenübergreifende Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist nicht nur auf der operativen Ebene vor Ort, in den Stadtteilen, auf vielfältige Kooperation mit städtischen und zivilgesellschaftlichen Akteur*innen angewiesen. Die nachhaltige Etablierung von Gesundheit als Querschnittsthema ist auf der Ebene strategischer Planung, der Konzept- und Maßnahmen- wie Projektentwicklung genauso auf sektorenübergreifende Kooperation in dauerhaften Strukturen angewiesen. Bei der (Weiter-)Entwicklung der Kommune Nürnberg als gesunde Stadt ist die Administration – wie bei nahezu allen drängenden Herausforderungen – noch mehr als in der Vergangenheit aufgefordert, gute Strukturen der Zusammenarbeit zwischen Abteilungen, Ämtern und Referaten zu entwickeln und zu fördern. Andernfalls bleiben gelingende Kooperationen zufällig und das Wissen der Beteiligten um die Erfolgsfaktoren geht nach jedem einzelnen Projekt oder Personalwechsel verloren.

> *Um das Ziel gesundheitlicher Chancengleichheit in der Stadt Nürnberg zu erreichen, empfehlen wir, in Kooperation mit den Leitungsebenen der relevanten Ämter und Referate entsprechende Informations- und Entscheidungsstrukturen aufzubauen, um dem Auftrag des „Health in All Policies" nachhaltig gerecht zu werden. Wir empfehlen Gesundheit auch in übergreifende Stadtentwicklungsprogramme sowie die raumbezogenen Fachplanungsprozesse (z.B. Lärmaktionsplanung, Grün- und Freiraumplanung) fundiert zu integrieren und sektorübergreifende Zusammenarbeit zu fördern[2]. Die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit ist eine Daueraufgabe, die in der Verwaltung nicht nur personell verankert sein muss, sondern auch mittels systematischer referatsübergreifender Konzeptualisierung. Hierzu ist unseres Erachtens auch eine wissenschaftliche Prozessbegleitung und Unterstützung in Erwägung zu ziehen, wie sie zum Beispiel in Leipzig, Bochum oder im Ortenaukreis beim Aufbau entsprechender Strukturen sehr hilfreich war.[3]*

[2] Eine Fachpublikation mit Handlungsempfehlungen zu „Gesundheit in der Planung" DIFU ist in Bearbeitung, voraussichtl. Erscheinungstermin November 2022

[3] **Leipzig**: Leistner u.a. (2020): Von der Vision zur Wirklichkeit: Etablierung einer Koordinierungsstelle kommunale Gesundheit in Leipzig. In: Böhm u.a. (Hrsg.): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe.
Bochum: Köckler u.a. (2022): Bochum-Wattenscheid Mitte: Integrierte gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung. In: Department of Community Health (Hrsg.): Community Health.
Ortenaukreis: Böttinger (2020): Das Präventionsnetzwerk Ortenaukreis (PNO): Eine kommunal verankerte Strategie der Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen und Schulen. In: Böhm u.a. (Hrsg.): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

3. Nachhaltige Gesundheitsförderung

Die Stadt Nürnberg und ihr Gesundheitsamt machen sich durch Folgeanträge im Rahmen des Förderprogramms *„Gesunde Kommune“* mit der AOK Bayern weiterhin auf den Weg, Ansätze dezentraler Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen voranzutreiben und nachhaltig zu verankern. Gleichwohl sollte auch die Kommune zum jetzigen Zeitpunkt ihren Beitrag leisten und erfolgreiche Elemente solcher nur für einen bestimmten Zeitraum geförderten Projekte zu verstetigen. Aufwändig entwickelte und erfolgreich umgesetzte Angebotskonzepte müssen nachhaltig finanziert werden; sind Menschen erstmal motiviert, ist es wichtig diese auch mit regelmäßigen Angeboten „bei der Stange“ zu halten. Zudem ist es nach außen wenig verständlich, wieso erfolgreich laufende Projekte nach einer gewissen Phase nicht weiterfinanziert werden und teilweise abrupt enden müssen. Die Erfahrung in den Stadtteilen zeigt, dass die Einstellung von Angeboten, die gut und erfolgreich liefen und auf Bedarf im Stadtteil gestoßen sind, bei den Teilnehmenden zu Unverständnis und Enttäuschung führen. Zudem können über solche erfolgreichen Angebote positive Effekte erzielt werden, die dem Ziel der Daseinsvorsorge nachkommen und an anderer Stelle bei der gesundheitlichen Versorgung Kosten einsparen. Neben der Finanzierung von Angeboten ist auch deren Planung, Organisation und Koordination auf lokaler wie übergeordnet strategischer Ebene von entscheidender Bedeutung.

> *Um das Ziel gesundheitlicher Chancengleichheit in der Stadt Nürnberg zu erreichen, empfehlen wir, weiterhin alle Anstrengungen zu unternehmen, hier langfristige Strukturen zu entwickeln, um mit dauerhafter und verlässlicher Personal- und Finanzausstattung Gesundheitsförderung als Querschnitts- und Daueraufgabe auf der lokalen und operativen Ebene wie der übergeordneten strategischen Ebene zu etablieren. Hier gibt es unterschiedlichste Finanzierungsmöglichkeiten, die in Kooperation mit einzelnen oder mehreren Krankenkassen und Sozialversicherungsträgern im Rahmen des Präventionsgesetzes realisierbar sind. Aber immer wird es nötig sein, dass die Kommune relevante eigene Mittel einbringt; nicht nur zur Ausschöpfung, sondern auch zur Eruierung möglicher weiterer Finanzierungsmöglichkeiten.*

Die Stadt Nürnberg blickt auf eine lange Geschichte ambitionierter kommunaler Daseinsvorsorge zurück. Genannt seien hier nur beispielsweise die frühe Öffnung der städtischen Kulturpolitik hin zu einer alltagsnahen soziokulturellen und demokratiefördernden Bildungsarbeit, die etablierte und in regelmäßigen Abständen seit 2007 vom Sozialamt organisierte *Armutskonferenz* oder die Stadtentwicklung im Rahmen der Förderprogramme „Soziale Stadt“ und „Sozialer Zusammenhalt“. Nürnberg kann auch in der Etablierung kommunaler Gesundheitsförderung als einem zentralen und wesentlichen Bestandteil kommunaler Daseinsvorsorge mit gutem Beispiel vorangehen, wenn es gelingt, hier die entsprechenden Voraussetzungen und Strukturen zu schaffen. Mit unseren Empfehlungen möchten wir hierzu beitragen.

Unterzeichner

Ullrich Böttinger	Amtsleitung Soziale und Psychologische Dienste, Leiter Frühe Hilfen und Präventionsnetzwerk Ortenaukreis – PNO Landratsamt Ortenaukreis
Prof. Heike Köckler	HS Gesundheit Bochum
Prof. Ruth Limmer	TH Nürnberg

Berichtsvorlage
Gh/015/2022

Beratung	Datum	Behandlung	Ziel
Gesundheitsausschuss	10.11.2022	öffentlich	Bericht

Betreff:

Neuausrichtung des Corona-Mangements bei Gh - Unterlagen werden nachgereicht -

Berichtsvorlage
Gh/009/2022

Beratung	Datum	Behandlung	Ziel
Gesundheitsausschuss	10.11.2022	öffentlich	Bericht

Betreff:

Medizinische Fachstelle mit Fachstelle Trauma

Anlagen:
Diversity-Check
Sachverhalt
Statistik
Konzept

Bericht:

Es wird ein Überblick über die Aktivitäten der Fachstelle inkl. Statistik für die Jahre 2017-2022 gegeben. Der Schwerpunkt der Aufgaben liegt in der psychosozialen, psychologischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Betreuung der Geflüchteten. Die Versorgung von Flüchtlingen ist aufgrund des anderen kulturellen Hintergrundes, der Sprachproblematik – die Fachstelle arbeitet hier mit speziell geschulten Sprach- und Kulturmittlern - und der oft komplexen Vorgeschichten und Erkrankungen zumeist sehr intensiv und fordernd. Oft kann diesen komplexen Bedarfen der Geflüchteten im Regelsystem zunächst nicht begegnet werden. Psychische Erkrankungen stellen ein erhebliches Hindernis für das Erlernen der Sprache und für die Integration insgesamt dar. Durch eine frühzeitige psychiatrische Abklärung, gefolgt von Psychoedukation und Gesprächen bei der Psychiaterin und/oder der Psychologin der Fachstelle ist oft bereits eine Stabilisierung zu erreichen. Ziel bleibt die Anbindung an das Regelsystem. Durch ein intensives Case Management bei komplexen Fällen in Kooperation z.B. mit der Polizei und den Gewaltschutzkoordinatoren in den GUs sowie eine engmaschige psychiatrische Betreuung leistet die Fachstelle einen wichtigen Beitrag zur Prävention, um auch die schwierigen Fälle aufzufangen.

1. Finanzielle Auswirkungen:

☐ Noch offen, ob finanzielle Auswirkungen

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

(→ *weiter bei 2.*)

☒ Nein (→ *weiter bei 2.*)

☐ Ja

☐ Kosten noch nicht bekannt

☐ Kosten bekannt

Gesamtkosten	€	**Folgekosten**	€ pro Jahr
		☐ dauerhaft	☐ nur für einen begrenzten Zeitraum
davon investiv	€	davon Sachkosten	€ pro Jahr
davon konsumtiv	€	davon Personalkosten	€ pro Jahr

Stehen Haushaltsmittel/Verpflichtungsermächtigungen ausreichend zur Verfügung?
(mit Ref. I/II / Stk - entsprechend der vereinbarten Haushaltsregelungen - abgestimmt, ansonsten Ref. I/II / Stk in Kenntnis gesetzt)

☐ Ja

☐ Nein

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

2a. Auswirkungen auf den Stellenplan:

☒ Nein (→ *weiter bei 3.*)

☐ Ja

☐ Deckung im Rahmen des bestehenden Stellenplans

☐ Auswirkungen auf den Stellenplan im Umfang von Vollkraftstellen (Einbringung und Prüfung im Rahmen des Stellenschaffungsverfahrens)

☐ Siehe gesonderte Darstellung im Sachverhalt

2b. Abstimmung mit DIP ist erfolgt (Nur bei Auswirkungen auf den Stellenplan auszufüllen)

☐ Ja

☐ Nein

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

3. Diversity-Relevanz:

☐ Nein

☒ Ja

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

sh. Anlage

4. Abstimmung mit weiteren Geschäftsbereichen / Dienststellen:

☐ **RA** (verpflichtend bei Satzungen und Verordnungen)

☐

☐

☐

Diversity-Check Stadt Nürnberg

Nr.	Prüffragen	Begründung / Bemerkungen	Bewertung
1.	In welcher Weise wirkt sich **das Vorhaben** nach Einschätzung der Verwaltung auf unterschiedliche Personengruppen aus?	Flüchtlinge, meist aus Syrien, Afghanistan, dem Iran, Irak oder afrikanischen Ländern finden sich im Regelsystem nicht zurecht, werden aufgrund der Sprachbarriere und einem anderen Krankheitsverständnis medizinisch oft nur unzureichend versorgt. Das niedrigschwellige Angebot der kombinierten Fachstelle ermöglicht ihnen auch einen Zugang zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung.	☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant
2.	Auf welchen nach den Diversity-Dimensionen differenzierten Daten, Informationen oder Schätzungen basiert **das Vorhaben?**	Daten der Medizinischen- und Trauma Fachstelle für Flüchtlinge der Stadt Nürnberg von April 2017 bis September 2022	☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant
3.	Kann **das Vorhaben** zur Gleichberechtigung / Gleichstellung und Chancengleichheit beitragen?	Die Fachstelle versorgt Menschen mit besonderen psychosozialen Belastungen (Gewalterfahrungen, prekäre Wohnsituation, von Abschiebung bedroht) und verschafft durch die Vernetzung Zugang zu anderen Hilfsangeboten.	☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant
4.	Welche Auswirkungen auf bestimmte Personengruppen sind mit dem **Einsatz öffentlicher Mittel** zu erwarten?	Kultursensible medizinische, psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit besonderen psychosozialen Belastungsfaktoren.	☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant
Gesamtrelevanz		Chancen zur Integration und Anpassung an die Aufnahmegesellschaft.	☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant

Sachverhaltsdarstellung

Medizinische Fachstelle für Flüchtlinge mit Fachstelle Trauma des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg

A. Entwicklung der Anzahl von Geflüchteten in Nürnberg

Die EU-Asylbehörde hat 2021 einen deutlichen Anstieg an Asylanträgen in der EU verzeichnet. In den Mitgliedsstaaten sind etwa 648.000 Gesuche eingegangen, damit liegt die Zahl um ein Drittel höher als im Jahr 2020.

Die mit Abstand meisten Menschen, die in Deutschland einen Antrag auf Asyl gestellt haben, kamen 2021 aus Syrien, gefolgt von Afghanistan, dem Irak, der Türkei, Georgien und Somalia.

2022 kam es aufgrund des Ukraine Krieges nochmals zu einer Erhöhung der Anzahl an Geflüchteten. Nach Angaben der EU-Asylbehörde haben die EU-Behörden bislang mehr als 3,4 Millionen Geflüchteten aus der Ukraine vorübergehenden Schutz zugesprochen, davon ca. 968.000 in Deutschland.

Zum 30.06.2022 waren 10.453 Geflüchtete in Nürnberg registriert. Im Vergleich zum Jahr 2020 hat sich diese Zahl um ca. das 2,3-fache erhöht.

In den 35 städtischen Gemeinschaftsunterkünften GUs wohnen aktuell 2243, in den 15 staatlichen Gemeinschaftsunterkünften 1434, in den 4 staatlichen Dependancen des Ankerzentrums in Zirndorf 793 und in privaten Wohnungen 5960 Geflüchtete (vornehmlich aus der Ukraine). Derzeit haben die Geflüchteten aus der Ukraine einen Anteil von 63% an allen Geflüchteten in Nürnberg.

Hinzu kommen Stand 30.06.2022 noch 98 unbegleitete minderjährige Asylbewerber umA, die in Einrichtungen der Jugendhilfe wohnen.

Die fünf Hauptherkunftsländer Geflüchteter in der Fachstelle sind 2022 bis dato (06.09.2022) die Ukraine, der Irak, Äthiopien und Syrien. Der Anteil Geflüchteter aus dem Iran und aus anderen afrikanischen Staaten neben Äthiopien ist unter den Patienten vergleichsweise hoch, während der Anteil syrischer Patienten relativ niedrig ist. Als mögliche Gründe hierfür können z.B. angenommen werde, dass syrische Geflüchtete häufig mit ihrer Familie zusammenwohnen und somit ein soziales Netz haben, welches Stabilität vermittelt, andererseits in Bezug auf Frauen aus afrikanischen Ländern eine gute Kooperation von Jadwiga e.V. (Fachberatungsstelle Menschenhandel und Zwangsheirat) mit der Fachstelle besteht und viele Klient*innen an die Fachstelle verwiesen werden. Der sprunghafte Anstieg ukrainischer Geflüchteter zeigt sich unter den neuen Patient*innen noch nicht in dem Maße wie zu erwarten gewesen wäre. Dies kann damit zusammenhängen, dass viele Flüchtlinge erst nach einer Latenzzeit psychische Problematiken entwickeln.

Angesichts der Lage in Afghanistan, in Syrien, des Ukraine Kriegs etc.- ist in den nächsten Jahren nicht mit einer Reduzierung der Fluchtbewegungen in die EU und konsekutiv der Anzahl an Geflüchteten in Nürnberg zu rechnen.

B. Häufigkeit psychischer Störungen bei Geflüchteten in Deutschland und grundsätzliche Zielsetzung der Medizinischen Fachstelle für Flüchtlinge mit Fachstelle Trauma des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist die häufigste psychische Erkrankung infolge von traumatischen Erlebnissen. Eine Übersichtsarbeit von Bozorgmehr et al. aus dem Jahr 2016 analysiert alle Studien, die zwischen 1990 und 2014 die Häufigkeit von PTBS bei Flüchtlingen in Deutschland untersucht haben. Die Metaanalyse nennt als Mindesthäufigkeit in allen Studien eine Prävalenz der PTBS von 16 bis 22%.

Neben PTBS sind vor allem Depressionen, Angststörungen, psychosomatische Erkrankungen und Suchterkrankungen unter Geflüchteten häufig.

Die Prävalenzraten der PTBS liegt bei umA noch höher- eine Übersicht über internationale Studien von Witt et al. (2015) zeigt, dass zwischen 19,5 und 30,4% der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge an einer PTBS erkrankt waren. Die Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen lag zwischen 41,9 und 56%.

Die Universitätsklinik Erlangen, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie (Frau Prof. Yesim Erim), hat im Jahr 2018 eine Screening -Untersuchung mit 200 Flüchtlingen aus Syrien, die nach 2014 nach Deutschland gekommen waren, eine Aufenthaltsgenehmigung haben und Arbeitslosengeld beziehen, durchgeführt. Mehr als 30% zeigten Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung PTBS, einer mittelschweren bis schweren Depression oder einer generalisierten Angststörung.

Gemäß z.B. einer Studie von Nesterko et al. der Universität Leipzig aus dem Jahr 2019 liegt die Prävalenzrate von Posttraumatischen Belastungsstörungen PTBS bei den neu angekommenen Geflüchteten in Deutschland bei circa 35 %. 50% der Teilnehmer an dieser Studie hatten mindestens eine psychische Erkrankung.

Basierend auf epidemiologischen Studien sind gemäß der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. jedes Jahr 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland von einer psychischen Erkrankung betroffen.

Es ist festzustellen, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten nochmals deutlich höher liegt als bei der Allgemeinbevölkerung.

Die in der Fachstelle am häufigsten diagnostizierten Störungen waren dementsprechend den Belastungs- und somatoformen Störungen (z.B. PTBS und Angsterkrankungen) mit 48% sowie den affektiven Störungen (z.B. depressiven Störungen) mit 30% zuzuordnen.

Psychische Erkrankungen stellen ein erhebliches Hindernis für das Erlernen der Sprache und für die Integration insgesamt dar.

Die Versorgung von Flüchtlingen ist aufgrund des anderen kulturellen Hintergrundes, der Sprachproblematik – die Fachstelle arbeitet hier mit speziell geschulten Sprach- und Kulturmittlern - und der oft komplexen Vorgeschichten und Erkrankungen zumeist sehr intensiv und fordernd. Teilweise muss am Anfang einer Therapie zunächst erklärt werden, dass die erlebten Symptome Zeichen einer psychischen Erkrankung sind und was z.B. eine Psychotherapie überhaupt ist. Ziel der Therapie ist unter den gegebenen Umständen - mit oft unsicherem Aufenthaltsstatus- zunächst, eine Stabilisierung zu erreichen und eine Alltagsstruktur zu implementieren. Erst nach einer Stabilisierung kann eine traumaspezifische Therapie erfolgen.

.

C. Kurzer Überblick über die Aufgaben der Medizinischen Fachstelle für Flüchtlinge des Gesundheitsamtes mit Fachstelle Trauma – allgemeinmedizinischer Part

- *Verpflichtende Erstuntersuchungen gemäß § 62 Asylgesetz*
  und kultursensible Erklärung auffälliger Blutergebnisse bzgl. HIV, Hepatitis-B und Tuberkulose, Vermittlung an behandelnde Spezialisten und Anbindung an Institutionen wie die Aidsberatung

- *Erste Untersuchungen von Familiennachzüglern*
  auf freiwilliger Basis, mit dem gleichen Spektrum wie bei den verpflichtenden Erstuntersuchungen

- *Impfungen*
  Das Masernschutzgesetz vom 01.03.2020 gilt auch für die GUs und es muss bei Bewohner*innen ein Masernschutz nachgewiesen (und bei fehlendem Schutz eine Impfung durchgeführt) werden. Auch andere Impfungen gemäß der Empfehlung der ständigen Impfkommission STIKO des Robert-Koch-Institutes RKI bietet die Fachstelle an.

- *Allgemeinärztliche Basisversorgung inkl. Case –Management*
  Asylbewerber, die noch keinen Krankenbehandlungsschein haben, können sich an die Fachstelle wenden - notfalls kann eine notwendige Medikation ausgegeben oder eine Krankenhausbehandlung organisiert werden.

- *Gesundheitliche Beratung von Geflüchteten*
  Es wird eine regelmäßige Sprechstunde angeboten. Asylsuchende haben häufig kultur- und herkunftslandbedingt andere Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit bzw. den Ursachen von Krankheit. Die Fachstelle bietet die gesundheitliche Beratung von Flüchtlingen mit dem Ziel der Weiterleitung in das Regelsystem an. Falls die Klient*innen einen Behandlungsschein des Sozialamtes haben, kann eine allgemeinmedizinische Basisbehandlung in der Fachstelle erfolgen.

- *Screening auf psychische Erkrankungen*
  Dieses wird bei Erstuntersuchungen, ersten Untersuchungen von Familiennachzüglern und gegebenenfalls weiteren Patient*innen durchgeführt, wenn nötig erfolgt eine Weiterleitung an die Fachstelle Trauma. Etwa 20% der umA sowie etwa ein Drittel der neu angekommenen erwachsenen Geflüchteten werden in der Erstuntersuchung als psychiatrisch auffällig eingestuft. Vermutlich ist dies eine Unteridentifikation, da Auffälligkeiten sich häufig erst später im Verlauf (nach der Ankommensphase) zeigen.

- *Nachsorge nach Polizeimeldungen*
  Asylbewerber, die gemäß Psychischkrankenhilfegesetz PsychKHG aufgrund des Vorliegens einer psychischen Erkrankung und einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung bei der Kreisverwaltungsbehörde KVB vorgestellt wurden, werden nachgehend in die Fachstelle eingeladen. Es werden Eigen- oder Fremdgefährdung beurteilt und die Klient*innen an soziale oder medizinische Hilfsangebote, gegebenenfalls auch an die Fachstelle Trauma, angebunden. Dies stellt einen wichtigen Beitrag zur Integration und zur Minimierung der Risiken für Selbst- oder Fremdgefährdung dar.

Sondersituation Ukraine Krise:

- *Die medizinische Versorgung für die Kriegsflüchtlinge aus der Ukraine in Notunterkünften*
  wurde durch Gh organisiert, unterstützt durch die von einem niedergelassenen Allgemeinmediziner koordinierten ehrenamtlichen Ärzt*innen. Durch die Fachstelle ist der rasche Aufbau einer Gesundheitsversorgung in weiteren derartigen Krisensituationen möglich.

- *Screening gemäß Infektionsschutzgesetzes IFSG*
  Die in Nürnberg ankommenden ukrainischen Kriegsflüchtlinge, die in Gemeinschaftsunterkünften wohnen, werden bzgl. TBC gescreent. Seit März 2022 wurden durch die Fachstelle in Zusammenarbeit mit dem Klinikum und der TBC Beratung/Gh insgesamt ca. 660 TBC Untersuchungen bei ukrainischen Flüchtlingen organisiert und durchgeführt.

D. Überblick über die Aufgaben der Medizinischen Fachstelle für Flüchtlinge des Gesundheitsamtes mit Fachstelle Trauma – psychiatrischer Part

- *Fachärztliche Exploration durch die Psychiater*innen der Fachstelle*
  Hier findet eine Kooperation mit einer externen Kinder-und Jugendpsychiaterin sowie einem externen forensischen Psychiater auf Honorarbasis (Rahmenvertrag) statt, bei Bedarf werden Sprachmittler hinzugezogen.

- *Psychiatrische Diagnostik und Empfehlungen hinsichtlich medikamentöser Therapie und Psychotherapie durch die Psychiater*innen der Fachstelle*
  Hierbei werden soweit möglich die Klient*innen an das Regelsystem, zumindest aber für die Übernahme der Verschreibung von Medikamenten sowie Laborkontrollen, weitergeleitet.

- *Psychoedukation und stützende Gespräche bei der Psychiaterin und/oder der Psychologin der Fachstelle*
  Durch eine frühzeitige psychiatrische Abklärung, gefolgt von Psychoedukation und Gesprächen bei der Psychiaterin und/oder **neu** der Psychologin der Fachstelle (anstelle einer psychiatrischen Kraft wurde eine Psychologin/Psychotherapeutin eingestellt) ist oft bereits eine Stabilisierung zu erreichen.

- *Durchführung von Einzelpsychotherapie*
  In Fällen, in denen niederschwellige Gespräche nicht ausreichend sind und aufgrund der Persönlichkeit und der äußeren Gegebenheiten eine Psychotherapie nicht nur indiziert, sondern auch möglich erscheint, wird durch externe approbierte Psychotherapeuten, in Ausbildung zum Psychotherapeuten befindliche Psychologen - hier bestehen Kooperationen mit den Ausbildungsinstituten DGVT Erlangen sowie dem IVS in Fürth - und Pädagogen sowie die Psychologin der Fachstelle eine Psychotherapie durchgeführt. Aktuell laufen 35 Psychotherapien, davon 15 mit Sprachmittler.

Insgesamt wurden im Jahr 2022 bis dato 203 Therapiegespräche (Psychiaterin, Psychologin, Psychotherapeut*innen) durchgeführt.
Beim Großteil der Patienten in Psychotherapie konnte eine (leichte bis sehr starke) Verbesserung der Symptomatik gemäß einer standardisierten klinischen Bewertung. festgestellt werden (79.5%).
Der vergleichsweise hohe Anteil an Behandlungsabbrüchen (42%) spiegelt die instabile Lebenssituation der Patient*innen wider (u.a. Umzüge und aufenthaltsrechtliche Probleme).

- *Sozialmedizinisches Case Management bei komplexen Fällen*
  wird in Kooperation z.B. mit der Polizei, den Gewaltschutzkoordinatoren in den GUs, den Kliniken, den Sozialarbeiter*innen und Betreuer*innen, den Schulpsycholog*innen sowie Einrichtungen zur Einleitung sozialtherapeutischer Maßnahmen und Helferkreisen durchgeführt.

Hier leistet die Fachstelle einen wichtigen Beitrag zur Prävention, um auch die schwierigen Fälle aufzufangen. Die Patient*innen werden engmaschig psychiatrisch betreut.

- *Differenzierte Diagnostik und testdiagnostische Dokumentation von psychischen Erkrankungen und Erstellung der entsprechenden fachärztlichen qualifizierten Atteste für das Asylverfahren.*

Neu wurden in den letzten beiden Jahren v.a. niederschwellige Angebote geschaffen, wie z.B.

- *Aufsuchende niederschwellige Psychoedukation*
  bezgl. Trauma in den GUs und bei Organisationen wie dem Internationalen Frauencafé

- *Durchführung von niederschwelligen stabilisierenden Gruppentherapien*
  Seit Ende des Jahres 2021 wird eine sprachreduzierte stabilisierende Gruppe für Frauen, die im Heimatland sowie auf dem Fluchtweg Traumata erlebt haben, angeboten. Stabilisierungsgruppen werden z.T. wissenschaftlich durch die Evangelische Hochschule begleitet.

Sondersituation Ukraine Krise:

- *Aufsuchende Arbeit und „Erste Hilfe" vor Ort*
  Die Psychiaterin und die Psychologin bieten den ukrainischen Kriegsflüchtlingen Sprechstunden direkt in den Unterkünften und bei Einrichtungen wie dem Internationalen Frauencafé an. Wie man mit den Flashbacks, den Alpträumen und den Angstzuständen umgehen kann, sind die vorrangigen Themen, die behandelt werden. Einzelsprechstunden sowie die psychiatrisch- pharmakologische Versorgung werden den Geflüchteten dann in der Fachstelle angeboten.

E. Netzwerkbildung

Eng eingebunden ist die Fachstelle im Netzwerk all der Organisationen und Institutionen, die Angebote für Geflüchteten haben. Regelmäßige Netzwerktreffen, durch die Fachstelle organisiert, ermöglichen eine enge und effektive Zusammenarbeit. Zu den Netzwerkpartnern gehören z.B.

- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Nürnberg
- Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter des Klinikums Nürnberg
- Mutter-Kind-Klinik des Klinikums Nürnberg
- Kinder- und Jugendabteilung für Psychische Gesundheit des Universitätsklinikums Erlangen, Klinik für Psychiatrie der Unikliniken Erlangen
- Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung der Universitätskliniken Erlangen
- Sozialdienste der GUs
- Gewaltschutzkoordinator*innen der Regierung von Mittelfranken
- Fliederlich e.V. (Queeres Zentrum Nürnberg)
- Imedana e.V. (Internationales Frauencafe)
- Jadwiga e.V. (Fachberatungsstelle für Opfer von Frauenhandel)
- Mudra e.V. (Alternative Jugend- und Drogenhilfe)
- pro familia e.V
- Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge der Rummelsberger Diakonie
- Schlupfwinkel e.V. (Kinder-, Jugend- und Familienhilfe)
- Schulpsychologischer Dienst der Stadt Nürnberg
- Selbsthilfekontaktstellen Kiss Mittelfranken e.V.
- Straßenambulanz Franz von Assisi Caritas Nürnberg
- TraumaHilfeZentrum (THZ) Nürnberg e.V.
- Verein Frauennotruf Nürnberg e.V.
- We Integrate e.V. (Träger von Integrationsprojekten)
- Zentrale Anlaufstelle für Migration der Stadt Nürnberg Ref V

F. Geplante fachliche Weiterentwicklung der Fachstelle

- *Ausweitung des Netzwerks mit niedergelassenen Psychiatern, Psychologen, Psychotherapeuten sowie psychiatrischen Institutsambulanzen der Kliniken,* um die Anbindung an das Regelsystem zu verstärken

- *Ergänzung der bestehenden Versorgung durch verstärkte aufsuchende medizinische sowie psychiatrisch/psychologische Präventionsarbeit, auch für die Geflüchteten, die nicht mehr in GUs wohnen*
  Z.B. gesundheitsfördernde Maßnahmen, Behandlung der Themen Frauengesundheit, Stressbewältigung, spezielle Angebote für Kinder von psychisch kranken Eltern in Zusammenarbeit mit der Koordinierenden Kinderschutzstelle KoKi.

G. Personelle Ausstattung der Fachstelle

Die aktuelle personelle Besetzung liegt bei:

- 0,8 VK Stellen Psychiaterin/Teamleitung
- 0,8 VK Stellen Psychologin
- 0,5 Ärztin/Allgemeinmedizinerin (Gynäkologin)
- 3 VK Stellen medizinische Fachangestellte MFA
- 2,0 VK Stellen Verwaltung

Davon sind seit Bestehen der Fachstelle 2014 lediglich 1,0 VK Stellen Psychiaterin/Psychologin sowie 0,6 VK Stellen MFA unbefristet, die anderen Stellen haben eine Befristung bis 12/2023.

Dazu kommen je ein/e

- Kinder- und Jugendpsychiaterin
- Psychiater mit forensischer Erfahrung

mit Honorarrahmenvertrag sowie

- 7 externe Psychotherapeut*innen, siehe oben.

Die Kosten Jahr 2021 wurden Kosten für Sprachmittler (v.a. Farsi und Arabisch) von insgesamt 36.345,52 Euro notwendig. Diese fielen v.a. im Rahmen der 476 therapeutischen Sitzungen -mit einem Schwerpunkt bei 39 intensiver zu betreuenden psychiatrischen Patient*innen –, aber auch der 1093 Patientenkontakte in der medizinischen Fachstelle an.

H. Zusammenfassung und Ausblick

Die Ergebnisse aktueller wissenschaftlichen Studien bestätigen erneut die dringende Notwendigkeit, sowohl psychische Probleme bei Geflüchteten früh zu erkennen als auch angemessene Angebote vorzuhalten. Psychische Erkrankungen stellen ein erhebliches Hindernis für die Integration dar. Die Versorgung von Flüchtlingen ist zumeist sehr intensiv und zeitliche Ressourcen fordernd und kann oft (zunächst) nicht vom Regelsystem geleistet werden.

Das Konzept der Medizinischen Fachstelle für Flüchtlinge des Gesundheitsamtes mit Fachstelle Trauma hat sich bewährt, die Fachstelle wird unvermindert in hohem Maße in Anspruch genommen.

Durch eine frühzeitige psychiatrische Abklärung, gefolgt von Psychoedukation und Gesprächen bei der Psychiaterin und/oder der Psychologin der Fachstelle, ist oft bereits eine Stabilisierung zu erreichen.

Bei Psychotherapien lässt sich eine hohe Quote an Verbesserungen dokumentieren.

Durch ein intensives sozialmedizinisches Case Management bei komplexen Fällen in Kooperation z.B. mit den Kliniken, den Gewaltschutzkoordinatoren der GUs, der Polizei und

weiteren, sowie durch eine intensive psychiatrische Begleitung, leistet die Fachstelle einen wichtigen Beitrag zur Prävention, um auch die schwierigen Fälle aufzufangen.

Ein grundsätzliches, drängendes Problem ist nach wie vor, die Menschen mit Fluchtmigrationshintergrund zu erreichen, die erhebliche psychische Probleme haben, sich auch deswegen nicht adäquat integrieren können, jedoch nicht (mehr) an Sozialdienste angebunden sind und somit nicht von Dritten vermittelt werden. Für diese Gruppe werden aufsuchende Maßnahmen geplant. Die Kontaktmöglichkeiten (u.a. Schulpsychologen, Jobcenter, Vereine) werden aktuell recherchiert.

Da auch in der überblickbaren Zukunft eher mit einer Erhöhung der Anzahl an Geflüchteten in Nürnberg zu rechnen ist, erscheint aus fachlicher Sicht eine Verstetigung der Fachstelle (Entfristung der Stellen) dringend geboten.

27.09.2022/Gh

Statistik Medizinische Fachstelle für Flüchtlinge mit Fachstelle Trauma des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg

2022_09_27/Gh

Statistik Fachstelle Trauma 2017-2022

Ergebnisse des psychiatrischen Screenings von UMA (Prozentual)

Jahr	Auffällig	nicht auffällig	Summe
2017	*	*	*
2018	*	*	*
2019	20	80	100
2020	41	59	100
2021	59	41	100
2022	47	53	100

- UMA stellen eine besonders vulnerable Gruppe mit erhöhtem Risiko psychischer Erkrankungen dar. Etwa die Hälfte aller UMA (+/-) wurden im Erstscreening als psychiatrisch auffällig eingestuft. Vermutlich ist dies noch eine Unteridentifikation, da Auffälligkeiten sich häufig erst später im Verlauf (nach der Ankommensphase) zeigen können, und UMA kein familiäres Bezugssystem haben.

Ergebnisse des psychiatrischen Screenings von Erwachsenen (Prozentual)

Jahr	Auffällig	nicht auffällig	Summe
2017	27	73	100
2018	28	72	100
2019	30	70	100
2020	25	75	100
2021	33	67	100
2022	25	75	100

- Etwa ein Drittel der neu angekommenen Geflüchteten wurden in der Erstuntersuchung als psychiatrisch auffällig eingestuft. Vermutlich ist dies noch eine Unteridentifikation, da Auffälligkeiten sich häufig erst später im Verlauf (nach der Ankommensphase) zeigen können, oder Betroffene aufgrund von Scham und Stigma nicht darüber sprechen können.

Anzahl der Patientenkontakte

Jahr	Anzahl der Pat.	EV	Anzahl der PK
2017	*	*	*
2018	*	*	*
2019	194	194	460
2020	276	235	1411
2021	262	98	1093
2022	194	61	480

- Anstieg der PK vor allem 2020 aufgrund der Coronakrise (Wegfall anderer Einrichtungen) und im Zuge der Impfungen (Auffälligkeiten weitervermittelt). 2021 wiederkehrende Probleme mit Quarantänen gesamter GUs und UMA-Wohngruppen.
- Kumulierte Anzahl der Anmeldungen: 903 (vom 2017 bis 06.22)

Geschlecht (Prozentual)

Jahr	Weiblich	Männlich	Summe
2017	29	71	100
2018	38	62	100
2019	37	63	100
2020	41	59	100
2021	46	54	100
2022	49	51	100

- Zunehmender Anteil weiblicher Geflüchteter, v.a. Betroffene von geschlechtsspezifischer Gewalt (FGM, Zwangsverheiratung, Verfolgung durch Familie) und Kriegsgeflüchtete (Ukraine).

Wohnform (Prozentual)

Jahr	GU	WG	Private Wohnung	Frauenhaus	Kirchenasyl	Ohne Angaben	Summe
2017	**49**	23	20	2	1	5	100
2018	**65**	14	14	3	0	4	100
2019	**64**	15	1	0.5	0.5	4	100
2020	**75**	10	13	1	0	1	100
2021	**65**	5	14	13	2	1	100
2022	**59**	19	15	3	0	4	100

- Vergleichsweise wenig private Wohnsitznahme mangels Erlaubnis (noch im Asyl- oder Klageverfahren), bei Erlaubnis jedoch auch mangels konkreter Auszugsmöglichkeit. Das Leben in einer Gemeinschaftsunterkunft stellt einen erheblichen Stressfaktor dar (mangelnder Rückzugsraum, Konflikte, Bedrohungsgefühl insbesondere bei Minderheiten / allein reisenden Frauen).

Dauer des Aufenthalts (Prozentual)

Jahr	unter 15 Monate	über/gleich 15-30 Monate	über/gleich 3 Jahre	Summe
2017	12	52	36	100
2018	10	45	45	100
2019	6	10	84	100
2020	25	6	69	100
2021	7	17	76	100
2022	24	3	73	100

- Zunahme des Anteils Geflüchteter, die bereits mehrere Jahre im Land sind aufgrund weniger neu ankommender Geflüchteter (u.a. während der Coronakrise), seit 2022 wieder Zunahme neu angekommener Patienten.

Familienstand (Prozentual)

Jahr	ledig	verheiratet/ Lebenspartnerschaft	getrennt lebend	verwitwet	geschieden	Summe
2017	80	13	5	2	0	100
2018	68	9	4	14	5	100
2019	62	28	4	3	3	100
2020	62	27	5	2	4	100
2021	51	29	11	6	3	100
2022	60	29	4	3	4	100

Altersgruppe (Prozentual)

Jahr	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	o.A	Summe
2017	2	10	30	35	15	5	3	0	0	0	0	100
2018	1	9	31	32	23	2	2	0	0	0	0	100
2019	2	15	37	23	16	6	0	0	0	0	1	100
2020	2	12	33	28	15	8	1	0	0	0	1	100
2021	4	17	24	27	17	7	3	1	0	0	0	100
2022	7	18	25	27	18	4	1	0	0	0	0	100

- Entspricht im Wesentlichen der Altersstruktur ankommender Geflüchteter.

- Mehrheitlich erwachsene Patienten, Kinder und Jugendliche werden eher im Regelsystem angebunden und/oder psychische Erkrankungen werden weniger von Sozialdiensten in GUs (Hauptübermittler) identifiziert.

Herkunftsländer (Prozentual)

Land	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Iran	26	27	28	24	22	19
Irak	18	16	19	20	19	14
Afghanistan	21	17	8	13	14	16
Syrien	13	16	10	9	9	8
Ehemalige GUS (Aserbaidschan, Armenien, Georgien, Tschetschenien, Kasachstan, Russland, Ukraine)	8	9	10	12	12	16
Afrikanische Staaten (Äthiopien, Somalia, Eritrea, Nigeria, Guinea, Mauretanien, Gambia, Kamerun)	8	10	23	20	21	19
Weitere (Libyen, Indien, Marokko, Türkei, Pakistan)	6	5	2	2	3	8
Summe	100	100	100	100	100	100

- Die fünf Hauptherkunftsländer Geflüchteter in der Fachstelle 2022 sind: Ukraine, Irak, Äthiopien, „ungeklärte“/sonstige und Syrien. Es fällt auf, dass der Anteil Geflüchteter aus dem Iran und aus anderen afrikanischen Staaten neben Äthiopien unter den Patienten vergleichsweise hoch ist, während der Anteil syrischer Patienten niedrig ist. Auch zeigt sich der sprunghafte Anstieg ukrainischer Geflüchteter noch nicht in dem Maße unter den neuen Patienten der Fachstelle Trauma.
- Insgesamt zeigt sich ein leichter Rückgang des Anteils Geflüchteter aus dem Iran und Irak, und ein gleichbleibend höherer Anteil Geflüchteter aus afrikanischen Staaten. Nach anfänglichem Rückgang gibt es nun wieder einen Anstieg Geflüchteter aus Afghanistan sowie einen Anstieg Geflüchteter aus den GUS. Dies deckt sich mit politischen Entwicklungen (Angriff auf die Ukraine, Machtübernahme durch die Taliban in Afghanistan).
- Anzumerken ist, dass ein psychischer Belastungsfaktor der ungeklärte Aufenthaltsstatus oder die drohende Abschiebung ist, was sich auch in den Herkunftsländern der Patienten zeigt.

Patienten nach Muttersprache (Prozentual)

Sprache	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Persisch/Dari	47	43	45	36	35	28
Arabisch	31	31	29	26	24	23
Kurdisch	4	4	5	11	10	12
Russisch	8	9	10	4	6	10
Türkisch	0	1	1	3	5	6
Amharisch	2	3	3	7	8	9
Englisch	3	4	1	2	4	1
Oromo	1	2	4	7	3	6
Französisch	1	0	0	1	3	0
Somali	2	2	2	2	1	4
Andere	1	1	0	1	1	1
Summe	100	100	100	100	100	100

Übermittlung an Trauma FS (Prozentual)

Übermittlung an FS Trauma	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Sozialpädagogen GUS	45	41	36,5	34	31	35
Med. Fachstelle Ärzte	27	28	30	25	35	25
Jadwiga e.V.	7	8	11	8	8	9
Ehrenamtliche Betreuer	5	4	3	3	3	5
Psychologen	1	2	5	1	0	1
Selbst angemeldet (Patienten)	9	10	9	12	11	12
Sozialamt	2	3	0	1	0	0
Vormund	2	3	2	1	1	1
*Sonstiges	2	1	3,5	15	11	12
Summe	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

*Sonstiges = Schulpsychologen, Frauenhaus, Jugendamt, Hausarzt, Gesetzliche Betreuer, Krisendienst Mfr., KNN, Polizei, Psychiater, Mudra, Gh- intern, Sozialpädagogische Familienhilfe, SPFH, Frühe Hilfen/KoKi, Asylsozialberatung,

THZ, Jugendsozialarbeit, Psychosoziale Prozessbegleitung, Erziehungsbeistand, ambulante Erziehungshilfen, Stadtmission

- Die Mehrheit der Patienten wurde entweder durch Sozialpädagogen übermittelt oder direkt im Screening identifiziert. Jedoch gibt es auch immer wieder Patienten, die von anderen Patienten davon erfahren und sich selbst anmelden, oder von externen Organisationen übermittelt werden.

Hauptdiagnose – Diagnosengruppe (Prozentual)

Diagnosengruppe	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
F 00	0	0	0	0	0	0
F 10 (Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen)	5	4	5	5	5	6
F 20 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen)	3	4	4	2	2	3
F 30 (Affektive Störungen)	**27**	**28**	**29**	**40**	**32**	**30**
F 40 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen)	**31**	**42**	**52**	**41**	**47**	**48**
F 50 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren)	4	5	4	5	8	6
F 60 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen)	4	4	4	4	2	2
F 70 (Intelligenzsstörung)	0	0	0	0,5	1	1
F 80 (Entwicklungsstörung)	0	0	1	0,5	1	1
F 90 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend)	2	2	1	1	1	2
Hauptdiagnose noch nicht bekannt	24	11	0	1	1	1
Summe	100	100	100	100	100	100
Doppeldiagnosen (psychische Erkrankung + Suchterkrankung)	10	9	11	23	13	7

- Belastungs- und somatoforme Störungen (darunter die posttraumatische Belastungsstörung) stellen mit Abstand die häufigste Diagnose dar, und haben einen deutlichen Ereignisbezug zum Erlebten.

Psychotherapeuten (Prozentual)

Psychotherapeuten (PTs)	**2017 - 2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Aktive PTs	19	6	6	7
Davon extern	5	0	0	1
Davon Kinder – und Jugendpsychotherapeuten KJP	5	1	1	0
Davon Psychologen	3	1	1	1
Davon Erwachsenentherapeuten	10	5	5	7
Von Ausbildungsinstituten	6	1	1	2
HP	0	1	1	1

- Kooperation mit zwei Ausbildungsinstituten (IVS und DGVT), sofern Supervision sichergestellt werden kann.

Einzel- Psychotherapien

Therapien	**2017/18/19**	**2020**	**2021**	**2022**
Laufende	42	21	36	35
Abgeschlossene	58	0	14	3
Davon mit Dolmetscher	8	3	16	17
Aktuelle Warteliste	39	~20	NV	~5
Davon mit Dolmetscher	35 (davon 28 mit Kostenträger AOK)	NV	16	15
Gesamt durchgeführte Psychotherapien	106 (davon 6 extern)	24	50 (davon 7 extern)	38 (davon 3 extern)

- Deutliche Reduktion der Wartezeiten für Psychotherapien und Ausbau des gesprächstherapeutischen Angebots durch die Psychologenstelle (ab 2021 zunächst 50% dann 80% Teilzeit).
- Wiederkehrende Wartezeiten vor allem im Kinder- und Jugendbereich; speziell im Kinderbereich viel externe Vermittlung.
- Wieder ansteigender Dolmetscherbedarf aufgrund des größeren Anteils neu ankommender Geflüchteter ohne Zweitsprache Englisch/Französisch oder Muttersprache Arabisch.

Stabilisierungsgruppen

Therapien	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Anzahl der Gruppendurchläufe (à 10-15 Sitzungen)	2	0	1	2
Anzahl der Teilnehmerinnen	14	0	5-8 (offen)	19

Anzahl der Therapiesitzungen im Haus (intern)

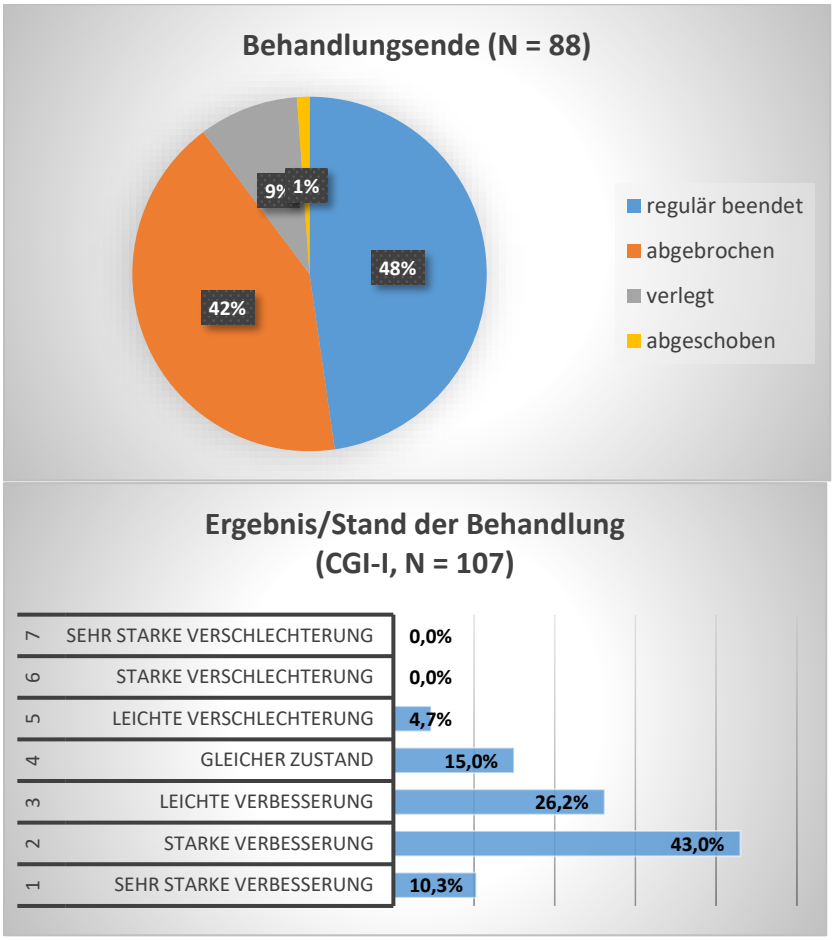
Name	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Interne Einzelsitzungen	33	95	254	160	476	203

- Reduktion der Psychotherapiesitzungen während der Coronakrise und Ausfall einiger Psychotherapeuten. Zunahme ab 2021 durch Psychologenstelle, s.o.

Anzahl der erstellten fachärztlichen qualifizierten Atteste

	2017	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Fachärztliche Qualifizierte Atteste	4	8	15	26	26	17

Behandlungsergebnisse der Psychotherapien



- Insgesamt beim Großteil der Patienten eine leichte bis sehr starke Verbesserung der Symptomatik durch Psychotherapie nach einer standardisierten klinischen Bewertung.
- Vergleichsweise hoher Anteil an Behandlungsabbrüchen (42%), der die instabile Lebenssituation unserer Patienten widerspiegelt, u.a. Umzüge und aufenthaltsrechtliche Probleme.

Statistik Medizinische Fachstelle 2017-2022

Jahr	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Anzahl der ***Erstuntersuchungen*** (körperliche Untersuchung + psychiatrische Screening + Impfung)	**0**	**0**	**28**	**24**	**55**	**20**
Anzahl der ***Familiennachzügler*** (körperliche Untersuchung + psychiatrische Screening + Impfung)	**410**	**206**	**109**	**37**	**20**	**9**
Anzahl der ***Sprechstunden und Beratungen und Nachimpfungen***	**1579**	**1468**	**1386**	**469**	**303**	**159**
Anzahl der ***Screenings*** in der Clearingstelle ***(UMA)***	**16**	**46**	**22**	**8**	**16**	**3**
Anzahl der Patienten-Kontakte in der Fachstelle (Sprechstunde, Beratung, Impfung)	**1302**	**1720**	**1545**	**538**	**303**	**191**
Anzahl der Patienten-Kontakte außerhalb der Fachstelle (EU, Sprechstunde, Impfung)	**1180**	**440**	**1073**	**571**	**1200**	
Anzahl der Patienten-Kontakte innerhalb und außerhalb der Fachstelle	**2482**	**2160**	**2618**	**1109**	**1503**	
Anzahl der Patienten in der Fachstelle mit Krankenschein vom Sozialamt	**84**	**76**	**183**	**134**	**176**	**104**

MMR Impfung - städtische Unterkünfte

Nr.	Unterkünfte	*Anzahl der MMR Verpflichteten	davon geimpfte		geimpfte (prozentual)	**Anzahl der Impf.Stoffe	***Anzahl der Einladungen
			zweimal geimpfte	einmal geimpfte			
1	Münchenerstr.330	116	37	13	43,0	119	254
2	Eilgutstr.7	111	40	10	45,0	98	318
3	Vogelweiherstr.30	93	51	0	54,8	92	192
4	Tassilostr.21	91	38	0	41,8	63	153
5	Regensburgerstr.79	49	18	3	43,0	43	91
6	Isarstr.12	37	14	2	43,0	29	71
7	Bierweg.71	25	8	5	52,0	24	55
8	Reichelsdorfer Hauptstr.175	22	14	0	63,6	0	33
9	FindelwiesenStr	19	1	2	5,3	5	18
10	Schnieglinger Str. 321	15	2	0	13,3	2	15

* Alle Bewohnern*innen, die ab 1970 geboren sind, und Kinder ab 6 Jahre alt!

**Die Mehrzahl der Patienten bekommen Kombinationsimpfstoffe d.h. TdaP-IPV, MMR, Varizellen

**Anzahl der erbrachten Leistungen von uns z.B. Einladungen, Terminierungen

Anzahl der Impfungen

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Anzahl der Einladungen	keine Daten	806	1073	505	1200	30
Geimpfte Personen	keine Daten	643	358	260	258	18
Angewendete Impfstoffe	2481	1110	947	364	475	35

TBC Untersuchungen der ukrainischen Flüchtlinge seit März 2022

Unterkünfte:	Anzahl der Bewohner	Rö. Verpflichtet	davon erledigt	QF verpflichtet	davon erledigt	Kinder unter 10 Jahre
Fürtherstr.338	56	45	39	8	5	3
Harsdörfferstr. 30	27	24	13	0	0	3
Holzschuherstr. 42	41	31	26	6	6	4
Köhnstr. 51, 90478	29	24	19	1	1	4
Lichtenfelser Str. 1	31	21	20	4	3	6
Münchenerstr.330	134	84	77	19	16	21
Regensburgerstr.79	23	16	11	3	1	4
Tassilostr.21	132	91	77	20	17	21
Vogelweiherstr.30	48	34	29	7	6	7
Wirthstr.16-18	37	20	15	6	5	11
Worzeldorfer Hauptstr. 15m	18	10	8	3	3	5
Beuthenerstr.37-39	244	154	135	34	31	55
Summe	820	554	469	111	94	144

Insgesamt fanden für TBC Untersuchungen 36 Termine (Tage) in den Unterkünften oder in der medizinischen Fachstelle statt. Bei allen Terminen waren mindestens zwei MFAs und mindestens eine Verwaltungskraft tätig. Die Arbeitsstunden belaufen sich auf 576 Stunden.

Anzahl der Sprechstunden in den Notunterkünften:

- BBS: 187
- Herriedener Strasse/Messe: 287

Insgesamt: *474 Patienten Kontakte haben stattgefunden*- davon wurden 69 weiter übermittelt.

Anzahl der MMR Impfungen Termine in der medizinischen Fachstelle: 25 Personen wurden auf eigenen Wunsch eingeladen, davon wurden 15 geimpft.

Ö 4

Konzept
Medizinische Fachstelle für Flüchtlinge mit Fachstelle Trauma

(Gh/Medizinische Dienste – Asyl)

Dr. Günther (Leitung des Gh)

Frau Stangenberg (Bereichsleitung)

Tip Dr. (Istanbul Univ) Kirmizi-Alsan (Teamleitung)

Dr. Leuthold

Dr. Böhm

Frau Gräder-Depardon

Frau Alimadadi

Unser MFA-Team: Frau Swoboda, Frau Celik, Frau Siner, Frau Lacovara

Gesundheitsamt Nürnberg

Burgstr. 4

90403 Nürnberg

Nürnberg, 08.07.2022

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung 3
1. Aufgabenspektrum der medizinischen Dienste - Asyl 4
1.1 Die Aufgaben der medizinischen Fachstelle 4
1.2 Die Aufgaben der Fachstelle Trauma 9
1.3 Organisatorische Zuordnung 13
1.4 Rechtliche Grundlagen 13
2. Versorgungsmodelle 14
2.1 Psychotherapeutische Arbeit 15
2.2 Sozialpsychiatrische Arbeit 17
2.3 Spezieller Einsatz für die ukrainischen Kriegsflüchtlinge 19
3. Netzwerk 20
4. Bedarfsgrundlage 21
4.1 Aktuelle Situation in Nürnberg 21
4.2 Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten 23
5. Zukunftsperspektiven 24
5.1 Organisationsentwicklung 24
5.2 Künftiges Aufgabenspektrum 25
5.3 Personeller Bedarf für die Weiterführung der Fachstelle **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
5.4 Möglichkeiten der Finanzierung von Leistungen der Fachstelle 27
6. Zusammenfassung und Ausblick 28
Anhang 1: Statistik 29
Anhang 2: Psychologisches und psychotherapeutisches Konzept 42
1. Einschätzung des Behandlungsbedarfs 42
2. Psychologische und psychotherapeutische Versorgungsmöglichkeiten 43
3. Indikationsstellung 45

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

Zusammenfassung

Mit der Medizinischen- und Trauma Fachstelle hat die Stadt Nürnberg als Stadt der Menschenrechte ein Leuchtturmprojekt aufgebaut, das sich inzwischen als Anlaufstelle für Geflüchtete etabliert hat. Neben der medizinischen Versorgung bietet die Fachstelle den oft schwer traumatisierten Menschen psychiatrische, psychologische und psychotherapeutische Versorgung sowie niedrigschwellige Stabilisierungsgruppen an. Klar definiert sind hier die beiden wichtigsten Aufgaben: **Integration** und **Prävention**.

Aus der Pflichtaufgabe des Gesundheitsamtes, bei allen in der Stadt ankommenden Flüchtlingen eine Erstuntersuchung durchzuführen, entwickelte sich bereits Ende 2014 die Medizinische Fachstelle mit einem niederschwelligen Angebot der medizinischen Versorgung. Ein interkulturelles Team übernahm hier das Case Management und die Überleitung in das Regelsystem. Die Fachstelle mit ihrem multikulturellen Team war und ist wichtige Anlaufstelle für all diejenigen, die aufgrund der unterschiedlichen Barrieren im Regelsystem nicht wirklich versorgt werden können, die aufgrund des kulturell anders geprägten Bildes von Krankheit ihr Leiden nicht wirklich kommunizieren können.

Ein bei der Erstuntersuchung durchgeführtes psychiatrisches Screening belegt die bereits in verschiedenen Studien festgestellte hohe Zahl an traumatisierten Flüchtlingen, denen nur wenige therapeutische Angebote offenstehen. Um diese Lücke zu schließen wurde die medizinische Fachstelle im April 2017 um die Fachstelle Trauma erweitert. Wie wichtig dieses Angebot ist, belegen die aktuellen Zahlen: Allein in diesem Jahr wurde etwa die Hälfte der bei der Erstuntersuchung psychiatrisch gescreenten unbegleiteten Minderjährigen und ein Drittel der Erwachsenen an die Fachstelle Trauma weitergeleitet.

Viele Geflüchteten hatten bereits im Heimatland oder während der oft monatelang dauernden Flucht Schreckliches erlebt. Breit ist auch das Spektrum der psychischen Erkrankungen und viele der Patienten sind suizidgefährdet. Wenn der Krieg im Kopf aber weitergeht, die traumatischen Erlebnisse in Alpträumen immer wieder erlebt werden, ist eine Integration in die Aufnahmegesellschaft unmöglich.

In enger Zusammenarbeit mit der Polizei, den Gewaltschutzkoordinatoren in den Unterkünften, den Kliniken, den Sozialarbeitern und Betreuern sowie den Schulpsychologen leistet die Fachstelle einen wichtigen Beitrag zur Gewaltprävention. Eine Psychologin mit internationaler Erfahrung in der Intervention mit von Gewalt betroffenen Menschen, ein Psychiater mit Erfahrungen im forensischen Bereich sowie eine erfahrene Kinder- und Jugendpsychiaterin sind hier wichtige Ansprechpartner nicht nur für die Patient*innen. Klares Ziel dieser intensiven Zusammenarbeit ist die Vermeidung aggressiver Übergriffe und das Auffangen suizidaler Patienten, die sonst in regelmäßigen Abständen in der Klinik landen. Gerade dieser Bereich der Präventionsarbeit hat in den letzten Jahren in der Fachstelle deutlich an Bedeutung gewonnen.

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

Die Bilanz der Fachstelle kann sich sehen lassen:

Zwischen 2017 und 2022 wurden mehr als 10.000 Patientenkontakte in der medizinischen Fachstelle registriert, 5412 Impfstoffe verimpft. In der Fachstelle Trauma wurden in dieser Zeit knapp 1000 Flüchtlinge psychiatrisch/psychologisch/psychotherapeutisch betreut, 3444 Patientenkontakte wurden dokumentiert.

1. Aufgabenspektrum der medizinischen Dienste - Asyl

Laut Informationen des Referats für Jugend, Familie und Soziales zum Datenstand 30.06.2022 sind 10.453 Geflüchtete in Nürnberg registriert. Die Medizinischen Dienste Asyl kümmern sich um deren körperliche und psychische Gesundheit, übernimmt die Kontrolle vor ansteckenden Erkrankungen und „korrigiert“ die gesundheitlichen Folgen der misslungenen Integration in das reguläre Gesundheitssystem.

Medizinische Dienste Asyl besteht aus **2 Säulen**:

- die **medizinische Fachstelle**
- die **Fachstelle Trauma**

1.1 Die Aufgaben der medizinischen Fachstelle

In der Fachstelle kann eine Erstuntersuchung besonders kultursensibel durchgeführt werden, da das Team multikulturell besetzt ist und die Möglichkeit gegeben ist, Sprachmittler hinzuzuziehen. Dieser Umstand erhöht die Akzeptanz bei den Geflüchteten und macht die Untersuchung effektiver, da es seltener zu Missverständnissen kommt.

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

Fallbeispiel: Ein 13-jähriger Junge stellt sich zur Erstuntersuchung vor. Mit Hilfe eines Dolmetschers meint er, alles sei gut, ihm gehe es prima. Bei der körperlichen Untersuchung fallen Krätzmilbengänge an Armen und Beinen auf. Auf Nachfrage berichtet er über starken Juckreiz. Es fallen Schneidezähne auf, bei denen große Ecken abgebrochen sind. Nach und nach berichtet der kleine Patient über seine 7-monatige Flucht zusammen mit seinem 14- jährigen Cousin, den er aber auf der Balkanroute verloren habe. Die Zähne seien ihm beim Sturz auf der Flucht vor einem bewaffneten Grenzpolizisten abgebrochen. Bei gezielter Nachfrage erzählt er von Bedrohungen, Misshandlungen, Hunger, und Angst während der Flucht. Albträume hielten ihn nachts wach. Er vermisse seine Familie sehr. Termin bei der Kinder- und Jugendpsychiaterin der Trauma-Fachstelle vereinbart, Krätzebehandlung, Zahnarztvorstellung. *

- Erstuntersuchungen: Eine Blutuntersuchung zur HIV und Hepatitis-B Diagnostik ist bei der Erstuntersuchung obligatorisch. Bei erwachsenen, nicht schwangeren Personen wird zum Ausschluss einer Tuberkulose ein Röntgenbild der Lunge angefertigt. Schwangere und Jugendliche erhalten stattdessen eine Blutuntersuchung und Kinder bis zum 11. Lebensjahr werden bzgl. Tuberkuloserisiken befragt. So soll verhindert werden, dass sich eine infektiöse Erkrankung in den Gemeinschaftsunterkünften ausbreitet.

- Vermittlung auffälliger Blutergebnisse (Hepatitis, HIV): Bei einem auffälligen Befund wird die betreffende Person in die medizinische Fachstelle eingeladen. Dort erfolgt die Aufklärung über die Erkrankung und eine Hygienebelehrung. Durch die Möglichkeit, SprachmittlerInnen hinzuzuziehen, ist eine Aufklärung deutlich effektiver. Die Vermittlung an behandelnde Spezialisten und die Anbindung an Institutionen wie die Aidsberatung erhöhen die Compliance der PatientInnen und verbessern den Behandlungserfolg.

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

Fallbeispiel: 40jähriger Mann, eingeladen aufgrund eines auffälligen Hepatitis B- Befundes. Aufklärung des Mannes über die Erkrankung und die Folgen bei einer Nichtbehandlung. Besprechung der Hygieneregeln zur Verhütung der Ansteckung anderer. Vereinbaren eines Termins bei einem niedergelassenen Internisten zur Hepatitisbehandlung. Auf die Nachfrage des Dolmetschers, ob er den Weg zur Praxis finde, bricht der Patient in Tränen aus. Er berichtet, aus dem Heimatland vor religiösen Fanatikern geflohen zu sein und sich aus Angst vor Verfolgung nicht aus seinem Zimmer in der Flüchtlingsunterkunft zu trauen. Die Mitbewohner seines Zimmers verstehen seine Sprache nicht, sodass er die vier Monate, die er bereits in der Unterkunft wohne, mit niemanden sprechen könne. Er könne auch nicht schlafen, da die Angst auf seinem Brustkorb säße und ihn nicht atmen lasse. Mit einer französischsprechenden Mitarbeiterin aus einem sozialpädagogischen Begleitprojekt wurde Kontakt aufgenommen. Sie wird ihn zum Arzttermin begleiten. Zusätzlich wurde ein Termin in der Fachstelle Trauma vereinbart.*

- Screening auf psychische Erkrankungen: Menschen, die aus Krisengebieten flüchten, haben nicht selten Krieg, Hunger, Gewalt und Verlust erlebt. Diese Erfahrungen können zu seelischen Erkrankungen führen. Um diese zu erkennen, werden die Geflüchteten befragt. So können behandlungsbedürftige psychische Auffälligkeiten frühzeitig entdeckt werden und den Betroffenen ein Termin in der Fachstelle Trauma angeboten werden.

- Bereitstellung einer medizinischen Versorgung für die Kriegsflüchtlinge aus der Ukraine in Notunterkünften: Diese wurde organisiert durch das Gesundheitsamt, unterstützt durch die MFAs der Fachstelle und die von dem niedergelassenen Allgemeinmediziner Herrn Dr. Gradl koordinierten ehrenamtlichen ÄrztInnen. Durch die Kompetenz der Fachstelle ist der rasche Aufbau einer Gesundheitsversorgung in Notsituationen möglich.
  Die in Nürnberg ankommenden ukrainischen Kriegsflüchtlinge, die in Gemeinschaftsunterkünften wohnen, werden gem. Infektionsschutzgesetzes bzgl. ansteckender Erkrankungen gescreent. Durch die Untersuchung in den Gemeinschaftsunterkünften können Missstände aufgedeckt werden, die durch die

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

Bewohner der Unterkünfte aufgrund von Sprachbarrieren oder das Fehlen von Ansprechpartnern vor Ort allein nicht behoben werden können.

- Nachsorge nach Polizeimeldungen: Asylbewerber, die psychisch krank sind und fremdgefährdend geworden sind oder von der Polizei bei einem Suizidversuch aufgegriffen wurden, werden in die Fachstelle eingeladen. Kultursensibel werden die Gründe für aggressives oder selbstverletzende Verhalten erörtert. Die Anbindung an soziale oder medizinische Hilfsangebote soll einen Rückfall verhindern. Eigen- oder Fremdgefährdung des Asylsuchenden werden beurteilt.

> Fallbeispiel: Vorstellung nach Polizeimeldung: 24-jähriger Jurastudent, seit 3 Monaten in Deutschland, von der Polizei aufgegriffen beim Versuch, sich vor die Straßenbahn zu werfen. Einweisung in die Psychiatrie des KNN. Nach Entlassung Einladung in die Fachstelle: Der Patient berichtet über Foltererfahrung in einem Gefängnis, Strommarken und Brandwunden auf der Haut belegen seine Schilderungen. Ambulante Weiterbehandlung in der Trauma-Fachstelle. Anbindung an einen Hausarzt. Der Patient besucht mittlerweile wieder den Deutschkurs und plant, sein Jurastudium zu beenden, um irgendwann in seinem Land für Gerechtigkeit zu sorgen. *

- Impfungen: Da das Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz) vom 01.03.2020 auch für die Gemeinschaftsunterkünfte gilt, muss bei Bewohnern dieser Domizile ein Masernschutz nachgewiesen und bei fehlendem Schutz eine Impfung durchgeführt werden. Auch andere Impfungen gemäß der Empfehlung der ständigen Impfkommission Stiko des Robert-Koch-Institutes RKI bietet die Fachstelle an. Diese sollen die Geflüchteten selber vor schweren Erkrankungen, aber auch die Gesellschaft vor größeren Krankheitsausbrüchen schützen.

- Allgemeinärztliche Basisversorgung inkl. Case -Management in der Fachstelle Dianastraße 29 für Asylbewerber in der Zuständigkeit des Asylbewerberleistungsgesetzes § 4 und 6 (refinanziert über SHA für Geflüchtete mit einer Aufenthaltsdauer von unter 18 Monaten): Asylbewerbern, die erst kurz in Nürnberg sind, die noch keinen Krankenbehandlungsschein vorliegen und noch keine Hausarztanbindung haben, kann bei alltäglichen Beschwerden schnell und unbürokratisch geholfen werden oder die Schwere einer Erkrankung eingeschätzt und notfalls eine Krankenhausbehandlung organisiert werden

- Basisversorgung (Angebot einer regelmäßigen Sprechstunde) für alle, die aufgrund der Sprachbarriere oder einer Lücke im Versicherungsschutz nicht im Regelsystem versorgt werden können: Asylsuchende haben häufig kultur- und herkunftslandbedingt andere Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit bzw.

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

den Ursachen von Krankheit. Daher bietet die Fachstelle die gesundheitliche Beratung von Flüchtlingen gemäß Art 7 Gesundheitsdienstgesetz an: „…Die Gesundheitsbehörden sowie das Landesamt klären im Interesse der öffentlichen Gesundheit über die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung, Prävention und die Schaffung und Erhaltung gesunder Lebensbedingungen auf. Sie regen geeignete gesundheitsfördernde, präventive, umwelt- und sozialmedizinische Maßnahmen an…Die Gesundheitsämter klären die Bevölkerung in Fragen der Gesundheit in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht auf und beraten über Gesunderhaltung und Krankheitsverhütung…gesundheitliche Beratung für Menschen, die an einer Sucht, an einer psychischen Krankheit, einer chronischen Krankheit oder an einer Behinderung leiden, von ihr bedroht oder dadurch gefährdet sind, über Personen, Einrichtungen und Stellen, die vorsorgende, begleitende und nachsorgende Hilfen gewähren können…sozial benachteiligte, besonders belastete oder schutzbedürftige Bürgerinnen und Bürger sowie die Förderung und der Schutz von älteren Menschen haben dabei einen besonderen Stellenwert…Ergänzend bieten die Gesundheitsämter Hilfen bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen an…“

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

1.2 Die Aufgaben der Fachstelle Trauma

Viele der oft schwer traumatisierten Geflüchteten, die häufig Krieg, Gewalt, Folter oder Vergewaltigung erlebt haben, holen hier oft erst nach Monaten in „Sicherheit“ die traumatischen Erlebnisse ein. Die psychiatrische, psychologische oder psychotherapeutische Versorgung hat für Geflüchtete aber hohe Hürden: Neben der Sprachbarriere sind es auch die fehlenden Therapieplätze und überlastete Psychiater im Regelsystem. Auch können sich niedergelassene Ärzte kaum die Zeit nehmen, die Geflüchtete brauchen, um mit Hilfe eines Sprachmittlers ihr Leiden zu schildern. Weder in den Kliniken noch in den Praxen stehen Sprachmittler zur Verfügung, da die Kosten im Regelsystem nicht übernommen werden. Die Fachstelle Trauma versucht hier zunächst die Versorgungslücke zu schließen. Viele der hier versorgten Patienten zeigen ein komplexes psychiatrisches Krankheitsbild von der Posttraumatischen Belastungsstörung über schwere Depressionen und dissoziative Zustände bis hin zur Schizophrenie. Die enge Zusammenarbeit mit den Kliniken ist hier Voraussetzung für die Versorgung. Zunehmend wird die Fachstelle auch die Anlaufstelle für die bei der Polizei auffällig gewordenen Flüchtlinge. Engmaschig angebunden sind ebenso einige Patienten, die an aggressivem oder impulsivem Verhalten leiden, und die unter Aufsicht in ihrem regulären Umfeld ambulant medikamentös versorgt werden. Eng ist die Kooperation auch mit verschiedenen Sachgebieten des Gh, insbesondere der amtsärztlichen Begutachtung, dem sozialpsychiatrischen Dienst sowie der Kreisverwaltungsbehörde.

- Fachärztliche Exploration durch die Psychiater der Fachstelle, bei Bedarf mit Dolmetscher, ggfs. weitere stützende Gespräche.

- Psychiatrische Diagnostik und Empfehlungen hinsichtlich medikamentöser Therapie und Psychotherapie durch die Psychiater der Fachstelle. Weiterleitung an die Akteure des regulären Gesundheitssystems für die Übernahme der Verschreibung von Medikamenten sowie Laborkontrollen (Grundlage: Art 7 Gesundheitsdienstgesetz sowie Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz Art 2). Geflüchtete, die neu in Deutschland sind, leiden häufig unter den Folgen extremer psychischer Belastungen, wie zum Beispiel Flashbacks, Dissoziationen, Vergesslichkeit, Schwierigkeiten beim Lernen, Schlafstörungen, Müdigkeit, aber schätzen dies nicht so ein, dass sie psychisch belastet sind. Diese Nichtbeachtung führt häufig zu Abbrüchen der Sprachkurse sowie Ausbildungen, die für die Integration unerlässlich sind. In den Helferkreisen der Patienten*innen gibt es häufig Menschen, die merken, dass „irgendetwas nicht stimmt“, aber wissen nicht, an wen sich diese schutzbedürftigen Personen wenden können. Aktuell sind die Wartezeiten im regulären Gesundheitssystem für die Behandlung psychischer Erkrankungen sehr lang. In unserer Fachstelle ist es möglich, durch eine frühzeitige psychiatrische Abklärung gefolgt von Psychoedukation und stabilisierenden Gesprächen eine Schicksalsänderung zu erreichen.

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

Fallbeispiel:
Eine Jugendliche stellte sich auf Anraten einer Pädagogin in unserer Fachstelle vor. In ihrem Land habe sie von ihrer Familie ausgehend Gewalt erlebt und wurde mit dem Ehrenmord bedroht, da sie den alten reichen Mann, den ihre Familie für sie als Ehemann ausgewählt hätte, nicht heiratete. Durch Unterstützung von einem Helfenden sei es ihr gelungen, nach Deutschland zu kommen, um Schutz zu suchen. Obwohl sie früher die Beste ihrer Klasse gewesen sei, findet sie es jetzt sehr schwierig, etwas Neues zu lernen, sich zu konzentrieren oder einfach in der Klasse sitzen zu bleiben. Häufig verliere sie sich in ihren Gedanken. Sie schäme sich sehr, wenn sie plötzlich von der Lehrerin etwas gefragt würde und sie die Frage aufgrund ihrer Grübeleien nicht gehört habe. Sie denke, dass sie einfach nicht mehr so intelligent sei wie früher. Sie werfe sich selbst vor, dass sie an allem schuld sei. In ihrem Heimatland sei immer gesagt worden, dass etwas mit ihr nicht stimme, da sie so ehrgeizig und zielstrebig sei. Diese Eigenschaften seien in der Kultur ihrer Sozialisation keine weiblichen Eigenschaften. Nach der Erstvorstellung, und der Feststellung der Diagnose einer PTBS sowie einer depressiven Störung wurde die Patientin medikamentös eingestellt. Die Verschreibung der Medikamente wurde vom Hausarzt übernommen. Im Rahmen einer Stabilisation wurden psychoedukative Gespräche und Skillstraining geführt. Kurz danach wurde eine traumaspezifische Psychotherapie eingeleitet. Im Verlauf dieser Maßnahmen verbesserten sich ihre Schulleistungen wesentlich. Die Gespräche, die sie am Anfang nur mit Dolmetscher führen konnte, fing sie nach zirka einem Jahr an auf Deutsch zu führen. Aktuell macht sie eine Ausbildung im Dienstleistungssektor und spricht fließend Deutsch.*

- Kultursensible Bearbeitung von komplexen, insbesondere psychiatrischen Fällen in Kooperation mit Sachgebieten des Gh (u.a. Fachstelle Sexuelle Gesundheit, staatlich anerkannte Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen, SpDi).

- Durchführung von Einzelpsychotherapie durch externe approbierte Psychotherapeuten sowie in Ausbildung zum Psychotherapeuten befindliche Psychologen und Pädagogen – hier bestehen Kooperationen mit den Ausbildungsinstituten DGVT Erlangen sowie dem IVS in Fürth (Grundlage: Asylbewerberleistungsgesetz § 6).

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

- Abdeckung von Versorgungslücken im Fall von Versicherungsproblemen oder bei Sprachbarrieren. Ein Asylsuchender in Deutschland ist zunächst nicht krankenversichert. Deshalb gewährleisten staatliche Stellen wie das Sozialamt oder das Gesundheitsamt die gesundheitliche Versorgung. Werdende Mütter gelten als besonders schutzbedürftige Personen und bei der medizinischen Versorgung werden ihre Bedürfnisse besonders berücksichtigt. Trotz der bestehenden Strukturen treten aufgrund von Missverständnissen und Sprachbarrieren immer wieder Versorgungslücken auf (Grundlage: Art 7 Gesundheitsdienstgesetz und Asylbewerberleistungsgesetzes § 4 und § 6 sowie Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz Art 2).

- Weiterleitung oder Anbindung an Vereine oder Einrichtungen im Rahmen der biopsychosozialen Modelle, um sozialtherapeutische Maßnahmen einzuleiten (Grundlage: Art 7 Gesundheitsdienstgesetz und Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz Art 3).

- Unterstützung und Aufbau von Helferkreisen für die Patienten.

- Aufsuchende niederschwellige Psychoedukation bezgl. Trauma in den Gemeinschaftsunterkünften und bei Organisationen wie dem Internationalen Frauencafé (Grundlage: Art 7 Gesundheitsdienstgesetz und Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz Art 3).

- Differenzielle Diagnostik und testdiagnostische Dokumentation von psychischen Erkrankungen und Erstellung der entsprechenden fachärztlichen qualifizierten Atteste. Die Geflüchteten, die aufgrund von Scham oder Vermeidung, was eigentlich zur Symptomatik einer PTBS gehört, ihre traumatischen Erlebnisse nicht erzählen können, bekommen häufig keine oder falsche Diagnosen. Wenn Patienten ihre innere Welt nicht verbal äußern können, sieht die Klinik körperliche Beschwerden, die eigentlich der Versuch der Psyche sind, sich durch den Körper verständlich zu machen (Grundlage: Art 8 Gesundheitsdienstgesetz).

- Durchführung von niederschwelligen stabilisierenden Gruppentherapien (und Bewegungsgruppen) sowie in den Räumen der Fachstelle. Der Gruppenkontext ist Übungsfeld für die reale Welt. Seit Ende 2021 bieten wir im Speziellen eine sprachreduzierte stabilisierende Gruppen für Frauen an, die im Heimatland sowie auf dem Fluchtweg Traumata erlebt haben. Gruppen vermitteln neben konkreten Fertigkeiten und Informationen vor allem Hoffnung und die Möglichkeit einer korrigierenden Lernerfahrung sowie einen Austausch mit „Leidensgenoss*innen).

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

Fallbeispiel:

In unserer Gruppe üben wir mit den Patientinnen, wie sie mit belastenden Fragen umgehen können. Was kann zum Beispiel eine Frau, die ihre Kinder im Krieg verloren hat, sagen, wenn im Deutschkurs Fragen und Antworten zu der Anzahl der Kinder geübt werden?*

- In enger Zusammenarbeit mit der Polizei, den Gewaltschutzkoordinatoren in den Unterkünften, den Kliniken, den Sozialarbeitern und Betreuern sowie den Schulpsychologen leistet die Fachstelle einen wichtigen Beitrag zur Prävention, um auch die aufzufangen, die keinen Boden mehr unter den Füßen haben. Engmaschig werden hier auffällige Patienten psychiatrisch betreut, die im Regelsystem oft auch aufgrund der Sprachbarriere nicht angebunden werden können. Alle Geflüchteten, die nach dem Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz durch die Polizei untergebracht werden, bekommen nach der Entlassung eine Einladung für eine Sprechstunde mit der Allgemeinmedizinerin der Fachstelle. Bei bestehenden Versorgungslücken findet eine Anbindung an die Psychiater der Fachstelle statt.

- Die Fachstelle arbeitet mit speziell geschulten Sprach- und Kulturmittlern, die auch das Supervisionsangebot nutzen können, um eine stellvertretende Traumatisierung durch belastende Inhalte zu vermeiden.

- Beiträge zur Erweiterung der Fachkenntnisse im transkulturellen Bereich:

    - Durchführung von wissenschaftlich begleiteten Stabilisierungsgruppen - hier erfolgt eine Kooperation mit dem TraumaHilfeZentrum e.V., THZ Nürnberg, und der Evangelischen Hochschule in den Räumen der Fachstelle (seit 2021).
    - Wissenschaftliche Zusammenarbeit mit der psychosomatischen und psychotherapeutischen Abteilung, Universitätsklinikum Erlangen – hier erfolgt eine mehrjährige Studie über Traumafolgestörungen und komplexe dissoziative Störungen bei Geflüchteten (das Kick-Off Meeting fand am 25.07.2022 statt)
    - Vorträge bei Fachgesellschaften – u.a. Rituelle Gewalt: Herausforderungen in der Praxis (Tip Dr. (Istanbul Univ). Elif Kirmizi-Alsan, Dr. phil. Bettina Böhm) in dem Symposium: Transkulturelle Aspekte von Gewalt und ihre Auswirkung auf die mentale Gesundheit unter Pandemiebedingungen (DTGPP e.V.) am 11.06.2021
    - Teilnahme an Gremien für Leitlinien – S3-Leitlinine Psychosoziale Therapien Teilnahme am Kick-Off Meeting am 28.06.2022

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

1.3 Organisatorische Zuordnung

- Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg Gh
- Bereich: Medizinische Dienste (MD)
- Sachgebiet: Asyl (MD-Asyl)
- „Bausteine“ des Sachgebiets
  1. Medizinische Fachstelle für Flüchtlinge (seit 01.12.2014)
  2. Fachstelle Trauma für Flüchtlinge (seit 01.04.2017)

1.4 Rechtliche Grundlagen

- Asylgesetz (AsylG) § 62 Gesundheitsuntersuchung
- Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG)
  - § 25 IfSG Ermittlungen
  - § 36 IfSG Infektionsschutz bei bestimmten Einrichtungen, Unternehmen und Personen; Verordnungsermächtigung
- Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz – GDG) Vom 10. Mai 2022 (GVBl. S. 182) BayRS 2120-12-G:
  - Teil 1 Allgemeine Vorschriften, Kapitel 1 Behörden Artikel 3 Beliehene
  - Teil 2 Aufgaben und Befugnisse, Kapitel 1 Allgemeine Aufgaben Art. 7 Aufklärung, Information, Prävention
  - Teil 2 Aufgaben und Befugnisse, Kapitel 1 Allgemeine Aufgaben Art. 8 Gutachten, Zeugnisse, Bescheinigungen
  - Teil 2 Aufgaben und Befugnisse, Kapitel 1 Art. 9 Fachliche Grundlagen
  - Teil 2 Aufgaben und Befugnisse, Kapitel 2 Besondere Aufgaben Art. 11 Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
- Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG) Vom 24. Juli 2018 (GVBl. S. 583) BayRS 2128-2-A/G
  - Teil 1 Stärkung der psychiatrischen Versorgung Art 2 Zusammenarbeit und Prävention
  - Teil 1 Stärkung der psychiatrischen Versorgung Art. 3 Beteiligung der Selbsthilfeorganisationen
  - Teil 2 Öffentlich-rechtliche Unterbringung
- Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)
  - § 1 Leistungsberechtigte
  - § 2 Leistungen in besonderen Fällen
  - § 3 Grundleistungen
  - § 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt
  - § 6 Sonstige Leistungen

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

2. Versorgungsmodelle

Die medizinische Fachstelle sowie die Fachstelle Trauma agieren nach einer **gestuften Versorgung für psychische Gesundheit** als Leitbild der Versorgung. Die Elemente unserer Versorgungsmodelle sind:

- Ärztliche Erstgespräche im Sinn eines „Screening“ durch das **interkulturelle medizinische Team** mit Case – Management.
  - ggfs. Übermittlung an niedergelassene Versorger oder an die Psychiaterin/FT, und danach psychologische Gespräche im Haus (falls eine Abklärung bzgl. der Notwendigkeit von Psychotherapie erfolgen soll, falls eine Testdiagnostik oder Einzelgespräche erforderlich sind).
  - ggfs. Empfehlung von Medikationen durch ÜB (Überweisungsbögen) und die Übernahme der Rezeptierung durch einen Hausarzt (freie Arztwahl innerhalb des regulären Gesundheitssystems).
  - ggfs. weitere ärztliche/psychologische stützende, stabilisierende muttersprachliche Gespräche, sowie Psychoedukation über das Erstgespräch hinaus.

- Abdeckung der Lücken der pharmakologischen Behandlung durch stückweise Abgabe von Medikamenten, bis zu dem nächstmöglichen Arztbesuch und der Ausstellung des Rezepts.

- Psychiatrische Diagnostik und Empfehlungen hinsichtlich medikamentöser Therapie und Psychotherapie durch die **Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,** hierbei häufig kulturvermittelnde Unterstützung durch das **multikulturelle und multilinguale medizinische Team.**

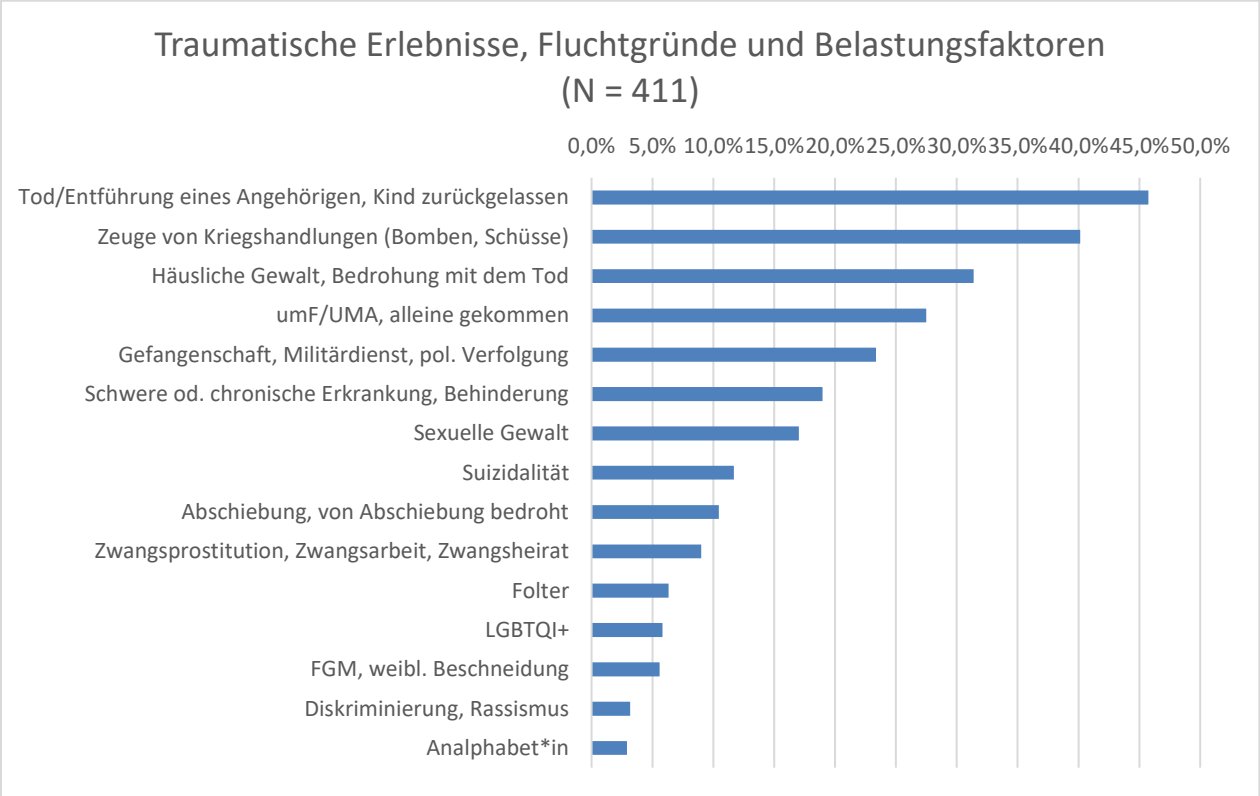
- Anbindung an Psychotherapeuten mit Kassensitz und Organisation von Einzelpsychotherapien durch **externe Psychotherapeuten** (approbierte psychologische Psychotherapeuten, approbierte Kinder- und Jugendpsychotherapeuten; **in Ausbildung befindliche Psychologen und Pädagogen** mit dem Berufsziel psychologischer Psychotherapeut bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeut beim **Ausbildungsinstitut DGVT** Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie Erlangen sowie dem Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexologie **IVS** in Fürth auf der Grundlage eines Kooperationsvertrages zwischen den Ausbildungsinstituten und dem Gh, fachliche Aufsicht im Ausbildungsabschnitt in der Fachstelle durch die Psychiaterin).

- Weitere Durchführung von Stabilisierungsgruppen auf der Grundlage des Projekts Stärken-Stabilisieren-Integrieren in Kooperation mit dem **Traumahilfezentrum, THZ,** und der **Evangelischen Hochschule** gefördert durch den **Integrationsfond der Stadt Nürnberg**.

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

2.1 Psychotherapeutische Arbeit

Seit 2017 bietet die Fachstelle Trauma Psychotherapien an in Zusammenarbeit mit externen approbierten Psychotherapeut*innen sowie Therapeut*innen mit spezifischen Kompetenzen (muttersprachliche Psycholog*innen und heilpädagogische Psychotherapeut*innen, Traumafachberater*innen). Die Bewilligung von Psychotherapien ist nach § 6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) an ihre Unerlässlichkeit gebunden („im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit“, bzw. für „unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben“). Dieser Bedarf wird aus den Patientendaten deutlich, s.u.



Die Behandlungsergebnisse sprechen für sich: trotz oft anhaltender Belastungsfaktoren (z.B. drohende Abschiebung, Tod Angehöriger im Herkunftsland) zeigt die große Mehrheit (79%) der Patient*innen in Psychotherapie eine deutliche Verbesserung ihrer Symptomatik, vgl. Anhang 1. Auch wenn nicht in allen Fällen eine „Heilung“ erzielt werden kann, ist durch besseres Symptommanagement und erhöhte Lebensqualität oft erst eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, wie zum Beispiel durch Ausbildung, Berufstätigkeit und/oder Versorgung der Kinder möglich. Dies ist ein zentraler Baustein der **Integration**, und verhindert zudem mittel- bis langfristig wiederkehrende Krankenhausaufenthalte, soziale Marginalisierung und Abhängigkeit von Hilfen – hin zu einem selbstbestimmten, sinnhaften Leben als Teil der aufnehmenden Gemeinschaft. Insbesondere für Kinder ist die psychische Gesundheit der nächsten, frühen Bezugspersonen (meist Eltern) und die Fähigkeit,

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

auf sie einzugehen, der wichtigste Faktor für ihre eigene Entwicklung und die **lebenslange körperliche und psychische Gesundheit**.

Eine wesentliche Erfahrung der diversen Therapeut*innen der Fachstelle Trauma ist es, dass Heilung oft Zeit und verschiedene Bausteine benötigt, wie beispielsweise unterstützende **psychosoziale Interventionen**. Ein Großteil der Patient*innen hat multiple, sequenzielle traumatische Erlebnisse erfahren, die sich oft über Jahre erstrecken. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung ist der wichtigste Aspekt erfolgreicher Behandlung. Die Erfahrung zeigt, dass hinter Stichwörtern wie „Krieg“ und „Verlust“ Einzelschicksale stehen, die neben konkreten konfliktbezogenen Ereignissen (z.B. Zeuge von Erschießungen sein, Scheinhinrichtungen, Entführung von Familienmitgliedern) auch traumatische Beziehungserfahrungen umfassen (z.B. Zwangsheirat und Vergewaltigung, Bedrohung durch die Herkunftsfamilie), s.o. Im Vergleich der Daten aus unterschiedlichen Jahren zeigt sich ein zunehmender Trend hin zur Behandlung von Traumafolgen geschlechtsspezifischer, institutioneller (z.B. Folter in Gefangenschaft) und sexueller Gewalt. Im Sinne der **Prävention** einer Wiederholung sowie im Sinne der **Achtung der Menschenrechte und –würde**, erfolgt in Einzel- und Gruppensitzungen zunächst eine stabilisierende Akutversorgung, bei Bedarf und Möglichkeit auch eine kontinuierliche psychiatrische und psychotherapeutische Unterstützung über mehrere Monate hinweg nach Leitlinienverfahren, vgl. Anhang 2.

Fallbeispiel:

Eine minderjährige junge Frau, die über Nordafrika nach Deutschland kam und die sich aus dem Menschenhandel befreite, litt unter Gedächtnislücken und dissoziativen Anfällen. Zusätzlich litt sie an Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit und Weinanfällen. In der Psychotherapie wurde die Patientin stabilisiert. Ein verbaler Kommunikationsweg wurde eingeleitet und unterstützt. Themen wie Vertrauensprobleme, Verluste wurden bearbeitet. Trauerarbeit wurde geleistet. Im Verlauf erreichte sie einen Schulabschluss. Sie bekam einen Ausbildungsplatz in einem Dienstleistungssektor und fing damit an, einen Beitrag im Aufnahmeland zu leisten.*

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

2.2 Sozialpsychiatrische Arbeit

> *„Psychische Erkrankungen verursachen hohe Kosten im Gesundheitswesen. Zu den sogenannten direkten Kosten zählen die Kosten der ambulanten und stationären Betreuung, die Kosten für Psychopharmaka, für Krankengeld sowie für präventive und rehabilitative Maßnahmen. Das Statistische Bundesamt weist für das Jahr 2015 direkte Krankheitskosten in Höhe von 44,4 Mrd. Euro für die psychischen Erkrankungen in Deutschland aus. Mit einem Anteil von 13,1 % an den gesamten direkten Krankheitskosten stellen psychische Erkrankungen nach Herz-Kreislauferkrankungen die zweitteuerste Erkrankungsgruppe in Deutschland dar.“*

(Erster bayerischer Psychiatriebericht, 2021, S. 135)

Sowohl häufige psychische Erkrankungen wie Depression oder Angststörungen, als auch schwere psychiatrische Erkrankungen wie Schizophrenielösen neben einem starken Leidensdruck, gesellschaftlicher Stigmatisierung und beeinträchtigter Teilhabe oft hohe Kosten aus. Studien belegen, dass selbst in Fällen schwerer psychiatrischer Erkrankungen (Kontraindikation für ambulante Leitlinienpsychotherapie) die **Anzahl der im Krankenhaus verbrachten Tage** durch intensives Case Management verringert wird, und dass dieses die **Kontinuität der psychiatrischen Behandlung verbessert** (Intensive case management for severe mental illness - Dieterich, M - 2017 | Cochrane Library). Dies ist insbesondere wichtig, da humanitäre Krisen wie Krieg und Flucht die lebensnotwendige Versorgung für Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen unterbrechen, sofern diese vorher überhaupt möglich war, und da eine Orientierung in einem neuen System für Menschen mit schweren Erkrankungen besonders erschwert ist. An der Fachstelle findet die Arbeit der Psychiater*innen mit speziellen Kenntnissen daher im Team mit Psycholog*innen, Heilpädagog*innen oder muttersprachlichen Pädagog*innen statt. So kann eine **Stabilisierung** auch in Fällen erreicht werden, in denen eine Behandlung in regelmäßigen ambulanten Terminen oder eine traumaspezifische Psychotherapie zunächst nicht möglich scheint.

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

Fallbeispiel:

Herr A.* klagt zunächst über körperliche Symptome (Schmerzen, Kraftverlust), gibt jedoch an, nicht belastet zu sein. Er zieht sich seit Jahren zurück, spricht wenig Deutsch, war jedoch wegen einiger impulsiver Selbstverletzungen und eskalierender Konflikte (Schreien an öffentlichen Orten und Zuhause) im Krankenhaus und wurde polizeilich auffällig. Im Termin kann er kaum stillsitzen, blickt zur Tür, berichtet von seiner Sorge, getötet zu werden. Im Behandlungsverlauf vertraut Herr A. an seinem Arzt schließlich an, dass er von einem Dschinn besessen sei, der ihn töten wolle. Es wird klar, dass Herr A. als ethnische Minderheit über mehrere Jahre Verfolgung erlebte, und auf der Flucht unter anderem als Zwangsarbeiter „verkauft“ wurde. Auch als junger Mann litt er bereits unter psychotischen Episoden (Stimmenhören), jedoch triggerten die Flucht und der Abbruch der medikamentösen Behandlung nach dem Klinikaufenthalt einen weiteren Zusammenbruch. Da er mit dem Gesundheitssystem überfordert ist, entstehen für ihn regelmäßig Versorgungslücken (kein Behandlungsschein, er solle sich um Krankenversicherung kümmern, schafft dies jedoch nicht, etc.). Daher reduziert er immer wieder die Dosis seiner Medikamente, nimmt sie unregelmäßig oder mangels Gelds überhaupt nicht, was Verschlechterungen seines Zustandes hervorruft. Erst mit der Zeit schafft er es, Vertrauen aufzubauen und seine Medikamente regelmäßig zu nehmen. Dadurch kann er sich besser regulieren, hört kaum noch Stimmen und kann in seinem Zimmer schlafen, ohne Konflikte mit den Nachbarn zu provozieren.*

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

2.3 Spezieller Einsatz für die ukrainischen Kriegsflüchtlinge

Mit der Ankunft der Kriegsflüchtlinge aus der Ukraine hat die Fachstelle eine weitere Aufgabe übernommen:

Das medizinische Team der Fachstelle unterstützt die ehrenamtlichen Ärzte, die in den Notunterkünften Sprechstunden angeboten haben, durch den Einsatz ihrer medizinischen Fachangestellten und Beschaffung von Materialien. Speziell für diesen Einsatz wurden zwei zusätzliche Mitarbeiterinnen eingestellt. Insgesamt waren die Mitarbeiterinnen der Fachstelle an 84 Tagen 364,5 Stunden im Einsatz. Zusätzlich haben die Psychiater und die Psychologin der Fachstelle für traumatisierte Kinder und Frauen Nottermine eingerichtet.

Nach Verteilung der Kriegsflüchtlinge in die Gemeinschaftsunterkünfte übernahm die Fachstelle in Zusammenarbeit mit ehrenamtlich tätigen Ärzten, koordiniert durch die medizinischen Dienste des Ghs, die Voruntersuchungen zum Ausschluss einer ansteckungsfähigen Tbc und plante bei jüngeren Kindern die entsprechenden Untersuchungen auf Gedeihstörungen.

Aufsuchende Arbeit und „Erste Hilfe“ vor Ort im Umgang mit dem Erlebten und den auftretenden Symptomen der Traumatisierung bieten die Psychiaterin und die Psychologin den ukrainischen Kriegsflüchtlingen in Sprechstunden direkt in den Unterkünften und bei Einrichtungen wie dem Internationalen Frauencafé an. Wie man mit den Flashbacks, den Alpträumen und den Angstzuständen umgehen kann, sind Themen, die hier behandelt werden. Eine kurze doch intensive Schulung, in die auch die Mitarbeiter vor Ort mit einbezogen werden können. Einzelsprechstunden sowie die psychiatrisch pharmakologische Versorgung werden den Geflüchteten dann in der Dianastraße angeboten.

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

3. Netzwerk

Eng eingebunden ist die Fachstelle im Netzwerk all der Organisationen und Institutionen, die sich in und um Nürnberg um die Geflüchteten bemühen. Regelmäßige Netzwerktreffen, vom Gesundheitsamt organisiert, ermöglichen eine enge und effektive Zusammenarbeit mit den vielen Akteuren, die den Geflüchteten bei der Integration helfen.

- Bayerischer Flüchtlingsrat
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e.V.
- Evangelische Hochschule Nürnberg
- Fliederlich e.V.
- Freie Flüchtlingsstadt Nürnberg Desi e.V.
- Gesetzliche Betreuer
- Gewaltschutzkoordinatorinnen der Regierung von Mittelfranken
- Imedana e.V.
- Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie (IVS) e.V.
- Jadwiga e.V. (Fachberatungsstelle für Opfer von Frauenhandel)
- Kinder- und Jugendabteilung für Psychische Gesundheit des Universitätsklinikums Erlangen, Klinik für Psychiatrie der Unikliniken Erlangen
- Kinder- und Jugendpsychiatrie des Klinikums Nürnberg
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Nürnberg
- Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter des Klinikums Nürnberg
- Mudra Alternative Jugend- und Drogenhilfe Nürnberg e.V.
- Mutter-Kind-Ambulanz des Klinikums Nürnberg
- Polizeiinspektion Nürnberg-Süd des Polizeipräsidiums Mittelfranken
- pro familia e. V
- Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung der Universitätskliniken Erlangen
- Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge der Rummelsberger Diakonie
- Refugee Law Clinic Erlangen-Nürnberg e.V.
- Schlupfwinkel e.V.
- Schulpsychologischer Dienst der Stadt Nürnberg
- Selbsthilfekontaktstellen Kiss Mittelfranken e.V.
- Sozialdienst katholischer Frauen Nürnberg-Fürth e.V
- Sozialdienste der Gemeinschaftsunterkünfte
- Straßenambulanz Franz von Assisi Caritas Nürnberg
- TraumaHilfeZentrum (THZ) Nürnberg e.V
- Verein Frauennotruf Nürnberg e.V.
- We Integrate e.V.
- Zentrale Anlaufstelle für Migration der Stadt Nürnberg

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

4. Bedarfsgrundlage

4.1 Aktuelle Situation in Nürnberg

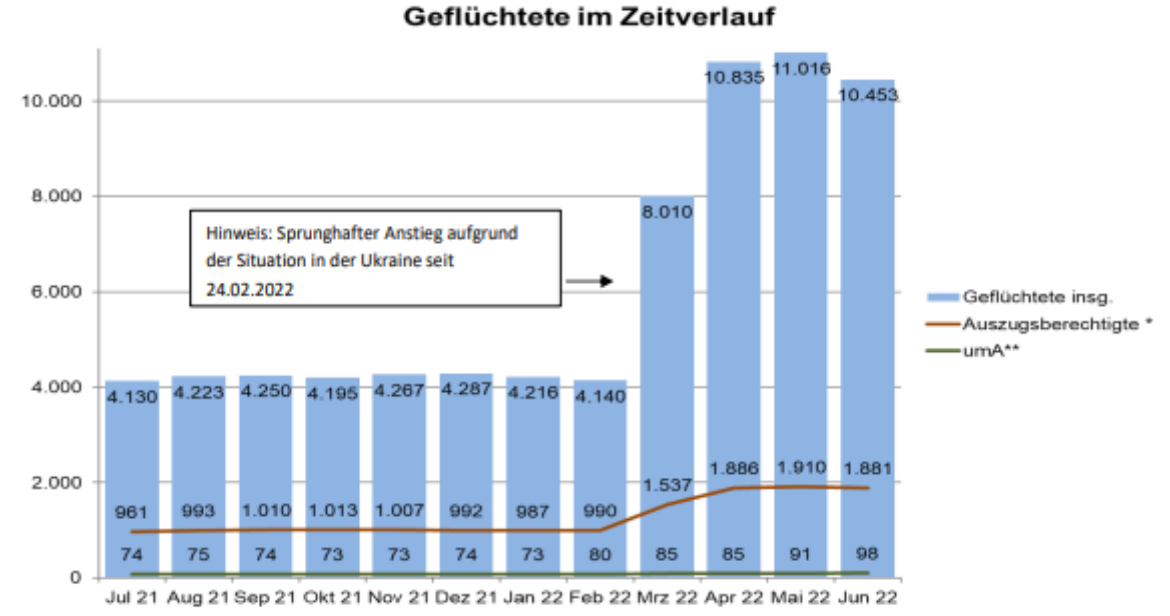
Gemäß innerstädtischen Schätzungen stellt sich die aktuelle Situation in Bezug auf die Anzahl von Geflüchteten und Asylbewerbern in Nürnberg wie folgt dar:

Das Amt für Existenzsicherung und soziale Integration – Sozialamt, Fachstelle für Flüchtlinge-Monitoring hat in einem Bericht vom 13.07.2022 veröffentlicht, dass insgesamt 10.453 Geflüchtete in Nürnberg untergebracht sind. Im Vergleich zu der Zahl (4595) von 2020 hat sich diese Zahl um circa das 2,3-fache erhöht. Aktuell haben die Geflüchtete aus der Ukraine einen Anteil von 63%. Die Anzahl an unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden in Nürnberg liegt bei 98 In der Vergangenheit waren immer mehr Männer als Frauen nach Deutschland gekommen. Aktuell, aufgrund der Kriegsflüchtlinge aus Ukraine, ist dieses Verhältnis umgekehrt *(Siehe Abbild unten aus dem Datenreport: Geflüchtete in Nürnberg von Amt für Existenzsicherung und Soziale Integration - Sozialamt Fachstelle für Flüchtlinge vom 13.07.2022).*

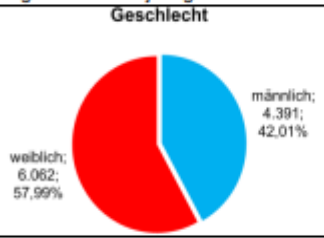
1. Zahl der Flüchtlinge

	Anzahl	Prozent
insgesamt	10.453	---
• davon unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (umA)**	98	1,1 %
• davon anerkannt und auszugsberechtigt *	1.881	37,2 %*

* bezogen auf Personen in städtischen und staatlichen GU, ohne ZAE und umA in städtischen Inobhutnahmestellen und umA in Clearingstellen freier Träger.



** unbegleitete minderjährige Ausländer und Hilfen des Jugendamts in verschiedenen Wohnformen, siehe Details Fußnote 4, Seite 4

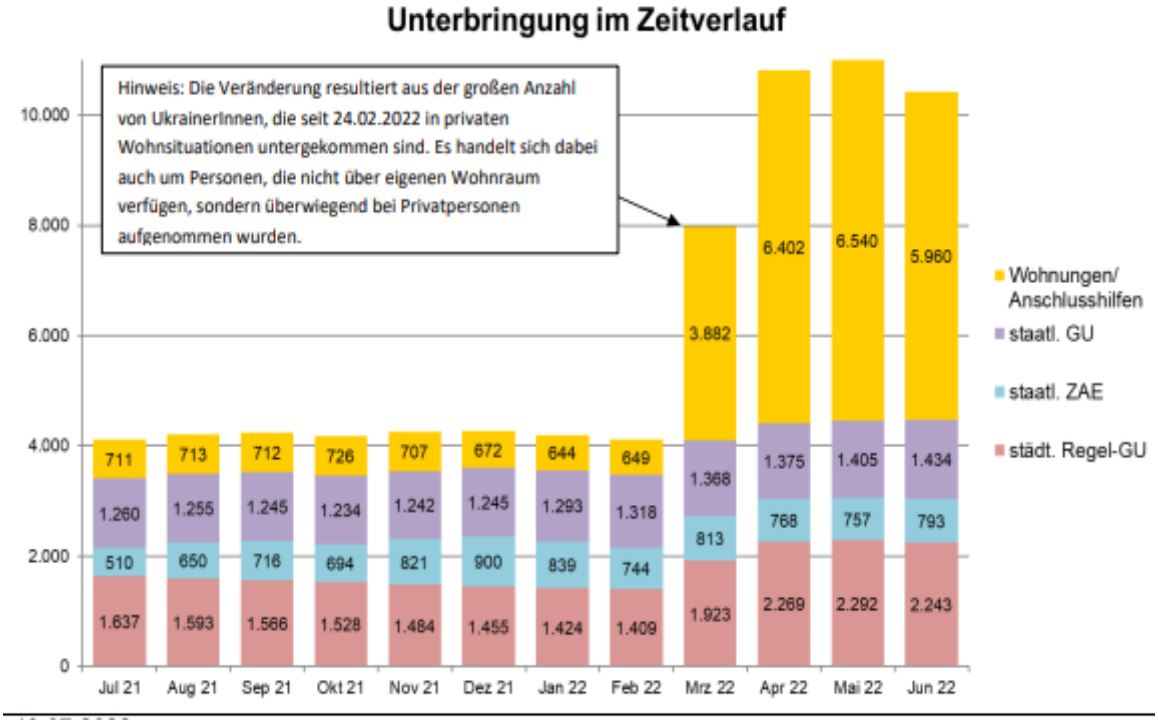


Geschlecht	Anzahl	Prozent
männlich	4.391	45,09 %
weiblich	6.062	54,91 %

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

In den **städtischen Gemeinschaftsunterkünften** (städtische GU+Anschlusshilfe in städt. GU) wohnen aktuell 2243, in den **staatlichen Gemeinschaftsunterkünften** wohnen aktuell 1434 Geflüchtete. In den **staatlichen** Dependancen des Ankerzentrums in Zirndorf in Nürnberg 793, in **privaten Wohnungen** 5960 Geflüchtete. In Nürnberg wohnen insgesamt 98 unbegleitete minderjährige Geflüchtete. Viele Geflüchtete haben eine Wohnpflichtbefreiungen, können aber aufgrund des angespannten Wohnungsmarktes keine eigene Wohnung finden. *(Siehe Abbild unten aus dem Datenreport: Geflüchtete in Nürnberg von Amt für Existenzsicherung und Soziale Integration - Sozialamt Fachstelle für Flüchtlinge vom 13.07.2022).*

4. Zahl der Unterkünfte	**Unterkünfte**		**Personenanzahl**	
insgesamt	57		4.493	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
davon städtische GU[1]	35	61,4 %	2.243	49,92 %
davon staatliche ZAE[2]	4	7,0 %	793	17,65 %
davon staatliche GU	15	26,3 %	1.434	31,92 %
davon städtische Inobhutnahmestellen (umA)[3]	1	1,8 %	10	0,22%
davon Clearingstellen freier Träger (umA)[3]	2	3,5 %	13	0,29%
sonstige Wohnsituation[4]			5.960	---



Es ist zu erwarten, dass dieser Bedarf noch steigt: Nicht nur aufgrund der Konflikte in vielen Regionen der Welt, sondern auch bedingt durch den Klimawandel: Allein dieie Erderwärmung könnte laut einem Weltbank-Bericht bis zum Jahr 2050 rund 216 Millionen Menschen aus ihrem Heimat vertreiben. (*Bericht der Weltbank: Clement, Viviane, Kanta Kumari Rigaud, Alex de Sherbinin, Bryan Jones, Susana Adamo, Jacob Schewe, Nian Sadiq, and Elham Shabahat. 2021. Groundswell Part 2: Acting on Internal Climate Migration. Washington, DC: The World Bank.)*

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

4.2 Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten

Die aktuelle Erkenntnislage aus diversen Studien, welche auch den Erfahrungen aus der Fachstelle in Nürnberg entspricht, stellt sich wie folgt dar:

- Im April 2022 berichteten Kajikhina et al. in ihrem Artikel im deutschen Ärzteblatt über die Versorgungsbedarfe der Geflüchteten. Sie hoben die Notwendigkeit eines geeigneten Ausbaus der Versorgungsstrukturen im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens hervor. (*Fluchtmigration: Für eine gute Gesundheit sorgen (aerzteblatt.de))*

- Gemäß der Studie von Nesterko et al., der Universität Leipzig aus dem Jahr 2019 liegt die Prävalenzrate von PTSD bei den neu angekommenen Geflüchteten in Deutschland bei circa 35 %. 50% der Teilnehmer an dieser Studie hatten mindestens eine psychische Erkrankung - ein Ergebnis, das die vermehrte Häufigkeit der psychischen Erkrankungen unter den Geflüchteten bestätigt. *(prevalence-of-post-traumatic-stress-disorder-depression-and-somatisation-in-recently-arrived-refugees-in-germany-an-epidemiological-study.pdf)*

Es ist nicht realistisch, dass dieser Bedarf durch andere Akteure allein abgedeckt werden kann. So berichtete beispielsweise die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer im Mai 2022, nur 4,6 % des potenziellen Versorgungsbedarfs abdecken zu können.

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

5. Zukunftsperspektiven

5.1 Organisationsentwicklung

Wenn man die Phasen der Organisationsentwicklung der Fachstelle analytisch anschaut, wie empfohlen von Christian Pross in seinem Buch „Verletzte Helfer“ vom 2009, sieht man 4 Entwicklungsphasen:

2015-2017 Pionierphase- Kennzeichnend für diese Phase ist die Gründungsidee und ein leidenschaftliches Gründerteam sowie die beeindruckenden Leistungen dieses Teams, als viele Geflüchtete nach Europa gekommen sind.

2017-2019 Differenzierungsphase- Kennzeichnend ist der Professionalisierungsdruck und die folgende Spezialisierung, die zur Gründung der Fachstelle Trauma sowie zur Einstellung eines Psychiaters mit Leitungsfunktion geführt hat.

2020-2021 Integrationsphase- Entwicklung einer gemeinsamen Identität und eines gemeinsamen Leitbilds - medizinische Fachstelle und Fachstelle Trauma als Zahnräder eines Versorgungsgeräts.

Aufgrund der kulturellen und der Sprachbarriere sowie der oft hohen Komplexität und des hohen Schweregrads der psychischen Problematiken besteht ein erheblicher Mangel an ambulanten Therapieplätzen. Eine therapeutische Behandlung ist jedoch unabdingbare Voraussetzung für eine gelingende Integration und stellt auch einen wichtigen Baustein der Sozialprävention dar. Deswegen wurde in dieser Phase im Jahr 2021 das Team der Fachstelle um eine psychologische Stelle (80% VK) erweitert. So konnte diese Versorgungslücke durch stabilisierende psychologische Sprechstunden verkleinert werden.

Seit 2022 Assoziationsphase - Aufbau der vielfältigen und strategischen Allianzen mit den anderen Organisationen. Entwicklung neuer Leistungen, für welche die internen Kompetenzen nicht ausreichen.

In dieser Phase wurde aufgrund der steigenden Zahlen von afrikanischen Frauen und ihren Kindern, die vor Hunger, Krieg, Genitalverstümmelung oder Menschenhandel geflüchtet sind, die Zusammenarbeit mit Jadwiga, pro familia und der Mutter-Kind-Klinik des Klinikums Nürnberg intensiviert und durch die Einstellung einer Frauenärztin mit psychosomatischer Zusatzausbildung ein Kompetenzzentrum aufgebaut. Durch eine Kooperation mit dem TraumaHilfeZentrum, der Evangelischen Hochschule entstand, gefördert durch den Integrationsfond der Stadt Nürnberg, das Projekt Stärken-Stabilisieren-Integrieren, in dem sprachreduzierte Stabilisierungsgruppen angeboten werden. Geplant ist dies auch für ukrainische Jugendliche und Frauen. Auch eine Zusammenarbeit mit der Universität Erlangen Psychosomatik wurde eingeleitet.

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

5.2 Künftiges Aufgabenspektrum

- Die bestehende gestufte Versorgung und das Flussschema wird ausgeweitet durch den **Aufbau eines Netzwerks** mit niedergelassenen Psychiatern, Psychologen, Psychotherapeuten sowie psychiatrischen Institutsambulanzen der Kliniken sowie der Zusammenarbeit mit Universitäten, um den Erfolg der Anbindung an das reguläre Gesundheitssystem zu sichern.

- Die bestehende Versorgung wird durch **aufsuchende medizinische sowie psychiatrisch/psychologische Präventionsarbeit** (Vorträge und Projekte über gesundheitsfördernde Maßnahmen, Frauengesundheit, , Bewegung, Psychoedukation, Stressbewältigung, spezielle Angebote für Kinder von psychisch kranken Eltern) ergänzt.

- Die bestehende **Zusammenarbeit mit der Polizei** wird verstärkt. Aktuell werden alle Patientin, die durch die Polizei untergebracht werden, in die Fachstelle eingeladen. In der Sprechstunde wird eine Beratung angeboten und die Notwendigkeit einer Versorgung evaluiert. Wenn möglich wird der Patient an den niedergelassenen Versorger angebunden. Wenn dies nicht möglich ist, übernimmt die Fachstelle überbrückend die Versorgung. Eine ähnliche Struktur könnte für die Suchtpatienten, die kein Deutsch sprechen, in Zusammenarbeit mit Mudra und der Polizei aufgebaut werden.

- In Zukunft wird die Fachstelle durch die **wissenschaftliche Zusammenarbeit** mit verschiedenen Einrichtungen die Fachkenntnisse im Bereich Migrationsmedizin ausweiten und sich als Kompetenzzentrum positionieren. Dieses Kompetenzzentrum könnte auch durch Rotationen und Hospitationen sowie Internships die Ausbildungen der fehlenden Fachkräfte (u.a. Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten, Ärzte mit transkulturellen Kompetenzen, die mit Dolmetschern Patienten versorgen könnten) unterstützen und eine transkulturelle Kompetenz vermitteln. Um diese künftige Aufgabe zu verwirklichen, würde die Zusammenarbeit mit dem Klinikum Nürnberg sowie mit den Ausbildungseinrichtungen erforderlich sein.

- Darüber hinaus ist die Fortsetzung der bestehenden wissenschaftlichen Evaluationen der Aufgaben der Fachstelle vorgesehen. So könnte die **Wirksamkeit ergriffener Maßnahmen** z.B. im Rahmen von medizinischen Promotionen oder Masterarbeiten durch Anwendung von fachbezogenen Fragebögen – vor und nach den Therapien - evaluiert werden.

- Das **Screening von allen Geflüchteten in Nürnberg auf psychiatrische Erkrankungen** (niederschwellig von den Sozialarbeitern vor Ort, sowie von Allgemeinmedizinern mit anerkannten Fragebögen) wird geplant, um auch die ansprechen zu können, die bisher durch das Raster fallen. Dabei kommt auch der **Identifikation besonderer Schutzbedürftigkeit** nach § 23 AufenthG aufgrund einer körperlichen oder psychischen Erkrankung eine wichtige Rolle zu.

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

- Die **Dokumentation der Erkrankungen von Geflüchteten** ist für das Asylverfahren erforderlich. Wegen des hohen Zeitaufwands und weil die Krankenkassen die Kosten dafür nicht übernehmen, stellen niedergelassene Ärzte in der Regel keine von den Behörden anerkannten qualifizierten Atteste aus. Durch eine Zusammenarbeit mit der Ausländerbehörde könnte die Fachstelle eine niederschwellige Dokumentation der Erkrankungen anbieten. Dadurch würde das Asylverfahren beschleunigt und Kosten gespart.

- In der Pandemie ist der Bedarf von **digitalen Therapie-Maßnahmen** (u.a. Videosprechstunden sowie Digitale Gesundheitsanwendungen) deutlich geworden. Ein Teammitglied hat inzwischen die Ausbildung bei einer Fachgesellschaft in dieser Therapieart absolviert (Workshop „Digitale Psychotherapie" von DGPPN Akademie). Beratungen über die Bedingungen mit den internen Informationstechnikern haben schon stattgefunden. Um diese erwünschten Leistungen zu verwirklichen, müssten zusätzliche Finanzierungsmöglichkeiten (u.a. für Programmausstattung, Hardware, Internetzugang, Trainings) durch die Fachstelle vorgelegt werden.

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

5.4 Möglichkeiten der Finanzierung von Leistungen der Fachstelle

Refinanzierungen von Leistungen beschränkten sich auf Erstattungen der Regierung von Mittelfranken für Erstuntersuchungen und Screenings nach § 62 Asylgesetz und § 36 IfSG im Rahmen des Familiennachzugs. Weitere Finanzierungen durch Fördergelder sind sehr schwierig, da viele Sponsoren nicht an öffentliche Einrichtungen spenden. Die Finanzierung durch EU-Projekte mit Kooperationen mit anderen EU-Ländern wird angestrebt.

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

6. Zusammenfassung und Ausblick

Das Konzept der Fachstelle hat sich als tragfähig erwiesen. Dies lässt sich sowohl aus der unvermindert hohen Inanspruchnahme des Angebots als auch aus den dokumentierten Behandlungserfolgen in Psychotherapien erschließen.

Das Angebot der Fachstelle wurde und wird weiter durch die Kooperationsbeziehungen mit dritten Parteien (u.a. TraumaHilfeZentrum Nürnberg, Evangelische Hochschule, Klinikum Nürnberg Fachbereich Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinik Erlangen, Fachbereich Psychotherapie und Psychosomatik) erweitert.

Ein grundsätzliches, drängendes Problem ist nach wie vor, die Menschen mit Fluchtmigrationshintergrund zu erreichen, die erhebliche psychische Probleme haben, sich auch deswegen nicht adäquat integrieren können, jedoch nicht (mehr) an Sozialdienste angebunden sind und somit nicht von Dritten vermittelt werden. Für diese Gruppe werden aufsuchende Maßnahmen geplant. Die Kontaktmöglichkeiten (u.a. Schulpsychologen, Jobcenter, Vereine) werden recherchiert.

Die Ergebnisse der beschriebenen Untersuchungen bestätigen erneut die dringende Notwendigkeit, sowohl psychische Probleme bei Geflüchteten früh zu erkennen als auch angemessene Angebote vorzuhalten.

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

Anhang 1: Statistik

Statistik Fachstelle Trauma 2017-2022

Ergebnisse des psychiatrischen Screenings von UMA (Prozentual)

Jahr	Auffällig	nicht auffällig	Summe
2017	*	*	*
2018	*	*	*
2019	20	80	100
2020	41	59	100
2021	59	41	100
2022	47	53	100

- UMA stellen eine besonders vulnerable Gruppe mit erhöhtem Risiko psychischer Erkrankungen dar. Etwa die Hälfte aller UMA (+/-) wurden im Erstscreening als psychiatrisch auffällig eingestuft. Vermutlich ist dies noch eine Unteridentifikation, da Auffälligkeiten sich häufig erst später im Verlauf (nach der Ankommensphase) zeigen können, und UMA kein familiäres Bezugssystem haben.

Ergebnisse des psychiatrischen Screenings von Erwachsenen (Prozentual)

Jahr	Auffällig	nicht auffällig	Summe
2017	27	73	100
2018	28	72	100
2019	30	70	100
2020	25	75	100
2021	33	67	100
2022	25	75	100

- Etwa ein Drittel der neu angekommenen Geflüchteten wurden in der Erstuntersuchung als psychiatrisch auffällig eingestuft. Vermutlich ist dies noch eine Unteridentifikation, da Auffälligkeiten sich häufig erst später im Verlauf (nach der Ankommensphase) zeigen können, oder Betroffene aufgrund von Scham und Stigma nicht darüber sprechen können. Studien zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten variieren stark (~20-70%).

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

Anzahl der Patientenkontakte

Jahr	Anzahl der Pat.	EV	Anzahl der PK
2017	*	*	*
2018	*	*	*
2019	194	194	460
2020	276	235	1411
2021	262	98	1093
2022	194	61	480

- Anstieg der PK vor allem 2020 aufgrund der Coronakrise (Wegfall anderer Einrichtungen) und im Zuge der Impfungen (Auffälligkeiten weitervermittelt). 2021 wiederkehrende Probleme mit Quarantänen gesamter GUs und UMA-Wohngruppen.
- Kumulierte Anzahl der Anmeldungen: 903 (vom 2017 bis 06.22)

Geschlecht (Prozentual)

Jahr	Weiblich	Männlich	Summe
2017	29	71	100
2018	38	62	100
2019	37	63	100
2020	41	59	100
2021	46	54	100
2022	49	51	100

- Zunehmender Anteil weiblicher Geflüchteter, v.a. Betroffene von geschlechtsspezifischer Gewalt (FGM, Zwangsverheiratung, Verfolgung durch Familie) und Kriegsgeflüchtete (Ukraine).

Wohnform (Prozentual)

Jahr	GU	WG	Private Wohnung	Frauenhaus	Kirchenasyl	Ohne Angaben	Summe
2017	**49**	23	20	2	1	5	100
2018	**65**	14	14	3	0	4	100
2019	**64**	15	1	0.5	0.5	4	100
2020	**75**	10	13	1	0	1	100
2021	**65**	5	14	13	2	1	100
2022	**59**	19	15	3	0	4	100

- Vergleichsweise wenig private Wohnsitznahme mangels Erlaubnis (noch im Asyl- oder Klageverfahren), bei Erlaubnis jedoch auch mangels konkreter Auszugsmöglichkeit. Das Leben in einer Gemeinschaftsunterkunft stellt einen erheblichen Stressfaktor dar (mangelnder Rückzugsraum, Konflikte, Bedrohungsgefühl insbesondere bei Minderheiten / allein reisenden Frauen).

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

Dauer des Aufenthalts (Prozentual)

Jahr	unter 15 Monate	über/gleich 15-30 Monate	über/gleich 3 Jahre	Summe
2017	12	52	36	100
2018	10	45	45	100
2019	6	10	84	100
2020	25	6	69	100
2021	7	17	76	100
2022	24	3	73	100

- Zunahme des Anteils Geflüchteter, die bereits mehrere Jahre im Land sind aufgrund weniger neu ankommender Geflüchteter (u.a. während der Coronakrise), seit 2022 wieder Zunahme neu angekommener Patienten.

Familienstand (Prozentual)

Jahr	ledig	verheiratet/ Lebenspartnerschaft	getrennt lebend	verwitwet	geschieden	Summe
2017	80	13	5	2	0	100
2018	68	9	4	14	5	100
2019	62	28	4	3	3	100
2020	62	27	5	2	4	100
2021	51	29	11	6	3	100
2022	60	29	4	3	4	100

Altersgruppe (Prozentual)

Jahr	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	o.A	Summe
2017	2	10	30	35	15	5	3	0	0	0	0	100
2018	1	9	31	32	23	2	2	0	0	0	0	100
2019	2	15	37	23	16	6	0	0	0	0	1	100
2020	2	12	33	28	15	8	1	0	0	0	1	100
2021	4	17	24	27	17	7	3	1	0	0	0	100
2022	7	18	25	27	18	4	1	0	0	0	0	100

- Entspricht im Wesentlichen der Altersstruktur ankommender Geflüchteter.
- Mehrheitlich erwachsene Patienten, Kinder und Jugendliche werden eher im Regelsystem angebunden und/oder psychische Erkrankungen werden weniger von Sozialdiensten in GUs (Hauptübermittler) identifiziert.

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

Herkunftsländer (Prozentual)

Land	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Iran	26	27	28	24	22	19
Irak	18	16	19	20	19	14
Afghanistan	21	17	8	13	14	16
Syrien	13	16	10	9	9	8
Ehemalige GUS (Aserbaidschan, Armenien, Georgien, Tschetschenien, Kasachstan, Russland, Ukraine)	8	9	10	12	12	16
Afrikanische Staaten (Äthiopien, Somalia, Eritrea, Nigeria, Guinea, Mauretanien, Gambia, Kamerun)	8	10	23	20	21	19
Weitere (Libyen, Indien, Marokko, Türkei, Pakistan)	6	5	2	2	3	8
Summe	100	100	100	100	100	100

- Die fünf Hauptherkunftsländer Geflüchteter in Nürnberg 2022 sind: Ukraine, Irak, Äthiopien, „ungeklärte“/sonstige und Syrien. Es fällt daher auf, dass der Anteil Geflüchteter aus dem Iran und aus anderen afrikanischen Staaten neben Äthiopien unter den Patienten vergleichsweise hoch ist, während der Anteil syrischer Patienten niedrig ist. Auch zeigt sich der sprunghafte Anstieg ukrainischer Geflüchteter noch nicht in dem Maße unter den neuen Patienten der Fachstelle Trauma.
- Insgesamt zeigt sich ein leichter Rückgang des Anteils Geflüchteter aus dem Iran und Irak, und ein gleichbleibend höherer Anteil Geflüchteter aus afrikanischen Staaten. Nach anfänglichem Rückgang gibt es nun wieder einen Anstieg Geflüchteter aus Afghanistan sowie einen Anstieg Geflüchteter aus den GUS. Dies deckt sich mit politischen Entwicklungen (Angriff auf die Ukraine, Machtübernahme durch die Taliban in Afghanistan).
- Anzumerken ist, dass ein psychischer Belastungsfaktor der ungeklärte Aufenthaltsstatus oder die drohende Abschiebung ist, was sich auch in den Herkunftsländern der Patienten zeigt.

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

Patienten nach Muttersprache (Prozentual)

Sprache	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Persisch/Dari	47	43	45	36	35	28
Arabisch	31	31	29	26	24	23
Kurdisch	4	4	5	11	10	12
Russisch	8	9	10	4	6	10
Türkisch	0	1	1	3	5	6
Amharisch	2	3	3	7	8	9
Englisch	3	4	1	2	4	1
Oromo	1	2	4	7	3	6
Französisch	1	0	0	1	3	0
Somali	2	2	2	2	1	4
Andere	1	1	0	1	1	1
Summe	100	100	100	100	100	100

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

Übermittlung an Trauma FS (Prozentual)

Übermittlung an FS Trauma	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Sozialpädagogen GUS	45	41	36,5	34	31	35
Med. Fachstelle Ärzte	27	28	30	25	35	25
Jadwiga e.V.	7	8	11	8	8	9
Ehrenamtliche Betreuer	5	4	3	3	3	5
Psychologen	1	2	5	1	0	1
Selbst angemeldet (Patienten)	9	10	9	12	11	12
Sozialamt	2	3	0	1	0	0
Vormund	2	3	2	1	1	1
*Sonstiges	2	1	3,5	15	11	12
Summe	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

*Sonstiges = Schulpsychologen, Frauenhaus, Jugendamt, Hausarzt, Gesetzliche Betreuer, Krisendienst Mfr., KNN, Polizei, Psychiater, Mudra, Gh- intern, Sozialpädagogische Familienhilfe, SPFH, Frühe Hilfen/KoKi, Asylsozialberatung, THZ, Jugendsozialarbeit, Psychosoziale Prozessbegleitung, Erziehungsbeistand, ambulante Erziehungshilfen, Stadtmission

- Die Mehrheit der Patienten wurde entweder durch Sozialpädagogen übermittelt oder direkt im Screening identifiziert. Jedoch gibt es auch immer wieder Patienten, die von anderen Patienten davon erfahren und sich selbst anmelden, oder von externen Organisationen übermittelt werden.

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

Hauptdiagnose – Diagnosengruppe (Prozentual)

Diagnosengruppe	2017	2018	2019	2020	2021	2022
F 00	0	0	0	0	0	0
F 10 (Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen)	5	4	5	5	5	6
F 20 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen)	3	4	4	2	2	3
F 30 (Affektive Störungen)	**27**	**28**	**29**	**40**	**32**	**30**
F 40 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen)	**31**	**42**	**52**	**41**	**47**	**48**
F 50 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren)	4	5	4	5	8	6
F 60 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen)	4	4	4	4	2	2
F 70 (Intelligenzsstörung)	0	0	0	0,5	1	1
F 80 (Entwicklungsstörung)	0	0	1	0,5	1	1
F 90 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend)	2	2	1	1	1	2
Hauptdiagnose noch nicht bekannt	24	11	0	1	1	1
Summe	100	100	100	100	100	100
Doppeldiagnosen (psychische Erkrankung + Suchterkrankung)	10	9	11	23	13	7

- Belastungs- und somatoforme Störungen (darunter die posttraumatische Belastungsstörung) stellen mit Abstand die häufigste Diagnose dar, und haben einen deutlichen Ereignisbezug zum Erlebten.

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

Psychotherapeuten (Prozentual)

Psychotherapeuten (PTs)	**2017 - 2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Aktive PTs	19	6	6	7
Davon extern	5	0	0	1
Davon Kinder – und Jugendpsychotherapeuten KJP	5	1	1	0
Davon Psychologen	3	1	1	1
Davon Erwachsenentherapeuten	10	5	5	7
Von Ausbildungsinstituten	6	1	1	2
HP	0	1	1	1

- Kooperation mit zwei Ausbildungsinstituten (IVS und DGVT), sofern Supervision sichergestellt werden kann.

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

Einzel- Psychotherapien

Therapien	**2017/18/19**	**2020**	**2021**	**2022**
Laufende	42	21	36	35
Abgeschlossene	58	0	14	3
Davon mit Dolmetscher	8	3	16	17
Aktuelle Warteliste	39	~20	NV	~5
Davon mit Dolmetscher	35 (davon 28 mit Kostenträger AOK)	NV	16	15
Gesamt durchgeführte Psychotherapien	106 (davon 6 extern)	24	50 (davon 7 extern)	38 (davon 3 extern)

- Deutliche Reduktion der Wartezeiten für Psychotherapien und Ausbau des gesprächstherapeutischen Angebots durch die Psychologenstelle (ab 2021 zunächst 50% dann 80% Teilzeit).
- Wiederkehrende Wartezeiten vor allem im Kinder- und Jugendbereich; speziell im Kinderbereich viel externe Vermittlung.
- Wieder ansteigender Dolmetscherbedarf aufgrund des größeren Anteils neu ankommender Geflüchteter ohne Zweitsprache Englisch/Französisch oder Muttersprache Arabisch.

Stabilisierungsgruppen

Therapien	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Anzahl der Gruppendurchläufe (à 10-15 Sitzungen)	2	0	1	2
Anzahl der Teilnehmerinnen	14	0	5-8 (offen)	19

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

Anzahl der Therapiesitzungen im Haus (intern)

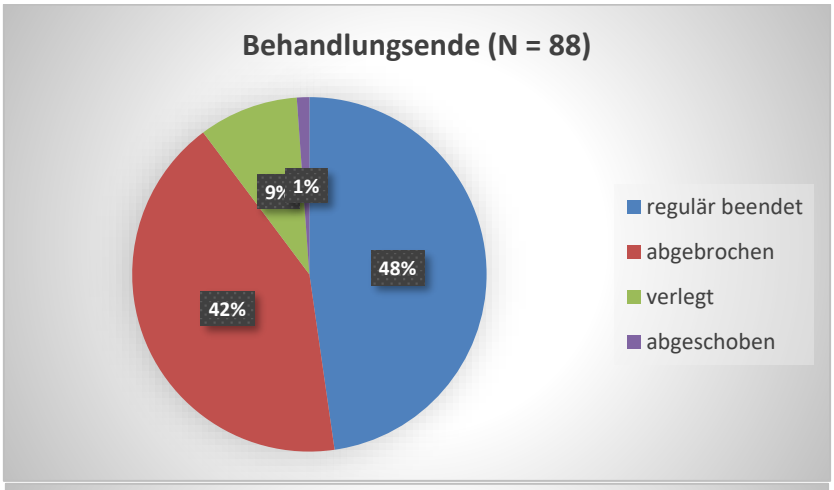
Name	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Interne Einzelsitzungen	33	95	254	160	476	203

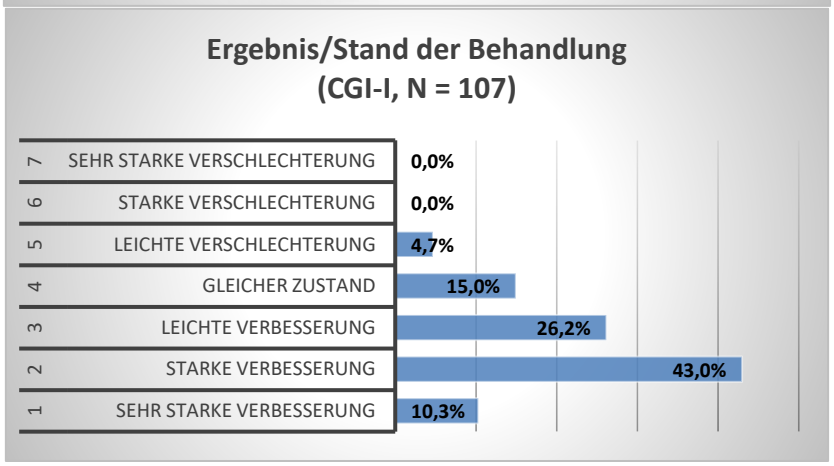
- Reduktion der Psychotherapiesitzungen während der Coronakrise und Ausfall einiger Psychotherapeuten. Zunahme ab 2021 durch Psychologenstelle, s.o.

Anzahl der erstellten fachärztlichen qualifizierten Atteste

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Fachärztliche Qualifizierte Atteste	4	8	15	26	26	17

Behandlungsergebnisse der Psychotherapien





- Insgesamt beim Großteil der Patienten eine leichte bis sehr starke Verbesserung der Symptomatik durch Psychotherapie nach einer standardisierten klinischen Bewertung.
- Vergleichsweise hoher Anteil an Behandlungsabbrüchen (42%), der die instabile Lebenssituation unserer Patienten widerspiegelt, u.a. Umzüge und aufenthaltsrechtliche Probleme.

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

Statistik Medizinische Fachstelle 2017-2022

Jahr	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Anzahl der ***Erstuntersuchungen*** (körperliche Untersuchung + psychiatrische Screening + Impfung)	**0**	**0**	**28**	**24**	**55**	**20**
Anzahl der ***Familiennachzügler*** (körperliche Untersuchung + psychiatrische Screening + Impfung)	**410**	**206**	**109**	**37**	**20**	**9**
Anzahl der ***Sprechstunden und Beratungen und Nachimpfungen***	**1579**	**1468**	**1386**	**469**	**303**	**159**
Anzahl der ***Screenings*** in der Clearingstelle ***(UMA)***	**16**	**46**	**22**	**8**	**16**	**3**
Anzahl der Patienten-Kontakte in der Fachstelle (Sprechstunde, Beratung, Impfung)	**1302**	**1720**	**1545**	**538**	**303**	**191**
Anzahl der Patienten-Kontakte außerhalb der Fachstelle (EU, Sprechstunde, Impfung)	**1180**	**440**	**1073**	**571**	**1200**	
Anzahl der Patienten-Kontakte innerhalb und außerhalb der Fachstelle	**2482**	**2160**	**2618**	**1109**	**1503**	
Anzahl der Patienten in der Fachstelle mit Krankenschein vom Sozialamt	**84**	**76**	**183**	**134**	**176**	**104**

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

MMR Impfung - städtische Unterkünfte

Nr.	Unterkünfte	***Anzahl der** MMR **Verpflichteten**	davon geimpfte		geimpfte (prozentual)	**Anzahl der **Impf.Stoffe**	***Anzahl der Einladungen
			zweimal geimpfte	einmal geimpfte			
1	Münchenerstr.330	116	37	13	43,0	119	254
2	Eilgutstr.7	111	40	10	45,0	98	318
3	Vogelweiherstr.30	93	51	0	54,8	92	192
4	Tassilostr.21	91	38	0	41,8	63	153
5	Regensburgerstr.79	49	18	3	43,0	43	91
6	Isarstr.12	37	14	2	43,0	29	71
7	Bierweg.71	25	8	5	52,0	24	55
8	Reichelsdorfer Hauptstr.175	22	14	0	63,6	0	33
9	FindelwiesenStr	19	1	2	5,3	5	18
10	Schnieglinger Str. 321	15	2	0	13,3	2	15

* Alle Bewohnern*innen , die ab 1970 geboren sind, und Kinder ab 6 Jahre alt!

**Die Mehrzahl der Patienten bekommen Kombinationsimpfstoffe d.h. TdaP-IPV, MMR, Varizellen

**Anzahl der erbrachten Leistungen von uns z.B. Einladungen, Terminierungen

Anzahl der Impfungen

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Anzahl der Einladungen	keine Daten	806	1073	505	1200	30
Geimpfte Personen	keine Daten	643	358	260	258	18
Angewendete Impfstoffe	2481	1110	947	364	475	35

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

TBC Untersuchungen der ukrainischen Flüchtlinge seit März 2022

Unterkünfte:	Anzahl der Bewohner	Rö. Verpflichtet	davon erledigt	QF verpflichtet	davon erledigt	Kinder unter 10Jahre
Fürtherstr.338	56	45	39	8	5	3
Harsdörfferstr. 30	27	24	13	0	0	3
Holzschuherstr. 42	41	31	26	6	6	4
Köhnstr. 51, 90478	29	24	19	1	1	4
Lichtenfelser Str. 1	31	21	20	4	3	6
Münchenerstr.330	134	84	77	19	16	21
Regensburgerstr.79	23	16	11	3	1	4
Tassilostr.21	132	91	77	20	17	21
Vogelweiherstr.30	48	34	29	7	6	7
Wirthstr.16-18	37	20	15	6	5	11
Worzeldorfer Hauptstr. 15m	18	10	8	3	3	5
Beuthenerstr.37-39	244	154	135	34	31	55
Summe	820	554	469	111	94	144

Insgesamt fanden für TBC Untersuchungen 36 Termine (Tage) in den Unterkünften oder in der medizinischen Fachstelle statt. Bei allen Terminen waren mindestens zwei MFAs und mindestens eine Verwaltungskraft tätig. Die Arbeitsstunden belaufen sich auf 576 Stunden.

Anzahl der Sprechstunden in den Notunterkünften:

- BBS: 187
- Herriedener Strasse/Messe: 287

Insgesamt: *474 Patienten Kontakte haben stattgefunden*- davon wurden 69 weiter übermittelt.

Anzahl der MMR Impfungen Termine in der medizinischen Fachstelle: 25 Personen wurden auf eigenen Wunsch eingeladen, davon wurden 15 geimpft.

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

Anhang 2: Psychologisches und psychotherapeutisches Konzept

1. Einschätzung des Behandlungsbedarfs

Generell: nach humanitärer Krise und in Kriegsgebieten entwickeln etwa 24% der betroffenen Population psychische Erkrankungen (WHO, 2019; 2022) → d.h. bei 11.015 Geflüchteten in Nürnberg wäre der Bedarf um die 2.644. Für Geflüchtete und Vertriebene variieren diese Schätzungen stark.

Faktoren, die das Risiko einer Erkrankung erhöhen (bei Patienten stark gegeben, vgl. Statistik):

- prä-Migration: Verfolgung im Herkunftsland, direkt in Kampfhandlungen involviert gewesen zu sein, Militärdienst, Verhöre/Folter, Gefangenschaft, direkter Zeuge von Tod von nahen Angehörigen zu sein, „Verschwinden“ naher Angehöriger, Krieg/Zerstörung des eigenen Ortes, extreme Armut/Nahrungsmittelunsicherheit

- fluchtbezogen: langer Fluchtweg (über mehrere Länder, Monate/Jahre), lebensbedrohliche Bedingungen (Boot, Wüste, eingesperrt in Transportern), Gewalt erlebt zu haben (Vergewaltigung, Entführung, Folter/Einschüchterung um Geld zu erpressen, Zwangsarbeit), Gefangenschaft

- post-migratorisch: unsichere Bleibeperspektive, mangelnder Zugang zu Versorgung, Rassismus/Diskriminierung erleben, Eingesperrtsein (entweder tatsächliche Gefangenschaft od. Belastungsfaktoren wie Quarantäne), Armut/Nahrungsmittelunsicherheit, Verfolgung auch im Aufnahmeland erleben, Sprachbarriere, Akkulturierungsprobleme und Änderung in den sozialen Rollen

Faktoren, die das Risiko senken (Schutzfaktoren, bei zeitnahem Engagement gegeben):

- gute Vernetzung und soziale Unterstützung

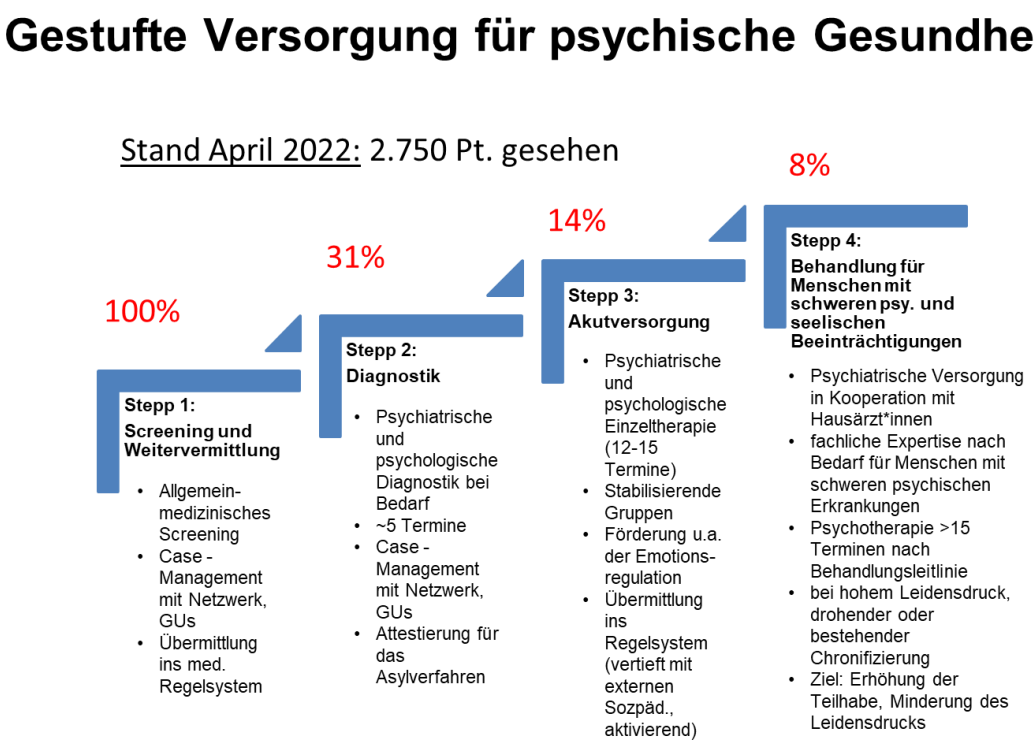
- schneller Zugang zu Versorgung, Behandlung körperlicher Erkrankungen, keine lange Behandlungsunterbrechung bei vorheriger psychiatrischer Behandlung (Fachstelle Trauma)

- Unterstützung der natürlichen Coping-Strategien (z.B. psychosoziale Projekte, kollektive Wege, Trauer auszudrücken, selbst aktiv werden, Fürsorge für andere ausüben) → psychosozial über externe Träger unterstützbar, vgl. Integrationsprojekte der Stadt Nürnberg

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

2. Psychologische und psychotherapeutische Versorgungsmöglichkeiten

Ärztliche und im speziellen medikamentöse Versorgung alleine sind unzureichend (wenngleich wichtig), um psychische Erkrankungen effektiv und leitliniengerecht zu behandeln. Insbesondere für Traumafolgestörungen wie die posttraumatische Belastungsstörung existieren keine medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten, die über ein zeitweises Symptommanagement (Reduktion von Schlafstörung, Übererregungszuständen etc.) hinausgehen. Akutversorgung sowie leitliniengerechte Psychotherapie sind daher ein wichtiger Baustein, mit unterschiedlichen Zielen zu verschiedenen Zeitpunkten, s.u.



Ziele von Diagnostik:

- In Fällen mit Bedarf für das Asylverfahren zeitnahe Anamneseerhebung und Differenzialdiagnostik psychischer Erkrankungen.
- Traumasensible, transkulturell informierte Gesprächsführung und fachliche Expertise in der Beurteilung von Belastungsreaktionen und Traumafolgeerkrankungen.
- Beachtung der fachlichen Standards für das Asylverfahren, insbesondere für die qualifizierte fachärztliche Attestierung.

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

Ziele von Akutversorgung:

- Würde, Selbstwirksamkeitserleben wiederherstellen, Beruhigung ermöglichen.

- Natürliche Coping-Strategien unterstützen (Psychoedukation + Anbindung an psychosoziale Ressourcen).

- Behandlung der belastensten Regulationsprobleme mit den größten funktionellen Konsequenzen im Alltag (Schlafstörungen, Dissoziation, Übererregung, Ängste und Vermeidungsverhalten, sozialer Rückzug).

- Identifikation von Menschen mit besonderem Schutzbedarf (z.B. UMAs, Menschen mit Erkrankungen).

- Zugang zu psychiatrischer Versorgung für mittelgradige bis schwere psychische Erkrankung zeitnah schaffen, Behandlungsunterbrechungen aufgrund der Krise auffangen.

- Frühidentifikation von Menschen mit erhöhtem Risiko psychischer Erkrankungen (prospektiv).
  → Unterstützung und Psychoedukation, Symptommanagement
  → kein systematisches Trauma-Interview! (das kann Symptomatik verschlimmern) – es sei denn, es ist asylrechtlich zwingend notwendig

Ziele von mittel- längerfristiger Versorgung:

- Fachliche Unterstützung des geregelten Gesundheits- und Sozialsystems (Hausarzt/-ärztin, psychosoziale Programme) in der Behandlung.

- Niederschwellige psychosoziale Versorgung vermitteln zur Stabilisierung (ressourcenorientiert) und zum Umgang mit Akkulturationsstress (Isolation mindern) und Barrieren der Teilhabe an Integrationsangeboten abbauen (z.B. extreme soziale Ängste, Vermeidungsverhalten, aggressives Verhalten/Überreaktionen).

- Unterstützung der psychiatrischen Behandlung mittelgradiger bis schwerer psychischer Erkrankungen (Symptommanagement im Alltag).

- Psychotherapeutische Bearbeitung von posttraumatischer Belastung und Trauerthemen nach den Behandlungsleitlinien, insbesondere bei sequentieller oder anhaltender Traumatisierung (insbesondere gekennzeichnet durch wiederholten oder anhaltenden Kontrollverlust, verschiedene Formen von Gewalt, Verletzung durch nahe Bezugspersonen).

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

3. Indikationsstellung

Kriterien für Weitervermittlung an die Fachstelle Trauma:

- Verdachtsdiagnose einer behandlungsbedürftigen Erkrankung aus dem psychiatrischen Formenkreis ohne bestehende externe psychiatrische Behandlung (mittelschwer).

- Akute Belastungsreaktion, die seit >4 Wochen anhält ohne bestehende externe Behandlung (v.a. PTBS), oder: akute *schwere* Krise, die nicht vom Allgemeinmediziner medikamentös behandelt werden kann (z.B. akute drastische Veränderung des Schlafverhaltens, nicht essen können, usw.).

- Bestehende allgemeinmedizinische Bedenken im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung (z.B. Differenzialdiagnostik einer körperlichen Ursache, Essstörung).

- Gravierende Auffälligkeiten im psychopathologischen Befund (Denkstörungen, dissoziatives Erleben, Apathie, …).

- Akute Selbst- oder Fremdgefährdung.

- Bedarf nach einem qualifizierten fachärztlichen Attest

Kriterien für die Vermittlung in externe oder interne Psychotherapien:

- Indikationen nach der **Psychotherapie-Richtlinie** (Nov. 2020):

§ **27 Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie**
(1) Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie gemäß Abschnitt B und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung gemäß Abschnitt C der Richtlinie bei der Behandlung von Krankheiten können nur sein:

1. Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie;
2. Angststörungen und Zwangsstörungen;
3. Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
5. Essstörungen
6. Nichtorganische Schlafstörungen
7. Sexuelle Funktionsstörungen
8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen
9. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

- Keine Kontraindikationen nach der **Psychotherapie-Richtlinie** (Nov. 2020):

> (3) Psychotherapie ist als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, wenn:
>
> 1. zwar seelische Krankheit vorliegt, aber ein Behandlungserfolg nicht erwartet werden kann, weil dafür bei der Patientin oder dem Patienten die Voraussetzung hinsichtlich der Motivationslage, der Motivierbarkeit oder der Umstellungsfähigkeit nicht gegeben sind, oder weil die Eigenart der neurotischen Persönlichkeitsstruktur (gegebenenfalls die Lebensumstände der Patientin oder des Patienten) dem Behandlungserfolg entgegensteht,
> 2. sie nicht der Heilung oder Besserung einer seelischen Krankheit, sondern allein der beruflichen oder sozialen Anpassung oder der beruflichen oder schulischen Förderung dient,
> 3. sie allein der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- und Sexualberatung sowie der Paar- und Familienberatung dient.
>
> (4) Soll Psychotherapie im Rahmen einer die gesamten Lebensverhältnisse umfassenden psychosozialen Versorgung erbracht werden, so ist diese Psychotherapie nur dann und soweit eine Leistung der GKV, als sie der Behandlung von Krankheit im Sinne dieser Richtlinie dient.
>
> (5) Verhaltensweisen, die als psychosoziale Störung in Erscheinung treten, sind nur dann Gegenstand von Psychotherapie nach Abschnitt B und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung nach Abschnitt C der Richtlinie, wenn sie Ausdruck einer psychischen Erkrankung sind.

- Bestehender Bedarf über die Akutversorgung hinaus (insbesondere bei absehbarem längerfristigem Aufenthalt in Deutschland), Veränderungsmotivation und Motivation des Patienten/der Patientin, sich auf regelmäßige Termine einzulassen (in diesem Fall ist eine leitliniengerechte Behandlung der Grunderkrankung einem reinen „Symptommanagement“ vorzuziehen).

** Die Personen und die Handlungen in den Fallbesprechungen werden aus mehreren Teilen von verschiedenen Narrationen gesetzt, um unsere Patienten zu schützen. Etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Begebenheiten oder lebenden oder verstorbenen Personen wären rein zufällig*

Beschlussvorlage
Gh/010/2022

Beratung	Datum	Behandlung	Ziel
Gesundheitsausschuss	10.11.2022	öffentlich	Beschluss

Betreff:

Epidemiologisches Monitoring der epidemischen COVID-19 Infektionen durch Untersuchung des Abwassers

Sachverhalt (kurz):

Zum Schutz der Menschen vor einer möglichen neuen Corona-Welle im Herbst und Winter sollte die virologische Überwachung deutlich ausgebaut werden, insbesondere um die Entwicklung des Infektionsgeschehens besser zu prognostizieren und vor allem auch die Ausbreitung besorgniserregender Virusvarianten schneller erkennen zu können.

Das Abwassermonitoring stellt hierzu ein umfassendes, schnelles und zuverlässiges Messinstrument des pandemischen Geschehens dar, insbesondere kann der Trend des Infektionsgeschehens mit einer Vorlaufzeit von fünf bis acht Tagen zuverlässig abgebildet werden.

Bei gleichzeitiger Anbindung an Bay-VOC würde dies eine Datengrundlage für notwendige Maßnahmen der Pandemiebekämpfung und der Sicherung der kritischen Infrastruktur darstellen.

1. Finanzielle Auswirkungen:

☐ Noch offen, ob finanzielle Auswirkungen

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

(→ *weiter bei 2.*)

☐ Nein (→ *weiter bei 2.*)

☒ Ja

☐ Kosten noch nicht bekannt

☐ Kosten bekannt

Gesamtkosten	20.000 €	**Folgekosten**	€ pro Jahr
		☐ dauerhaft	☐ nur für einen begrenzten Zeitraum
davon investiv	€	davon Sachkosten	€ pro Jahr
davon konsumtiv	20.000 €	davon Personalkosten	€ pro Jahr

Stehen Haushaltsmittel/Verpflichtungsermächtigungen ausreichend zur Verfügung?
(mit Ref. I/II / Stk - entsprechend der vereinbarten Haushaltsregelungen - abgestimmt, ansonsten Ref. I/II / Stk in Kenntnis gesetzt)

☐ Ja

☒ Nein

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

Vermerk an Ref. I/II zur gesamtstädtischen Finanzierung als Corona-bedingte Aufwendung. Gh hat hierfür keine Mittel veranschlagt.

2a. Auswirkungen auf den Stellenplan:

☒ Nein (→ *weiter bei 3.*)

☐ Ja

☐ Deckung im Rahmen des bestehenden Stellenplans

☐ Auswirkungen auf den Stellenplan im Umfang von Vollkraftstellen (Einbringung und Prüfung im Rahmen des Stellenschaffungsverfahrens)

☐ Siehe gesonderte Darstellung im Sachverhalt

2b. Abstimmung mit DIP ist erfolgt (Nur bei Auswirkungen auf den Stellenplan auszufüllen)

☐ Ja

☐ Nein

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

3. Diversity-Relevanz:

☒ Nein

☐ Ja

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

4. Abstimmung mit weiteren Geschäftsbereichen / Dienststellen:

☐ **RA** (verpflichtend bei Satzungen und Verordnungen)

☒ **Stk**

☐

☐

Beschlussvorschlag:

Der Gesundheitsausschuss begrüßt, dass ab 01.01.2023 Untersuchungen des Nürnberger Abwassers auf COVID-19 durch das LGL erfolgen.

Um die bei SUN auf Grund eigener Abwasseruntersuchungen vorhandene Datenreihe bis zum Übergang der Untersuchungen auf das LGL nicht abreißen zu lassen, wird Gh beauftragt, entsprechende Abwasseruntersuchungen bis zur Übernahme der Untersuchungen durch das LGL bei SUN in Auftrag zu geben. Die monatlichen Kosten belaufen sich auf ca 4.000€/Monat.

Im Falle der Verzögerung durch das LGL zum 01.01.2023 kann GH auch über den Jahreswechsel hinaus, längstens jedoch für 2 Monate SUN mit den Messungen beauftragen. Die Kosten trägt der Gesamthaushalt.

Gh bemüht sich um eine Erstattung der Messkosten durch die Regierung.

Epidemiologisches Monitoring der epidemischen COVID-19 Infektionen durch Untersuchung des Abwassers

Bereits am 17.03.2021 regte die EU-Kommission in einer Empfehlung die systematische Überwachung von SARS-CoV-2 und seiner Varianten im Abwasser an.

Dieser Empfehlung schloss sich der bayerische Ministerrat am 24.05.2022 ebenfalls an. „Ein breit aufgestelltes Frühwarnsystem leistet einen zentralen Beitrag für eine vorausschauende Risikobewertung und die daraus folgenden Maßnahmen. …, mit dem … schon jetzt Vorsorge für den Herbst trifft. … . Es beruht auf dem Nachweis mehrerer Gensequenzen von SARS-CoV-2 mittels PCR in Abwasserproben. Auch andere Erreger von akuten Atemwegsinfektionen können so nachgewiesen werden. …“

Im Rahmen dieser Empfehlung ist angedacht, mindestens zwei Probenahmen pro Woche in allen Städten mit mehr als 150.000 Einwohnern durchzuführen und „geeignete Strukturen unter Einbeziehung der für Gesundheit und Abwasser zuständigen Behörden einzurichten, um relevante Datensätze zusammenzuführen und miteinander zu verknüpfen und die Auswertung und Übermittlung der Ergebnisse zu koordinieren.“

Dieses Schutzziel wird durch das bayerische Gesundheitsministerium weiter fokussiert und um die Variantenspezifizierung erweitert: „Wir müssen zum Schutz der Menschen vor einer möglichen neuen Corona-Welle im Herbst und Winter die virologische Überwachung deutlich ausbauen. Ein breit aufgestelltes Frühwarnsystem ermöglicht uns, die Entwicklung des Infektionsgeschehens noch besser zu prognostizieren und vor allem auch die Ausbreitung besorgniserregender Virusvarianten noch schneller zu erkennen.“

Diese Empfehlung nahm SUN/U zum Anlass, ein Abwassermonitoring auf SARS-CoV-2 für die Stadt Nürnberg zu etablieren. Eine Finanzierung erfolgte bis Juli 2022 über Gebühren. Für August 2022 hat Gh aus eigenem Budget die Kosten für die Abwasseruntersuchungen übernommen.

Auch in der 11. Stellungnahme des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19 wird die Etablierung des Abwassermonitorings als Surveillance-Strategie zur Identifikation lokaler Ausbrüche und erhöhtem Infektionsgeschehen empfohlen.

Das Abwassermonitoring stellt ein umfassendes, schnelles und zuverlässiges Messinstrument des pandemischen Geschehens dar.

Nach Berechnungen auf Basis der durch SUN/U erhobenen Daten und der offiziellen RKI-Daten zu Inzidenz und täglichen Neuinfektionen für Nürnberg, kann bei einer Mindestanzahl von zwei Proben pro Woche der Trend des Infektionsgeschehens mit einer Vorlaufzeit von fünf bis acht Tagen zuverlässig abgebildet werden.

Derzeit werden in Bayern an zehn Standorten Projekte zum Abwassermonitoring durchgeführt. Die Abwasseruntersuchung wird ab 01.01.2023 auf weitere Standorte ausgeweitet. In der Region werden ab diesem Zeitpunkt zusätzlich in Erlangen und Nürnberg Abwasseruntersuchungen durch das LGL durchgeführt.

Derzeit wird das LGL ertüchtigt, ab 2023 vollständige Analysen von Abwasserproben auf SARS-Co-2, Influenza und bei Bedarf weiterer gefährlicher Infektionserreger durchzuführen. Des Weiteren soll das LGL in der Lage sein eine Spezifizierung der Virusvarianten (VoC) durch zu führen.

Die Messungen der Virusmenge im Abwasser etablieren eine alternative Datengrundlage für verschiedene Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, des Gesundheitswesens im Allgemeinen, sowie Einrichtungen der kritischen Infrastruktur.

Weiter sollte eine Anbindung an Bay-VOC vorangetrieben werden. „Bay-VOC ist das bayerische Netzwerk, in dem die Expertise der gesamten bayerischen Universitätsmedizin sowie des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Früherkennung besorgniserregender Virusvarianten … gebündelt wird.“ Die Datenbasis von Bay-VOC soll hierzu in Zukunft deutlich erweitert werden: Das Bay-VOC Verbundprojekt soll dabei mit den Sentinel-Praxen und dem Abwassermonitoring verzahnt und alle Daten auf der Datenplattform von Bay-VOC gebündelt werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Nutzen des Abwassermonitorings für verschiedenste Bereiche des Gesundheitswesens klar gegeben ist.

Gh/Hyg
Gh/Statistik 28.07.2022

Positionspapier zum Abwassermonitoring – Eine Nutzenanalyse

1. Einleitung

Bereits am 17.03.2021 regte die EU-Kommission in einer Empfehlung die systematische Überwachung von SARS-CoV-2 und seiner Varianten im Abwasser an. Im Rahmen dieser Empfehlung ist außerdem angedacht, mindestens zwei Probenahmen pro Woche in allen Städten mit mehr als 150.000 Einwohnern durchzuführen und „geeignete Strukturen unter Einbeziehung der für Gesundheit und Abwasser zuständigen Behörden einzurichten, um relevante Datensätze zusammenzuführen und miteinander zu verknüpfen und die Auswertung und Übermittlung der Ergebnisse zu koordinieren." (1)

Diese Empfehlung nahm SUN/U zum Anlass ein Abwassermonitoring auf SARS-CoV-2 für die Stadt Nürnberg zu etablieren. Nach einer anfänglichen Testphase liefern diese Analysen seit dem 17.08.2021 eine durchgängige Zeitreihe valider Daten.

Auch in der 11. Stellungnahme des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19 wird die Etablierung des Abwassermonitorings als Surveillance-Strategie zur Identifikation lokaler Ausbrüche und erhöhtem Infektionsgeschehen nochmals empfohlen. (2) Gerade vor dem Hintergrund der Veränderungen beim Testregime und der Test-Compliance und der dadurch als sehr hoch eingeschätzten Dunkelziffer wurde das Abwassermonitoring in der öffentlichen Diskussion zuletzt wieder vermehrt thematisiert. (3)

2. Nutzen

Das Abwassermonitoring stellt ein umfassendes, schnelles und zuverlässiges Messinstrument des pandemischen Geschehens dar. Nach Berechnungen auf Basis der durch SUN/U erhobenen Daten und der offiziellen RKI-Daten zu Inzidenz und täglichen Neuinfektionen für Nürnberg, kann bei einer Mindestanzahl von zwei Proben pro Woche der Trend des Infektionsgeschehens mit einer Vorlaufzeit von fünf bis acht Tagen zuverlässig abgebildet werden.

Beispielhaft lässt sich dies am Übergang der Delta-Welle zur Omikron-Welle am Jahreswechsel 2021/2022 darstellen. So wies die gemessene Virusmenge im Abwasser bereits ab dem 20.12.2021 einen steigenden Trend auf, während sich dieser Trend erst ab dem 03.01.2022 niederschlug. In diesem Fall trug vermutlich das – über die Feiertage verringerte – Testgeschehen zur stark verzögerten Reaktion der Inzidenzen bei, wodurch sich hier eine besonders hohe Vorlaufzeit ergab.

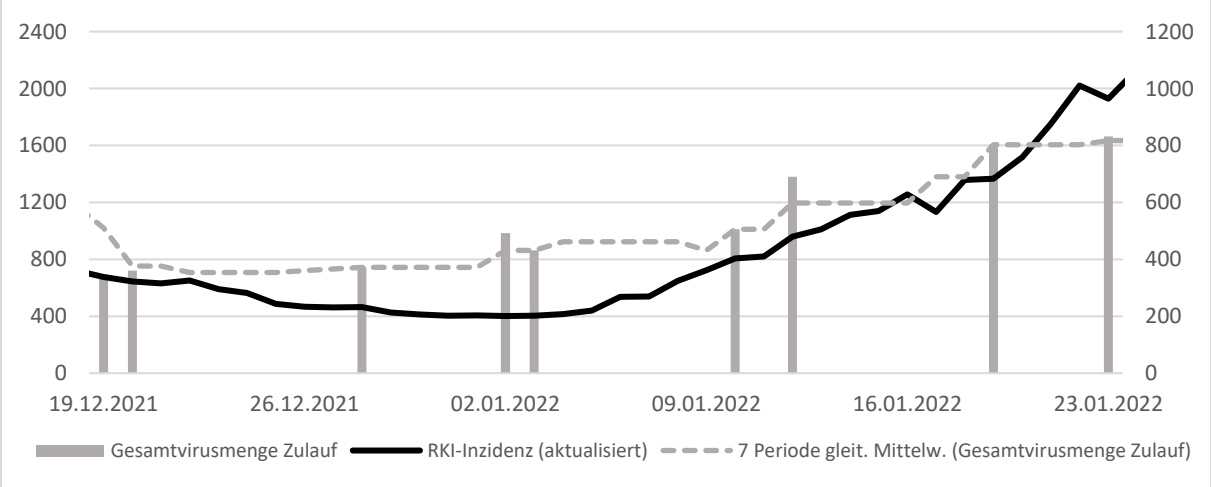


Abbildung 1: Gesamtvirusmenge im Zulauf und Covid-19-Inzidenzen im Zeitraum 19.12.2022-23.01.2022
Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten von SUN/U und RKI

Eine Steigerung der Testfrequenz auf vier bis sechs Proben pro Woche würde allerdings eine Erhöhung der relativen Vorlaufzeit nach sich ziehen und die Trendabschätzung darüber hinaus präziser machen. Um systematische Störeinflüsse zu vermeiden, sollten die Probeentnahmen demnach möglichst randomisiert auf die Wochentage verteilt werden. Bei lediglich zwei Proben pro Woche können so in ungünstigen Konstellationen größere Zeiträume zwischen zwei Probeentnahmen entstehen (im Extremfall bis zu 10 Tage).

Auch wenn sich die Dunkelziffer an Covid-Infizierten wohl nie ganz aufklären lässt, so kann man anhand der Abwasserdaten zumindest ein Szenario abschätzen, welches die Anzahl der Infizierten bei umfassenden Testungen (wie noch zum Jahresanfang) zeigt. Eine beispielhafte Schätzung für die aktuelle Situation würde wie folgt aussehen: Die Inzidenz in KW 28/2022 läge näherungsweise bei 1.792, wenn sich die Test-Compliance auf dem Niveau vom Zeitraum KW 01/2022-04/2022 bewegen würde (tatsächliche Inzidenz laut RKI in KW 28: Ø 930,2).

Neben der Vorlaufzeit und prognostischen Aussagekraft ist deshalb zu beachten, dass das Testgeschehen deutschlandweit stark abgenommen hat und in KW 27/2022 nur noch bei ca. 35% des Spitzenwertes in KW 05/2022 lag. (4) Somit ist die Aussagekraft der Inzidenz eingeschränkt und wird weiter abnehmen, wenn – wie in der Stellungnahme des ExpertInnenrates empfohlen – die bisher sehr intensiven und breiten Testungen reduziert werden. (2) An deren Stelle können die Messungen der Virusmenge im Abwasser treten, um eine alternative Datengrundlage für verschiedene Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, des Gesundheitswesens im Allgemeinen, sowie Einrichtungen der kritischen Infrastruktur zu etablieren.

Eine beispielhafte Auflistung dieser Maßnahmen, allerdings ohne Anspruch auf Vollständigkeit, beinhaltet dabei:

- Kliniken
  - Dienstplangestaltung
  - Reduzierung elektiver Aufnahmen und Operationen
  - Erweiterung der Kapazitäten von Intensivstationen
- Feuerwehr, Rettungsdienst und ILS
  - Dienstplangestaltung (z.B. Verkürzung der Freischichten)
  - Einbindung ehrenamtlicher Kräfte
  - Vorbereitung auf Kleeblatt-Verteilung
- Kommunalverwaltung
  - Öffentlich wirksame präventive Kommunikation, z.B. mit Empfehlungen zur Reduzierung der Kontakte oder dem Tragen von FFP2-Masken
  - Genehmigung von Großveranstaltungen

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Nutzen des Abwassermonitorings für verschiedenste Bereiche des Gesundheitswesens klar gegeben ist, auch wenn sich dieser im Einzelnen nicht monetär beziffern lässt.

3. Empfehlung

Somit empfiehlt Gh eine längerfristige Fortführung der SARS-CoV-2-Messung im Abwasser durch SUN/U bis mindestens Ende 2023. Eine Mindestanzahl von zwei Probenentnahmen pro Woche sollte keinesfalls unterschritten werden, wobei eine dringende Empfehlung ausgesprochen wird, im Idealfall vier bis sechs Proben pro Woche zu entnehmen. Dadurch kann auch bei einem weiterhin geringem Testgeschehen, niedriger Test-Compliance und Meldeverzügen eine Überwachung des Infektionsgeschehens in Nürnberg gewährleistet werden. Diese Überwachung erlaubt die Etablierung eines Frühwarmsystems, von dem u.a. Kliniken und Pflegeheime, aber auch die Stadtverwaltung selbst, in großem Maße profitieren.

Außerdem sollte die Zusammenarbeit zwischen Gh und SUN gestärkt werden, um Strukturen zu schaffen, auf die auch in Zukunft, bei dem Auftreten möglicher anderer bedenklicher Krankheitserreger oder weiterer Schadstoffe, zurückgegriffen werden kann. Die Fortführung und Verfestigung des empfohlenen Überwachungssystems und der empfohlenen Überwachungsverfahren werden so auch über die SARS-CoV-2-Pandemie hinaus einen Mehrwert haben.

Für eine Übersicht über die hierfür anfallenden Kosten wird auf SUN/U verwiesen.

Quellen:

(1) EU-Kommission (2021): EMPFEHLUNG (EU) 2021/472 DER KOMMISSION vom 17. März 2021 über einen gemeinsamen Ansatz zur Einführung einer systematischen Überwachung von SARS- CoV-2 und seinen Varianten im Abwasser in der EU. https://eur-lex.europa.eu/eli/reco/2021/472

(2) Corona-ExpertInnenrat (2022): Pandemievorbereitung auf Herbst/Winter 2022/23. 11. Stellungnahme des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19. https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2048684/fe0a6178b1b60172726d4f859acb4b1d/2022-06-08-stellungnahme-expertinnenrat-data.pdf?download=1

(3) WDR (2022): Corona im Abwasser: Hälfte der Fälle in Köln bleibt unerkannt. https://www1.wdr.de/nachrichten/themen/coronavirus/abwasser-corona-inzidenz-100.html

(4) RKI (2022): Testzahlen, Testkapazitäten und Probenrückstau pro Woche (14.7.2022). https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Testzahlen-gesamt.xlsx?__blob=publicationFile

Referat für Umwelt und Gesundheit
Nr.:
Anl.:
Eingang: 15. JULI 2022
☐ m. d. B. um Rücksprache ☐ z.w.V.
☐ zur Stellungnahme ☐ z.K.
☐ Antwort zur Unterschrift ☐ WV am

Ausschussvorlage GhA

FRAKTION B' 90/DIE GRÜNEN, RATHAUSPLATZ 2, 90403 NÜRNBERG

An den Oberbürgermeister der Stadt Nürnberg
Marcus König
Rathaus

90403 Nürnberg

OBERBÜRGERMEISTER
08. JULI 2022
/.....Nr. .....
1 Zur Kts. | 3 Zur Stellungnahme
2 z.w.V. | 4 Antwort vor Absendung vorlegen
5 Antwort zur Unterschrift vorlegen

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Stadtratsfraktion Nürnberg

Rathausplatz 2
90403 Nürnberg
Tel: (0911) 231-5091
Fax: (0911) 231-2930
gruene@stadt.nuernberg.de

Bus: Linie 36, 46, 47 (Rathaus)
U-Bahn: Linie 1 (Lorenzkirche)

Nürnberg, 8. Juli 2022

Abwassermonitoring für konkretere Informationen über Corona-Infektionen

Antrags-Nummer: AN/136/2022

Sehr geehrter Herr Oberbürgermeister,

aktuell läuft in Deutschland an 20 Standorten ein Pilotprojekt, bei dem Abwasser auf Corona-Spuren analysiert wird. Diese Untersuchungen geben konkretere Informationen über Coronainfektionen als Tests, da Infizierte bereits vor Erkrankungsbeginn Viren ausscheiden und sich diese Bestandteile noch in der Kläranlage nachweisen lassen. Die Vorteile des Monitorings sind dabei nicht nur die gute Darstellung zeitlicher Entwicklungen, sondern auch die Unabhängigkeit von der Zahl der durchgeführten (PCR-)Tests und – je nach Gründlichkeit – die Feststellung von Hotspots. Nürnberg ist zwar kein Teil des Pilotprojekts, führt jedoch ebenfalls ein Monitoring durch.

Wir stellen deshalb zur Behandlung im zuständigen Ausschuss folgenden **Antrag**:

- Die Verwaltung berichtet über die Ergebnisse des Abwasser-Monitorings, die daraus gewonnenen Erkenntnisse sowie resultierenden Maßnahmen.

Mit freundlichen Grüßen

A. Friedel

Andrea Friedel
stv. Fraktionsvorsitzende

Ö 5

spd@stadt.nuernberg.de
www.spd-stadtratsfraktion.nuernberg.de
U1, U11 Lorenzkirche
Bus 36, 46, 47 Rathaus
Rathaus
90403 Nürnberg
Tel 0911 / 231-2906
Fax 0911 / 231-3895
SPD
STADTRATSFRAKTION
NÜRNBERG

Antrags-Nummer:
AN/180/2022

SPD Stadtratsfraktion | Rathaus | 90403 Nürnberg

An den Oberbürgermeister
der Stadt Nürnberg
Marcus König
Rathaus
90403 Nürnberg

GHA
OBERBÜRGERMEISTER
11. OKT. 2022
/.....Nr. .....
1 Zur Kts.
2 z.w.V.
3 Zur Stellungnahme
4 Antwort vor Absendung vorlegen
5 Antwort zur Unterschrift vorlegen

Nürnberg, 11. Oktober 2022
Antragsteller: Bieswanger

Coronavirus-Abwassertestung weiter ausbauen – Prävention ermöglichen

Sehr geehrter Herr Oberbürgermeister,

wie im Gesundheitsausschuss vom 06.10.2022 berichtet, sollen mit einem Monitoring steigende Inzidenzen früher erkannt und so der Coronavirus-Abwassertest als Frühwarnsystem genutzt werden. Hierzu haben fachübergreifend SUN und das Gesundheitsamt über die Testungen des Abwassers auf SARS-CoV-2 berichtet.

Neben Kläranlagen und Klärwerken wäre es sinnvoll, das Abwasser auf SARS-CoV-2 dort zu untersuchen, wo viele Menschen arbeiten, lernen oder zusammen sind. Typische Anwendungsbereiche sind Gebäude, Gebäudeteile und Anlagen, wie Unternehmen, Universitäten und Kommunen, aber auch Krankenhäuser und ggf. Stadtteile.

Dadurch bestünde die Möglichkeit bereits vor Anstieg der Inzidenzen ein frühzeitiges und zielgerichtetes Ergreifen von Präventionsmaßnahmen zu ermöglichen, um so den Verlauf der Inzidenz zu stoppen oder zumindest abzumildern Gerade im Hinblick auf den nahenden Winter erscheint es wichtig, genaue und belastbare Kenntnisse über das Infektionsgeschehen zu erhalten, um daraus passende Maßnahmen zu entwickeln und anzuwenden. So könnten zielgerichtet Impfungen und PCR-Tests angeboten, aber auch Hygienekonzepte neu gedacht werden.

SUN ist mit seinem Mikrobiologischen Labor bereits in ein entsprechendes Pilotprojekt der Abwassertestung eingebunden und verfügt daher über das notwendige Know-how. Für das Angebot und die Umsetzung entsprechender Maßnahmen könnte die Vernetzungsstruktur des gerade abgeschlossenen Projekts „Gesundheit für alle im Stadtteil“ genutzt werden.

Daher stellt die SPD Stadtratsfraktion zur Behandlung im zuständigen Ausschuss folgenden Vor diesem Hintergrund stellt die SPD folgenden

Antrag:

Die Verwaltung

- wird beauftragt, ergänzend zu Abwasser-Testungen im Rahmen des Pilotprojektes, diese auch stadtteilbezogen durchzuführen und zu analysieren.
- leitet anhand der gewonnenen stadtteilbezogenen Daten zeitnah geeignete Angebote (Testungen, Impfungen) ein und prüft weitere ergänzende Maßnahmen.

Stadtratsfraktion Nürnberg SPD

126

- stellt Fördermöglichkeiten aus Bund und Land, sowie die Auswirkungen auf den städtischen Haushalt dar.
- berichtet, für welche weiteren Public-Health-relevanten Erreger die abwasserbasierte Überwachung noch genutzt werden kann.

Mit freundlichen Grüßen

Thorsten Brehm
Fraktionsvorsitzender

Jasmin Bieswanger
Stadträtin

Berichtsvorlage
Gh/011/2022

Beratung	Datum	Behandlung	Ziel
Gesundheitsausschuss	10.11.2022	öffentlich	Bericht

Betreff:

Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen: Ernährung und Übergewicht

Anlagen:
Diversity-Check
Sachverhalt
Antrag der Stadtratsfraktion der SPD vom 02.02.2022

Bericht:

Die Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie stellten, bzw. stellen noch, auch für Kinder und Jugendliche eine enorme Belastung dar. Insbesondere mehren sich auch die Hinweise auf enorme Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichsten Bereichen und speziell auch auf die Gewichtsentwicklung und damit auf die Prävalenz von Adipositas und Übergewicht.

Deutschlandweit gibt es dazu noch keine exakten belastbaren Daten und Auswertungen, sondern nur einzelne Hinweise aus unterschiedlichen Quellen (z.B. Kinder- und Jugendreport der DAK). Eine der wichtigsten Datenquellen in Deutschland zur Erhebung soziodemographischer und medizinischer Parameter von Kindern im Vorschulalter stellt die Schuleingangsuntersuchung (SEU) dar, da sie die einzige regelmäßige Vollerhebung der Daten eines gesamten Jahrganges ist. Diese wurde jedoch in den Jahren der Pandemie - auch in Nürnberg- nur in äußerst eingeschränkter Form durchgeführt, so dass die entsprechenden Daten für diese Jahre nicht vorliegen.

1. Finanzielle Auswirkungen:

☐ Noch offen, ob finanzielle Auswirkungen

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

(→ *weiter bei 2.*)

☒ Nein (→ *weiter bei 2.*)

☐ Ja

☐ Kosten noch nicht bekannt

☐ Kosten bekannt

Gesamtkosten	€	**Folgekosten**	€ pro Jahr
		☐ dauerhaft	☐ nur für einen begrenzten Zeitraum
davon investiv	€	davon Sachkosten	€ pro Jahr
davon konsumtiv	€	davon Personalkosten	€ pro Jahr

Stehen Haushaltsmittel/Verpflichtungsermächtigungen ausreichend zur Verfügung?
(mit Ref. I/II / Stk - entsprechend der vereinbarten Haushaltsregelungen - abgestimmt, ansonsten Ref. I/II / Stk in Kenntnis gesetzt)

☐ Ja

☐ Nein

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

2a. Auswirkungen auf den Stellenplan:

☒ Nein (→ *weiter bei 3.*)

☐ Ja

☐ Deckung im Rahmen des bestehenden Stellenplans

☐ Auswirkungen auf den Stellenplan im Umfang von Vollkraftstellen (Einbringung und Prüfung im Rahmen des Stellenschaffungsverfahrens)

☐ Siehe gesonderte Darstellung im Sachverhalt

2b. Abstimmung mit DIP ist erfolgt (Nur bei Auswirkungen auf den Stellenplan auszufüllen)

☐ Ja

☐ Nein

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

3. Diversity-Relevanz:

☐ Nein

☒ Ja

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

sh. Anlage

4. Abstimmung mit weiteren Geschäftsbereichen / Dienststellen:

☐ **RA** (verpflichtend bei Satzungen und Verordnungen)

☐

☐

☐

Diversity-Check Stadt Nürnberg

Nr.	Prüffragen	Begründung / Bemerkungen	Bewertung
1.	In welcher Weise wirkt sich **das Vorhaben** nach Einschätzung der Verwaltung auf unterschiedliche Personengruppen aus?	Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen sind von zentraler Bedeutung für die Gesundheit der gesamten Nürnberger Bevölkerung. Es käme letztendlich zu einer positiven gesundheitlichen Auswirkung auf alle Personengruppen.	☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant
2.	Auf welchen nach den Diversity-Dimensionen differenzierten Daten, Informationen oder Schätzungen basiert **das Vorhaben?**	Auswertungen der Daten der Schuleingangsuntersuchung, Daten der KIGGS-Studie des Robert-Koch-Institutes und der DAK	☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant
3.	Kann **das Vorhaben** zur Gleichberechtigung / Gleichstellung und Chancengleichheit beitragen?	Übergewicht und Adipositas kommen in allen Bevölkerungsgruppen vor, jedoch gehäuft bei Bevölkerungsgruppen in prekären Lebensverhältnissen und in unterschiedlicher Häufigkeit bei Mädchen und Jungen. Es käme dadurch zu einer vermehrten Angleichung der gesundheitl. Situation in Bezug auf das Geschlecht und auch in Bezug auf die Lebensverhältnisse.	☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant
4.	Welche Auswirkungen auf bestimmte Personengruppen sind mit dem **Einsatz öffentlicher Mittel** zu erwarten?	Verminderung des Vorkommens von Adipositas und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen.	☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant
Gesamtrelevanz			☑ relevant ☐ teilweise relevant ☐ nicht relevant

Sachverhaltsdarstellung

Antrag der Stadtratsfraktion der SPD vom 02.02.2022 zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen: Ernährung und Übergewicht

1. Die Verwaltung berichtet über mögliche Erkenntnisse und Zahlen hinsichtlich der Adipositasprävalenz bei Kindern und Jugendlichen in Nürnberg.

Eine der wichtigsten Datenquellen in Deutschland zur Erhebung soziodemographischer und medizinischer Parameter von Kindern im Vorschulalter stellt die Schuleingangsuntersuchung (SEU) dar, da sie die einzige regelmäßige Vollerhebung der Daten eines gesamten Jahrganges ist. Das Verfahren zur Schuleingangsuntersuchung und die Teilnahme daran sind gesetzlich geregelt (Art. 80 BayEUG, Art. 12 GDG, SchulgespflV). Eigentliche Hauptaufgaben der SEU sind die Beurteilung der Schulfähigkeit der Kinder, die Erkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Entwicklungsverzögerungen oder Behinderungen, die Feststellung eines etwaigen vorliegenden Förderbedarfes und der Kinderschutz.

Aufgrund der personellen Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf das Nürnberger Gesundheitsamt (Gh) wurde die letzte vollständige –und damit vollständig auswertbare - SEU im Schuljahr 2018/2019 (SEU 2019) durchgeführt. Seit diesem Zeitpunkt konnte die SEU größtenteils nur in der vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege vorgesehenen, reduzierten Form durchgeführt werden. Hierbei wurden nur das Kinder- Untersuchungsheft des jeweiligen Kindes und der Impfausweis gesichtet. Eine Untersuchung der Kinder durch Gh und damit eine Ermittlung von aktuellem Gewicht und aktueller Größe, bzw. dem BMI, wurde überwiegend nur bei Kindern ohne vorliegende U9 durchgeführt. Entsprechende Auswertungen wären deshalb nicht repräsentativ.

In früheren Jahren erfolgte durch die Abteilung für Gesundheitsberichterstattung des Gesundheitsamtes regelmäßig alle 5 Jahre eine Auswertung der SEU auch hinsichtlich des Vorliegens von Übergewicht und Adipositas – auch stadtteil- bzw. schulsprengelbezogen. Die letzte Auswertung umfasste den Zeitraum bis einschl. 2015/2016. Aufgrund der personellen Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie konnte seitdem keine Auswertung durchgeführt werden. Zudem ist die Stelle der Gesundheitsberichterstattung derzeit nicht besetzt.

Die letzten vorliegenden Daten zur Adipositasprävalenz in Nürnberg stellen somit den Stand 2015/2016 dar. Diese Zahlen wurden bereits 2018 vom damaligen Leiter des Gesundheitsamtes, Herrn Dr. Beier, im Ausschuss vorgestellt. Deshalb an dieser Stelle nur eine kurz gefasste Übersicht in Tabelle 1.

Tab. 1: Die „Gewichtssituation“ SEU 2004/05 bis SEU 2010/11 und SEU 2011/12 bis SEU 2015/16 (gültige %)

	Jungen		Mädchen	
	SEU 2004/05 bis SEU 2010/11	**SEU 2011/12 bis SEU 2015/16**	**SEU 2004/05 bis SEU 2010/11**	**SEU 2011/12 bis SEU 2015/16**
Normalgewicht	82,2	80,2	80,3	80,9
Moderates Übergewicht	5,7	6,2	5,8	6,1
Starkes Übergewicht	4,8	4,9	4,4	4,2

Die Arbeitsgemeinschaft für Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) teilt z.B. 3-7-jährige Jungen ab einem BMI von etwa 18 als (moderat) übergewichtig ein, ab einem BMI von etwa 19-20 gelten sie als adipös/stark übergewichtig - hier empfiehlt sich spätestens ein Einschreiten. Für Mädchen dieses Alters gelten die gleichen Werte

In der Einzelauswertung der Daten der SEU 2015/16 zeigte sich, dass in Nürnberg 11,5% der Jungen und 10,1% der Mädchen zum Zeitpunkt der SEU übergewichtig oder adipös waren, bayernweit waren in diesem Zeitraum nur 8% der Einschulkinder übergewichtig oder adipös.

Laut der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) Welle 2 (2014 –2017) des Robert Koch-Instituts sind in Deutschland 1,0% der Jungen und 3,2% der Mädchen im Alter zwischen 3 und 6 Jahren adipös. Im Schulalter steigen die Adipositasprävalenzen bei Jungen und Mädchen. Im Alter von 11 bis 17 Jahren sind 8,7% der Jungen und 7,2% der Mädchen adipös. Lt. KIGGS-Studie zeigen die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen, nach einer Abfrage im Jahr 2017, dass sich die Adipositasprävalenzen von Kindern im Einschulungsalter regional unterscheiden. Für Bayern insgesamt lag sie zu diesem Zeitpunkt zwischen 3 und 4 %.

Über die Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter gibt es derzeit deutschlandweit noch keine belastbaren Daten und Auswertungen, sondern nur einzelne Hinweise aus unterschiedlichen Quellen.

Der DAK Kinder- und Jugendreport 2021 beleuchtet die Entwicklung von Adipositas nach Bundesländern. Dort heißt es für die Auswertung für Bayern: Mehr Grundschulkinder sind neu an Adipositas erkrankt und in ärztlicher Behandlung als im Vorjahr. Mit einer Zunahme von 14% neu als adipös diagnostizierten Kindern im Alter von fünf bis neun Jahren liegt die Entwicklung in Bayern jedoch geringfügig unterhalb des Bundesdurchschnittes (+16%). Die Aussage beruht auf der Analyse aller Abrechnungsdaten DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher zwischen 0 bis 17 Jahren aus den Jahren 2019 bis 2020.

Im Kinder- und Jugendreport der DAK 2022 wird im Vergleich der Jahre 2019 und 2021 von einem Anstieg der neu diagnostizierten Adipositaserkrankungen bei Jungen im Alter von 5 bis 9 Jahren um 15% in Deutschland berichtet. Es wird dort jedoch nicht nach einzelnen Regionen differenziert. Insgesamt stellt der Bericht fest, dass in diesem Zeitraum die Adipositasprävalenz durch vermehrte Kalorienzufuhr insbesondere bei Jungen ansteigt, während Mädchen häufiger Essstörungen zeigen.

Da, zumindest im Vergleich zu Gesamtbayern, die Nürnberger Kinder in den vergangenen Jahren häufiger übergewichtig u. adipös waren, ist leider davon auszugehen, dass sich für Nürnberg ähnliche Ergebnisse ergeben würden. Wichtig wäre somit eine regelrechte Durchführung der SEU ab November 2022 in Nürnberg, um exakte Daten für die Nürnberger Kinder im Vorschulalter zu erhalten.

2. Die Verwaltung berichtet über den möglichen Stellenwert der Schuleingangsuntersuchungen zur Früherkennung von Ernährungsproblemen und der Möglichkeit, über diesen Weg Daten zu erheben.

Bei regelhafter Durchführung der SEU ist eine Datenerhebung zu bestehendem Übergewicht bzw. Adipositas bei den Nürnberger Kindern als Hinweis auf bestehende Ernährungsprobleme sehr gut möglich. Durch die gleichzeitig durchgeführte gezielte Testung der Motorik ergeben sich auch Hinweise, ob auch z.B. Bewegungsmangel zusätzlich zur Entstehung des Übergewichtes beiträgt. Ein gezieltes Abfragen von Ernährungsweisen erfolgt im Rahmen der SEU zwar im Regelfall nicht, wird jedoch bei bestehenden Gewichtsauffälligkeiten zusätzlich zum normalen schulärztlichen Untersuchungsprogramm durchgeführt. Bei der daraus folgenden schulärztlichen Beratung werden auch etwaige anamnestisch bestehende Erkrankungen und Auffälligkeiten bei der körperlichen Untersuchung zusätzlich noch mit einbezogen. So können schon frühzeitig, bei noch moderatem Übergewicht, Maßnahmen durch die Eltern ergriffen werden, noch bevor eine Adipositas entsteht. Es werden Empfehlungen zur Ernährung und zu Förder- und niedrigschwelligen, stadtteilbezogenen Sport- und Bewegungsmöglichkeiten gegeben (z.B. Flyer zum RüBe-Turnen, Kids aktiv-Bewegungsbroschüre) und bei ausgeprägten Befunden eine schriftliche Empfehlung zur Vorstellung beim Kinderarzt/bei der Kinderärztin ausgestellt.

Durch die geplante Vorverlegung des Untersuchungszeitpunktes der Schuleingangsuntersuchung im Rahmen der Einführung der reformierten SEU (rSEU) um ein Jahr können bestehende Probleme noch früher erkannt und Gegenmaßnahmen früher eingeleitet werden. Dies ist von besonderer Bedeutung, da sich im Kindergartenalter erlernte Ernährungs- und Verhaltensweisen später verfestigen und so ein Gegensteuern mit steigendem Lebensalter der Kinder immer schwieriger wird.

3. Die Verwaltung berichtet über Strukturen der Beratung von betroffenen Kindern und Jugendlichen sowie ihrer Familien und legt dar, falls diese nicht ausreichend vorhanden sind, welche Notwendigkeiten seitens der Stadtverwaltung (Referatsübergreifend) bestehen.

Nach Kenntnis der Verwaltung bestehen in der Region derzeit folgende Beratungsmöglichkeiten bei Adipositas im Kindes- und Jugendalter:

- Adipositas-Beratungsstelle in der Kinderklinik des Klinikums Nürnberg Süd

  https://www.klinikum-nuernberg.de/DE/ueber_uns/Fachabteilungen_KN/kliniken/kinder/sprechstunden/Adipositas-Beratungsstelle.html

https://www.klinikum-nuernberg.de/DE/ueber_uns/Fachabteilungen_KN/kliniken/kinder/_Dokumente_Bilder/Flyer_Adipositas_Beratung.pdf

Es besteht eine 3-monatige Wartezeit.

- Adipositas-Schulung in der Kinderklinik des Klinikums Fürth (ab 8 Jahren)

  Adipositas-Schulungsprojekt „Raupe Nimmerdick“ (klinikum-fuerth.de)

- Ernährungsberatung für Kinder in der Kinderklinik des Klinikums Fürth (bei Übergewicht und Adipositas)
  Ernährungsberatung für Kinder (klinikum-fuerth.de)

- über die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte im Rahmen des PaedNetz Bayern in Zusammenarbeit mit der AOK (ab 8 Jahren, nur für AOK-Versicherte)
  https://www.paednetz.de/fuer-aok-versicherte/adipositas-programm/

Weitere bisher bestehende Angebote, die noch online zu finden sind, können nach Rücksprache mit den Anbietern (niedergelassene Kinder- und Jugendärzt*innen und ambulante Adipositastrainerin), überwiegend aus personellen Gründen, derzeit oder dauerhaft nicht mehr durchgeführt werden.

Zusätzlich zu den obigen Beratungsstellen bestehen noch niedrigschwellige Angebote mit einem präventiven Ansatz, in welchen ebenfalls eine Ernährungsberatung, bzw. eine Information zu gesunder Ernährung enthalten ist, um der Entstehung von Übergewicht und Adipositas schon vorbeugend zu begegnen:

- Informationen zu gesunder Ernährung im Rahmen des Unterrichtes zur Kariesprophylaxe des Zahngesundheitsdienstes des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg in Kindergärten, Grundschulen und Förderzentren. Dieses Angebot war aus personellen Gründen während der SARS-CoV-2-Pandemie ausgesetzt. Seit September 2022 wird es nun wieder angeboten.

- In Kooperation mit Krankenkassen bietet das Gesundheitsamt zwei Projekte für Kindertagesstätten an (Gesundheit in der Kita - Gesundheitsamt Nürnberg (nuernberg.de):

  - „Gesunde Kita – Jolinchen Kids“: Für Kinder von 0-6 Jahren mit den Schwerpunkten Ernährung, Bewegung, Entspannung, Seelisches Wohlbefinden und Erzieherinnengesundheit.

  - „Wachsen mit Bewegung - Bewegte Kita“, für Kinder von 0-6 Jahren mit den Schwerpunkten Bewegung und Entspannung.

- Ansprechpartner bei Fragen zu Lebensmitteln und Ernährung ist auch die Verbraucherzentrale Bayern. Über das Lebensmittel-Forum der Verbraucherzentrale können kostenlos Fragen zu Lebensmitteln und Ernährung gestellt werden, die zeitnah beantwortet werden.

Große Bedeutung haben natürlich in diesem Zusammenhang auch die nachfolgend aufgeführten, niedrigschwelligen Bewegungsangebote als präventive Maßnahme gegen Adipositas und Übergewicht:

- Rücken- und Bewegungsturnen des Gesundheitsamtes (RüBe)
  (Kinder ab dem Vorschulalter)
  Rücken- und Bewegungsturnen ("RüBe") - Gesundheitsamt Nürnberg (nuernberg.de)

- Sport für Kinder – Kids aktiv
  Sport für Kinder - Kids aktiv - SportService Nürnberg (nuernberg.de)

Bezüglich der Frage nach Notwendigkeiten seitens der Stadtverwaltung wird auf Punkt 5 verwiesen.

4. Die Verwaltung berichtet, wie eine Vernetzung der bereits vorhandenen Akteure (städtisch wie auch externe) gesteuert wird/werden könnte.

Eine Vernetzung ist im Rahmen der Projekte „Gesundheitsregion^{plus}“ und „Gesundheit für alle im Stadtteil“ denkbar.

5. Die Verwaltung berichtet über erste mögliche Handlungsansätze, um dem Problem zu begegnen

Erstes Ziel sollte es sein, Bedarf und Angebot transparent gegenüberzustellen. Anhand dieser Gegenüberstellung kann der weitere Handlungsbedarf (z.B. weitere Vernetzung, Notwendigkeit weiterer Angebote im Stadtgebiet) abgeleitet werden.

11.10.2022/Gh

Ö 6

spd@stadt.nuernberg.de
www.spd-stadtratsfraktion.nuernberg.de
U1, U11 Lorenzkirche
Bus 36, 46, 47 Rathaus
Rathaus
90403 Nürnberg
Tel 0911 / 231-2906
Fax 0911 / 231-3895
SPD STADTRATSFRAKTION NÜRNBERG

SPD Stadtratsfraktion | Rathaus | 90403 Nürnberg

An den Oberbürgermeister
der Stadt Nürnberg
Marcus König
Rathaus
90403 Nürnberg

OBERBÜRGERMEISTER
02. FEB 2022
Zur Stellungnahme
z.w.V.

Nürnberg, 2. Februar 2022
Antragsteller: Meissner / Härtel

Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen: Ernährung und Übergewicht

Sehr geehrter Herr Oberbürgermeister,

frühzeitig hat die SPD-Stadtratsfraktion Anträge gestellt, welche die Folgen der Corona-Pandemie für die Nürnberger Bevölkerung in den Blick nehmen. Beispielsweise war Zielrichtung der Bereich psychiatrischer und gerontopsychiatrischer Versorgung, insbesondere jedoch auch die Situation für Kinder und Jugendliche sowie eine schwerpunktmäßige Befassung mit Corona-Folgen im Bildungsbericht.

Nach Monaten der anhaltenden Pandemie kristallisiert sich im Bereich des Ernährungszustandes unserer Kinder und Jugendlichen nach Rückmeldungen von Fachärzt*innen und vielfacher Berichterstattung in den Medien ein weiteres Problem heraus. Laut Adipositas-Beratungsstelle für Kinder am Klinikum Nürnberg war bereits in den vergangenen Jahren jedes zehnte Kind im Alter zwischen drei und 17 Jahren übergewichtig. Vielfach gibt es Hinweise, dass sich dies über die vergangenen zwei Jahre verschärft hat und vermehrt übergewichtige Kinder bei Ärzten vorstellig geworden sind. Ausgefallene Schulverpflegung sowie mangelnde Bewegung, unter anderem durch weniger Sportunterricht und Möglichkeiten der Betätigung in Sportvereinen, sind hier sicherlich nur als exemplarische Gründe für ausgebliebene gesundheitsfördernde Maßnahmen zu nennen. Die ausgesetzten Schuleingangsuntersuchungen verzerren zudem sicherlich auch die zugehörige Datenlage, sofern überhaupt belastbare Daten vorhanden sind.

Die SPD-Stadtratsfraktionen sieht diese Entwicklung mit Sorge und stellt deshalb zur Behandlung im zuständigen Ausschuss den folgenden

Referat für Umwelt und Gesundheit
Nr.: 55
An:
Eingang: 04. Feb. 2022
m. d. B. um Rücksprache
z.w.V.
zur Stellungnahme
z.K.
Antwort zur Unterschrift
WV am:

Auswirkungen Bericht

Stadtratsfraktion Nürnberg SPD

138

Antrag:

Die Verwaltung berichtet

- über mögliche Erkenntnisse und Zahlen hinsichtlich der Adipositasprävalenz bei Kindern und Jugendlichen in Nürnberg,
- den möglichen Stellenwert der Schuleingangsuntersuchungen zur Früherkennung von Ernährungsproblemen und der Möglichkeit, über diesen Weg Daten zu erheben,
- über Strukturen der Beratung von betroffenen Kindern und Jugendlichen sowie ihren Familien und legt dar, falls diese nicht ausreichend vorhanden sind, welche Notwendigkeiten seitens der Stadtverwaltung (Referatsübergreifend) bestehen und,
- wie eine Vernetzung der bereits vorhandenen Akteure (städtische wie auch externe) gesteuert wird/werden könnte,
- erste mögliche Handlungsansätze, um dem Problem zu begegnen.

Mit freundlichen Grüßen

Thorsten Brehm Fraktionsvorsitzender	Fabian Meissner Stadtrat	Elke Hartel Stadträtin