

Arbeitsgruppe Epidemiologie – AgE
der Behörde für Umwelt und Gesundheit und
des Instituts für Mathematik und Datenverarbeitung
in der Medizin IMDM/UCKE (Prof. Dr. J. Berger)



**Bundesweite Umfrage bei den Gesundheitsämtern
zum Thema Umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
im Auftrag der
Länderarbeitsgruppe Umweltbezogener Gesundheitsschutz (LAUG)**

Bericht

1. Einleitung
2. Fragebogenentwicklung
3. Erhebung
4. Auswertung und Ergebnisse
 - 4.1 Umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
 - 4.2 Unterstützung durch externen Sachverstand
 - 4.3 Qualifizierungsbedarf für Methoden und Verfahren
5. Diskussion
6. Zusammenfassung
7. Anhang

**Dr. Regina Fertmann, Dr. Michael Schümann, Susann Conrad
Hamburg, März 2003**

Arbeitsgruppe Epidemiologie – AgE
der Behörde für Umwelt und Gesundheit und
des Instituts für Mathematik und Datenverarbeitung
in der Medizin IMDM/UGE (Prof. Dr. J. Berger)
Winterhuder Weg 29
22085 Hamburg

Überarbeitung/Layout HTML/pdf Holger Blunck
© 2003, BUG, Hamburg

1. Einleitung

Das Projekt „Bundesweite Umfrage bei Gesundheitsämtern zum umweltbezogenen Gesundheitsschutz“ wurde im Auftrag der Länderarbeitsgruppe Umweltbezogener Gesundheitsschutz (LAUG) im Rahmen des Aktionsprogramms „Umwelt und Gesundheit“ (APUG) durchgeführt. Zum einen sollte der Entwicklungsstand der umweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung auf lokaler Ebene dokumentiert werden, zum anderen sollte präzisiert werden, auf welchen Teilgebieten des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes Beratungs- und Unterstützungsbedarf besteht. Mit der Erhebung und Auswertung wurde die „Arbeitsgruppe Epidemiologie“ (AgE) des Instituts für Mathematik und Datenverarbeitung in der Medizin des Universitätsklinikums Eppendorf/Hamburg und der Hamburger Behörde für Umwelt und Gesundheit betraut.

2. Fragebogenentwicklung

Die Projektgruppe¹ der LAUG hat intern die inhaltlichen Vorgaben für die Befragung abgestimmt und der AgE übergeben, so dass darauf aufbauend ein schriftliches Befragungsinstrument entwickelt wurde. Der Entwurf dieses Fragebogens wurde Mai 2002 mit der Projektgruppe abgestimmt. Auf Grundlage dieses ersten Fragebogenentwurfs wurden im Juni/Juli 2002 fünf leitfadenstrukturierte Gespräche geführt. Die Gesprächspartner waren Vertreter aus Gesundheitsämtern verschiedener Länder und die jeweiligen LAUG-Mitglieder. Ziel der Gespräche war es, Anregungen zu inhaltlichen Aspekten und zur Gestaltung aufzunehmen. Die überarbeitete Fragebogenversion wurde im September 2002 vier Gesundheitsämtern zum Pretest vorgelegt. Auf Grundlage des Pretest-Rücklaufs konnte der Fragebogen mit nur geringfügigen Änderungen eingesetzt werden (siehe Anhang, Punkt 1.).

3. Erhebung

Die Adressen der Gesundheitsämter wurden vom Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes NRW in Bielefeldt übernommen (http://www.loegd.nrw.de/links/g_aemter/gabula.htm; redaktioneller Stand vom 19.03.2002). Nach Ausschluss von Doppelangaben wurden 425 Adressen angeschrieben. Wir erhielten 3 Rückmeldungen über Zusammenlegung/Umstrukturierung o.ä., sodass der Umfang der Grundgesamtheit auf 422 korrigiert werden muss. Aus der Zuordnung zu den einzelnen Bundesländern ergibt sich, dass in den nördlichen Bundesländern (Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein) 195 Gesundheitsämter angeschrieben wurden, in

¹ Benkwitz, F., Csicsaky, M., Fehr, R., Hein, D., Kouros, B., Müller, L., Neus, H., Scheidreiter, J.

den südlichen Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Rheinlandpfalz, Saarland, Sachsen und Thüringen) 227. Die neuen Bundesländer (ohne Berlin) sind mit 108 Gesundheitsämtern vertreten, die alten Bundesländer (ohne Berlin) mit 305.

Die Fragebögen wurden mit Anschreiben und Hintergrundinformation (s. Anhang, Punkt 2.) zwischen 30.09.2002-7.10.2002 verschickt. Ende Oktober wurden an 325 Gesundheitsämter, die sich in keiner Weise gemeldet hatten, Erinnerungspostkarten versandt. Alle Rückmeldungen bis zum 31.12.02 wurden berücksichtigt.

Wir erhielten 23 definitive Absagen. Einmal wurde kein Grund angegeben, andere Gesundheitsämter nannten z.T. mehrere Gründe: 15 Gesundheitsämter gaben an, aufgrund fehlender personeller Ressourcen nicht teilzunehmen. Fünfmal wurde darauf verwiesen, dass die Zustimmung des Landkreistages fehlt, und 6 Gesundheitsämter machten geltend, dass die Befragung nicht den Inhalten des Arbeitsalltages entspricht. 203 Gesundheitsämter haben innerhalb des vorgesehenen Zeitraumes die ausgefüllten Fragebögen, ggf. mit beigelegten Exemplaren zur Gesundheitsberichterstattung, zurückgeschickt.

Der Rücklauf unter Einbeziehung der negativen Antworten beträgt insgesamt 54%, die Responserate unter Berücksichtigung der ausgefüllten Fragebögen 48%. Ein Bundesland hat keinen Beitrag geleistet, darüber hinaus schwankt die Responserate innerhalb der Bundesländer von 27-83%. Da gemäß Vorgabe der Projektgruppe der LAUG die Bundesländer nicht einzeln differenziert ausgewertet werden sollten, wurde zur Berücksichtigung eventueller regionaler Unterschiede die Teilgruppen nördlich vs. südliche und neue vs. alte Bundesländer analysiert.

Aus der Angabe der Zugehörigkeit zu den einzelnen Bundesländern lässt sich ableiten, dass insgesamt 105 Gesundheitsämter die nördlichen Bundesländer repräsentieren, 98 vertreten die südlichen Bundesländer. Die nördlichen Bundesländer sind insgesamt mit einer Responserate von 54% vertreten, die südlichen Bundesländer mit 43%. Damit sind auch aus den neuen Bundesländern (ohne Berlin) 59 Gesundheitsämter, aus den alten Bundesländern (ohne Berlin) 139 Gesundheitsämter vertreten. Die Responserate der neuen Bundesländer lag bei 55%, die der alten bei 46%. In bezug auf die Nord-Süd-Zuordnung bzw. die Zugehörigkeit zu den neuen oder alten Bundesländern entsprechen die teilnehmenden Gesundheitsämter demnach ihrer bundesrepublikanischen Präsenz, so wie sie sich in den Ausgangsdaten, der Adressdatei des loegd von NRW, darstellt.

4. Auswertung und Ergebnisse

Die Auswertung erfolgte mit der Vorgabe, dass weder ein Rückschluss auf die Angaben eines einzelnen Gesundheitsamtes noch auf die Angaben eines einzelnen Bundeslandes möglich ist. Die Daten wurden mit EpiData eingegeben und mit SPSS ausgewertet. Aus dem Datensatz wurde ein anonymisierter Datensatz extrahiert, mit dem weitere Auswertungen vorgenommen werden können.²

Alle Gesundheitsämter machten Angaben zu ihrer Organisationszugehörigkeit: 148 Gesundheitsämter, also die große Mehrheit, bezeichneten sich als Gesundheitsamt eines Landkreises, 41 als Gesundheitsamt einer kreisfreien Stadt und 14 als Gesundheitsamt eines Stadtstaates. Einige gaben an, zugleich das Gesundheitsamt einer kreisfreien Stadt als auch das Gesundheitsamt eines Landkreises zu sein, diese wurden mit Landkreiszugehörigkeit dokumentiert.

Die Bevölkerungszahl im Einzugsgebiet wurde von 200 Gesundheitsämtern angegeben. Das untenstehende Histogramm (siehe Abbildung 1) verdeutlicht die Verteilung der Bevölkerungszahlen.

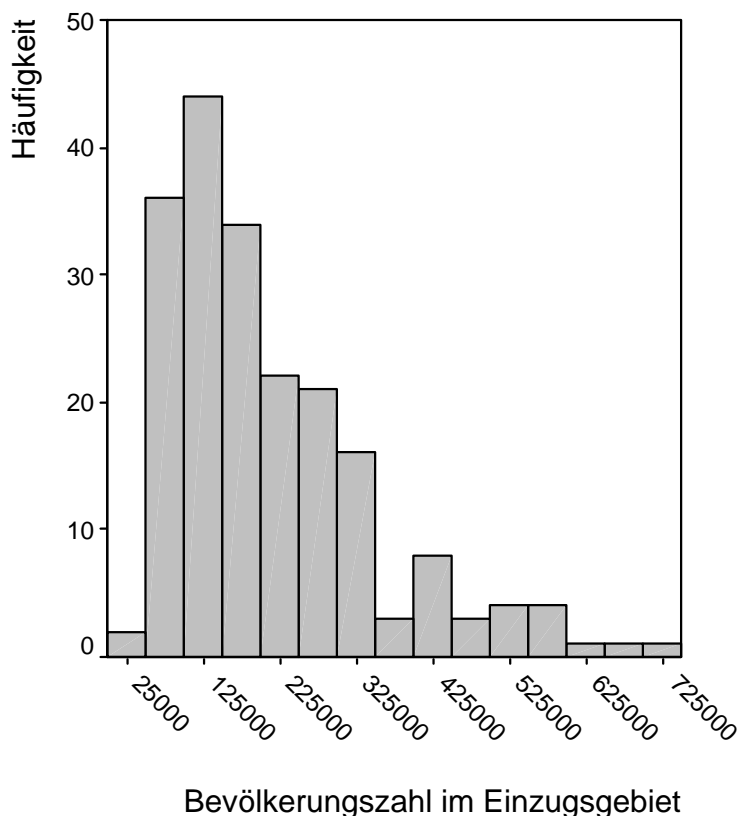


Abbildung 1: Verteilung der Bevölkerungszahlen im Einzugsgebiet der Gesundheitsämter (n=200; 3 Angaben fehlen)

² Anfrage unter fertmann@uke.uni-hamburg.de

Die Gesundheitsämter sind für knapp 50.000 bis 700.000 Personen zuständig, das 50ste Perzentil, also der Median, liegt bei 164.000 Personen. In der weiteren Auswertung werden Gesundheitsämter mit weniger als 164.000 Personen im Einzugsgebiet als „kleinere“, mit mehr als 164.000 Personen als „größere“ Gesundheitsämter bezeichnet.

Hier muss allerdings eine Einschränkung deutlich gemacht werden: Mit der Bevölkerungsgröße im Einzugsgebiet liegt nur ein behelfsmäßiger Indikator für die Größe des Gesundheitsamtes vor, solange die Zahl (und Qualifikation) der Mitarbeiter nicht dazu in Bezug gesetzt werden kann. Erst aus einem Index von Bevölkerungsgröße im Einzugsgebiet und Mitarbeiterzahl würde sich ein wesentliches Merkmal für die Rahmenbedingungen der Arbeit im Gesundheitsamt ergeben.

Im Vergleich der nördlichen mit den südlichen Bundesländern besteht in etwa Übereinstimmung bezüglich der Bevölkerung im Einzugsgebiet (Nord: n=102; Median 164.000 Personen; Süd: n=98; Median 163.700 Personen (s. Abbildung 2)).

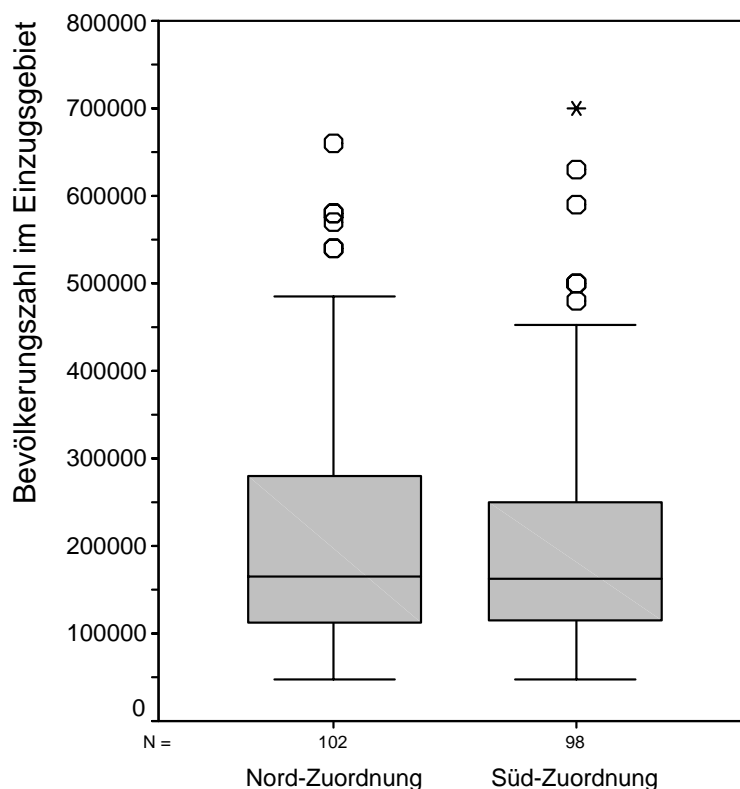


Abbildung 2: Bevölkerungszahl im Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes in Abhängigkeit von der Nord-Süd-Zuordnung (o, *: Ausreißer bzw. Extremwerte)

Im Vergleich der Bevölkerungszahlen zwischen den Gesundheitsämtern der neuen und alten Bundesländer zeigt sich ein Unterschied (s. Abbildung 3). Die 57 Gesundheitsämter der neuen Länder benennen im Median

115.000 Personen im Einzugsgebiet, die 138 Gesundheitsämter der alten Bundesländer mit einem Median von 205.000 annähernd das Doppelte.

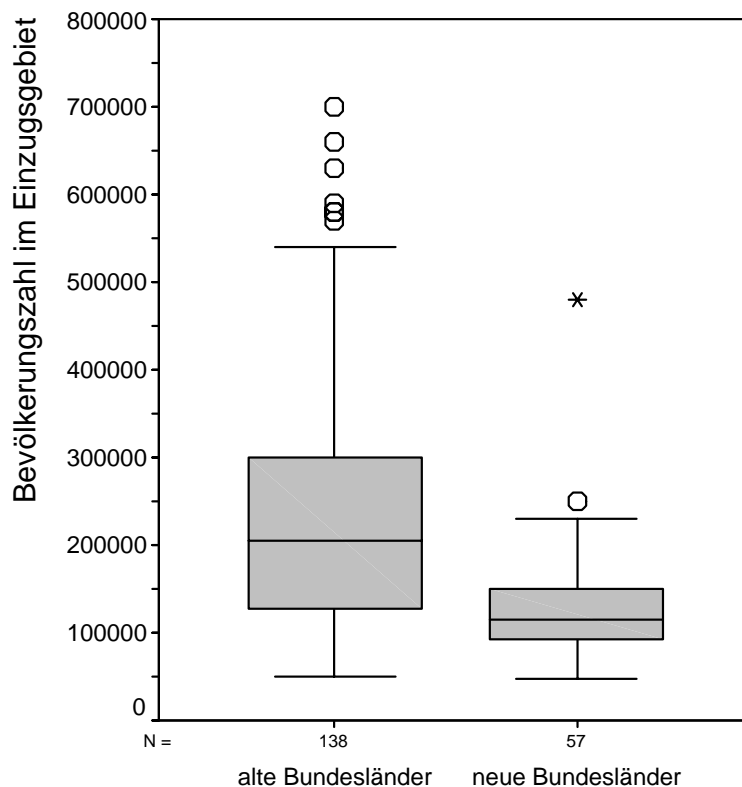


Abbildung 3: Bevölkerungszahl im Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zu den alten oder neuen Bundesländern (n=195, Gesundheitsämter ohne Bevölkerungsangabe oder aus Berlin nicht einbezogen, o, *: Ausreißer bzw. Extremwerte)

In einer Zusammenschau der identifizierenden Variablen

- Nord-Süd-Zuordnung,
- Zugehörigkeit zu den alten bzw. neuen Bundesländern und
- Bevölkerungszahl im Einzugsgebiet kleiner oder größer als der Median von 164.000 Personen

ergibt sich folgende Verteilung (s. Tabelle 1):

	alte Bundesländer		neue Bundesländer		Summe
	Norden	Süden	Norden	Süden	
Bevölkerung im Einzugsgebiet					
unter 164.000	24	27	27	22	100
über 164.000	42	45	4	4	95
Summe	66	72	31	26	195

Tabelle 1: Übersicht zu den Merkmalen der Gesundheitsämter Nord-Süd-Zuordnung, Zugehörigkeit zu den alten oder neuen Bundesländern und Größe des Einzugsgebietes (n=195; Gesundheitsämter ohne Bevölkerungsangabe oder aus Berlin nicht einbezogen)

Die Teilgruppe von Gesundheitsämtern mit weniger als 164.000 Personen im Einzugsgebiet ist gleichmäßig besetzt. In der Teilgruppe von Gesundheitsämtern mit mehr als 164.000 Personen im Einzugsgebiet sind die alten Bundesländer deutlich überrepräsentiert, nur 8 der insgesamt 95 größeren Gesundheitsämter stammen aus den neuen Bundesländern.

Damit besteht für die Auswertung der Fragebogenangaben über die Gesamtgruppe hinaus die Möglichkeit, die Daten in den Teilgruppen Nord-Süd, neue und alte Bundesländer und größere versus kleinere Gesundheitsämter zu analysieren. Dabei muss der Zusammenhang zwischen der Herkunft aus den alten Bundesländern und eher größeren Einzugsgebieten berücksichtigt werden. Wegen der dominanten Zuordnung zur Landkreiszugehörigkeit erübrigen sich Teilgruppenvergleiche mit Berücksichtigung der Verwaltungsebene.

4.1 Umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung

Der umweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung galten die ersten drei Fragen:

Sind in Ihrem Gesundheitsamt seit 1997 Gesundheitsberichte veröffentlicht worden, in denen das Themenfeld "Umwelt und Gesundheit" behandelt wird?

Sind von anderen Dienststellen auf Ihrer Verwaltungsebene (z. B. Umweltamt) Berichte veröffentlicht worden, in denen das Themenfeld "Umwelt und Gesundheit" behandelt wird?

Sind auf Ihrer Verwaltungsebene Berichte über anlassbezogene Untersuchungsprogramme auf dem Gebiet des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes veröffentlicht worden?

Die untenstehende Tabelle 2 gibt eine Übersicht zu den Antworten der Gesundheitsämter.

seit 1997:	ja	nein	keine Angabe
Gesundheitsberichte?	23% (46)	77% (156)	1
Kenntnis von Berichten anderer Dienststellen?	19% (38)	76% (155)	5% (10)
Berichte zu anlassbezogener Untersuchung?	17% (35)	81% (165)	2% (3)

Tabelle 2: Übersicht zu Angaben bezüglich umweltbezogener Gesundheitsberichterstattung seit 1997

In 46, d.h. in etwa einem Viertel der Gesundheitsämter, wurden in den letzten 5 Jahren umweltbezogene Gesundheitsberichte verfasst. 38 Gesundheitsämter hatten davon Kenntnis, dass andere Dienststellen im Amtsbereich das Thema „Umwelt und Gesundheit“ in Form von Berichten bearbeitet hatten. Berichte zu anlassbezogenen Untersuchungen wurden in 35 Gesundheitsämtern erstellt.

Die Gesundheitsämter (n=46), die in den letzten 5 Jahren umweltbezogene Gesundheitsberichte verfasst haben, sind gleichermaßen in den nördlichen wie in den südlichen Bundesländern zu finden (24/22), in den alten wie in den neuen Bundesländern (25/20) und gehören eher zu den größeren Gesundheitsämtern (25/18).

Bei den Gesundheitsämtern (n=38), die angaben, dass in anderen Dienststellen im Amtsbereich zum Thema „Umwelt und Gesundheit“ berichtet wurde, sind die südlichen Bundesländer (24/14) und die alten Bundesländer (28/10) häufiger vertreten. Auch handelt es sich hierbei eher um größere Gesundheitsämter (25/12).

Die Gesundheitsämter (n=35), die Berichte zu anlassbezogenen Untersuchungen erstellt haben, sind gleichermaßen in den nördlich und südlichen Bundesländern zu finden (16/19), jedoch eher den alten Bundesländern (29/6) zuzuordnen. Größere Gesundheitsämter sind hier häufiger vertreten (23/11).

Insgesamt gesehen spielte die umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung auch unter Berücksichtigung der Berichte anderer Dienststellen und anlassbezogener Untersuchungen bei 125, also der Mehrheit der Gesundheitsämter, keine Rolle. Demgegenüber antworteten 77 Gesundheitsämter in mindestens einem der genannten Aspekte positiv. Diese Gesundheitsämter haben demnach im Zeitraum der letzten 5 Jahre auf verschiedene Weise Erfahrungen in der umweltbezogenen Berichterstattung gesammelt.

Von diesen 77 Gesundheitsämtern, die zumindest eine der drei Eingangsfragen positiv beantworten, haben 55 in den tabellarischen Vorgaben des Fragebogens über die Rahmenbedingungen und Wirkungen der Berichte informiert. Diese 55 Gesundheitsämter haben überwiegend ein größeres Einzugsgebiet (n=34) und befinden sich häufiger in den alten (n=38) und nördlichen (n=32) Bundesländern.

Die Informationen umfassen insgesamt 107 Berichte, davon wurden 49 beigelegt bzw. konnten ergänzend recherchiert werden.

Es liegen allgemeine Umwelt- und Gesundheitsberichte, Berichte zu regionaler Trink- und Badewasserqualität, Schadstoffberichte und auch zahlreiche Berichte zu anlassbezogenen Untersuchungen vor. Eine Über-

sicht der (anonymisierten) Berichtstitel ist dem Anhang (Tabelle A1) zu entnehmen. Die untenstehende Tabelle 3 bietet eine Übersicht zu Rahmenbedingungen und Auswirkungen der Berichte.

Titel: n = 107; Jahr: 1997 – 2002	
Gab es zusätzliche finanzielle Unterstützung zum geplanten Etat?	ja: 24% (26) nein: 75% (80)
Und zwar durch:	n = 26 Angaben
Gab es zusätzliche fachliche Unterstützung z.B. durch Fremdvergabe von Teilaufgaben?	ja: 47% (50) nein: 52% (56)
Welcher Art?	n = 50 Angaben
Gab es sonstige unterstützende Aktivitäten?	n = 14 Angaben
Gibt es bereits einen Folgebericht?	ja: 25% (27) nein: 72% (77)
Gibt es konkrete Planungen für einen Folgebericht innerhalb der nächsten 5 Jahre?	ja: 42% (45) nein: 52% (56)
Ist der Bericht in politischen Gremien beraten worden?	ja: 60% (64) nein: 35% (37)
Welche Auswirkungen hatte der Bericht?	n = 70 Angaben

Tabelle 3: Angaben zu den Berichten (n=107)

Nur bei 26 der 107 erstellten Berichte wurden die durchführenden Gesundheitsämter zusätzlich zum geplanten Etat finanziell unterstützt. Von dieser zusätzlichen finanziellen Unterstützung profitierten eher Berichte aus den nördlichen Bundesländern (n=18) gegenüber den Berichten aus den südlichen Bundesländern (n=8). Als Quelle wurden überwiegend Mittel aus öffentlicher Hand angegeben.

Bei fast der Hälfte der Berichte (n=50) wurde fachliche Unterstützung hinzugezogen. Es handelt sich vorrangig um wissenschaftliche und/oder ärztliche Unterstützung (n=14) oder um Unterstützung bei der Koordination (n=13). Darüber hinaus wurde Unterstützung bei der Statistik (n=7), bei der Analyse (n=6) und bei redaktionellen Tätigkeiten (n=3) angegeben. In 14 Fällen wurden die Berichte darüber hinaus noch mit Unterstützung von anderer Seite erstellt; hier wurde die interdisziplinäre Zusammenarbeit, bzw. ämterübergreifende Kooperation als wichtige Arbeitshilfe benannt.

Für ein Viertel der Berichte (n=27) gibt es bereits einen Folgebericht, bei 45 Berichten gibt es konkrete Planungen für einen Folgebericht. Diese Planungen betreffen in 24 Fällen einen ersten Folgebericht, 21 sind Planungen für weitere Folgeberichte und. Das heißt im Umkehrschluss, dass bei 50 Berichten zum Zeitpunkt der Befragung kein Folgebericht vorliegt, bzw. geplant ist.

Mehr als die Hälfte (n=64) der Berichte sind in politischen Gremien beraten worden.

Für 70 Berichte wird die Frage nach Auswirkungen positiv beantwortet: Aus 39 Berichten resultierten Maßnahmen, wie z.B. „Mobilitätskonzept in einer Gemeinde“, „fortschreitende epidemiologische Erfassung“ oder „Entschärfung des Unfallschwerpunktes“. 31 Berichte dienten im Ergebnis als Informations- und Diskussionsgrundlage, z.B. „Information für interessierte Bürger/Institutionen“, „Grundlage für Beratungsarbeit“ oder „Aha-Erlebnis im Kreistag“.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die hier beschriebenen Berichte ganz verschiedene Themen aus dem Kontext Umwelt und Gesundheit aufgreifen und thematisch über die umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung hinausgehen, sei es, dass z.B. Tätigkeitsberichte oder Informationen zu Umweltindikatoren benannt werden. Zusätzliche finanzielle Unterstützung ist relativ selten, dennoch entstehen viele Berichte in Kooperation mit anderen Institutionen, indem z.B. wissenschaftliche oder koordinierende Unterstützung eingeholt wird. Auswirkungen der Berichte auf Maßnahmenebene oder dass der Bericht als Diskussionsgrundlage genutzt wird, trifft in etwa für die Hälfte der Berichte zu, auch erfolgt in etwa der Hälfte der Fälle eine Fortsetzung der Berichterstattung.

4.2 Unterstützung durch externen Sachverstand

Es wurde nach dem Auftreten typischer Vorgänge im Gesundheitsamt gefragt und erhoben, ob und welche Unterstützung eingeholt wurde und ob diese Unterstützung als ausreichend beurteilt wird.

Die Eingangsfrage lautete: Wie häufig sind die folgenden Vorgänge dieser Art in Ihrem Gesundheitsamt in den letzten 5 Jahren aufgetreten?

Aufgaben/Probleme	jährlich	selten	gar nicht
Cluster	18% (37)	32% (65)	50% (101)
Gefährdungsabschätzung	49% (99)	30% (60)	22% (44)
Wirkungsstudie	3% (7)	14% (29)	82% (167)
Planungsvorhaben	54% (110)	13% (26)	33% (67)
Gesundheitskonferenz	19% (39)	7% (15)	73% (149)
Gesundheitsberichterstattung	31% (62)	13% (27)	56% (114)
Zusätzlich:			
Arbeitskreise der KGK	1		
Bauleitplanungen	1		
Einführung von GIS		1	
Tätigkeitsbericht	1		

Tabelle 4: Auftreten von Aufgaben und Problemen in den Gesundheitsämtern im Zeitraum der letzten 5 Jahre

Bei den befragten Gesundheitsämtern sind Aufgaben im Zusammenhang mit Planungsvorhaben und Gefährdungsabschätzungen am häufigsten aufgetreten. Vorgänge im Zusammenhang mit Wirkungsstudien, Clustern und Gesundheitskonferenzen sind insgesamt eher selten oder gar nicht aufgetreten. Auch mehr als die Hälfte der Gesundheitsämter haben in den letzten 5 Jahren keine Aufgaben im Zusammenhang mit der Gesundheitsberichterstattung bearbeitet.

Die Gesundheitsämter, bei denen die Themen Gefährdungsabschätzung, bzw. Planungsvorhaben jährlich aufgetreten sind, unterscheiden sich weder in der Nord-Süd-Zuordnung, noch in der Zugehörigkeit zu den alten oder neuen Bundesländern, noch in der Größe des Einzugsgebietes von der Gesamtstichprobe.

Im Anschluss daran wurde gefragt, auf welche Unterstützung zurückgegriffen werden konnte. Die untenstehende Tabelle bietet eine Übersicht, ob überhaupt zu den vorgegebenen Themen auf die Unterstützung mindestens einer externen Institution zurückgegriffen wurde. Möglicherweise standen hier einige Gesundheitsämter vor dem Problem, gleichzeitig zu verschiedenen Verfahren Stellung nehmen zu müssen. Bei denen, die zugleich externe Unterstützung als auch eigenständige Bearbeitung angegeben haben, wurden zur Auswertung nur die Angaben zur externen Unterstützung herangezogen.

Aufgaben/ Probleme	irgendeine externe Unterstützung	ausschließlich eigenständige Bearbeitung	keine Angabe
Cluster	43% (87)	12% (24)	45% (92)
Gefährdungs- abschätzung	74% (150)	6% (13)	20% (40)
Wirkungsstudie	19% (39)	6% (13)	74% (151)
Planungsvorhaben	46% (93)	20% (41)	34% (69)
Gesundheitskonferenz	15% (31)	14% (29)	70% (143)
Gesundheitsbericht- erstattung	25% (51)	20% (40)	55% (112)
Zusätzlich:			
Tätigkeitsberichte		1	

Tabelle 5: Häufigkeit der Einbeziehung von externem Sachverstand bei vorgegebenen Aufgaben und Problemen (n=203)

Hier wird ersichtlich, dass am häufigsten zur Gefährdungsabschätzung externe Unterstützung gesucht wurde, Aufgaben aus diesem Bereich wurden eher selten ausschließlich eigenständig bearbeitet. Auch in bezug auf Planungsvorhaben und Cluster überwiegt bei der Problembearbeitung die Einbeziehung externer Unterstützung im Vergleich zur ausschließlich eigenständigen Bearbeitung. Zu den drei Themenkomplexen

Wirkungsstudie, Gesundheitskonferenz und Gesundheitsberichterstattung hat die Mehrheit der Gesundheitsämter keine dezidierten Angaben gemacht. Dies entspricht den bereits oben beschriebenen Informationen, dass solche Vorgänge in den letzten 5 Jahren in den Gesundheitsämtern nicht aufgetreten sind.

Die folgende tabellarische Darstellung beinhaltet die genaueren Angaben zur jeweils eingeholten Unterstützung.

Aufgaben/ Probleme	Landes- ÖGD	Bundes- behörde	Universität	Auftrag an Externe
Cluster	69	21	24	18
Gefährdungs- abschätzung	131	45	36	35
Wirkungsstudie	28	6	14	7
Planungsvorhaben	77	17	15	20
Gesundheitskonferenz	25	4	9	4
Gesundheitsbericht- erstattung	47	7	10	4

Tabelle 6: Unterstützung durch externe Institutionen bei vorgegebenen Problembereichen (Mehrfachnennungen zulässig, keine Prozentangaben)

Alle vorgegebenen Aufgaben und Probleme werden am häufigsten mit externer Unterstützung durch die jeweilige Landesbehörde bearbeitet. Die Unterstützung durch Bundesbehörde, Universität/Fachhochschule oder andere externe Institutionen/Personen spielt bei allen Aufgaben und Problembereichen nur eine nachgeordnete Rolle.

Aufgaben/ Probleme	Angebot zur Unterstützung ausreichend		keine Beurteilung
	ja	nein	
Cluster	39% (79)	23% (46)	38% (78)
Gefährdungsabschätzung	57% (116)	26% (52)	17% (35)
Wirkungsstudie	20% (41)	21% (43)	59% (119)
Planungsvorhaben	45% (91)	21% (42)	44% (70)
Gesundheitskonferenz	27% (54)	18% (37)	55% (112)
Gesundheitsbericht- erstattung	32% (64)	22% (44)	47% (95)
Zusätzlich:			
Tätigkeitsberichte	1		-
Risikoabschätzung		1	-

Tabelle 7: Tabelle zur Beurteilung der eingeholten externen Unterstützung (84 bis 168 Beurteilungen je Aufgaben/Problem-Bereich)

In Konsequenz aus der unterschiedlichen Konfrontation mit den vorgegebenen Aufgaben und Problemen sowie der unterschiedlichen Einbe-

ziehung externer Unterstützung gaben viele Gesundheitsämter keine Beurteilung ab. Zum Aufgabenbereich Gefährdungsabschätzung wurden die meisten Beurteilungen abgegeben. Hier überwiegt die positive Rückmeldung, dass das Unterstützungsangebot als ausreichend eingeschätzt wird. Auch bei den Aufgaben zu Cluster, Planungsvorhaben und Gesundheitsberichterstattung gaben mehr als die Hälfte der Gesundheitsämter eine Beurteilung ab. Auch hier überwiegt die positive Einschätzung des Angebots als ausreichend. Von weniger als der Hälfte der Gesundheitsämter wurden Angaben zu Wirkungsstudie und zur Gesundheitskonferenz gemacht: Bezüglich der Gesundheitskonferenz wird das Angebot mehrheitlich als ausreichend eingeschätzt. Anders die Beurteilungen der Unterstützung bei Wirkungsstudien: Hier sind die positiven Rückmeldungen und die kritischen Beurteilungen als nicht ausreichend in etwa gleich häufig.

Ingesamt gesehen stehen bei der vorgegebenen Auswahl von Aufgaben und Problembereichen die vier Aspekte Gefährdungseinschätzung, Planungsvorhaben, Cluster und Gesundheitsberichterstattung im Mittelpunkt. In der externen Unterstützung spielen die jeweiligen Landesbehörden eine dominante Rolle. Das Unterstützungsangebot wird überwiegend als ausreichend betrachtet. Jeweils ein knappes Fünftel der befragten Gesundheitsämter halten jedoch das Unterstützungsangebot in den verschiedenen Problembereichen nicht für ausreichend.

4.3 Qualifizierungsbedarf für Methoden und Verfahren

Für vorgegebene Verfahren und Methoden sollte beantwortet werden, welches Qualifikationsniveau im Gesundheitsamt vorhanden ist, bzw. angestrebt wird und ob bestehende Fortbildungsangebote als ausreichend angesehen werden. Grundsätzlich wurde zwischen fachlichen Methoden und Verfahren auf der einen Seite und Managementmethoden und –verfahren auf der anderen Seite differenziert.

Die Beantwortung der Frage nach dem Qualifizierungsbedarf für fachliche Methoden und Verfahren ist den Tabellen 8a und 8b zu entnehmen.

Fachliche Methoden und Verfahren	A Grundlagenwissen						
	im Gesundheitsamt vorhanden			im Gesundheitsamt erforderlich			Zusätzliche Fortbildungsangebote gewünscht
	ja	nein	kA	ja	nein	kA	
Konzepte	59% (120)	26% (52)	15% (31)	59% (120)	8% (16)	33% (67)	45% (92)
Datenerschließung	73% (149)	16% (32)	11% (22)	60% (122)	6% (13)	34% (68)	43% (88)
Statistik	166% (33)	22% (45)	12% (25)	60% (122)	7% (14)	33% (67)	41% (84)
GVP	55% (111)	30% (61)	15% (31)	53% (108)	14% (29)	33% (66)	48% (97)
Umweltmedizin	83% (169)	10% (20)	7% (14)	59% (120)	6% (12)	35% (71)	49% (99)
Expositionsabschätzung	81% (164)	11% (23)	8% (16)	62% (125)	4% (9)	34% (69)	54% (110)
Risikoabschätzung	82% (167)	10% (21)	7% (15)	63% (128)	4% (8)	33% (67)	57% (115)
Toxikologische Bewertung	70% (143)	21% (42)	9% (18)	59% (119)	9% (18)	33% (66)	51% (104)
Studie	43% (88)	44% (89)	13% (26)	45% (92)	27% (54)	28% (57)	34% (68)

Tabelle 8a: Beantwortung der Frage 3.1 nach Qualifizierungsbedarf für Grundlagenwissen in fachlichen Methoden und Verfahren

Grundlagenwissen zu den benannten fachlichen Methoden und Verfahren ist in der Mehrheit der Gesundheitsämter vorhanden (n=111-169) und auch erforderlich (n=108-128); einzige Ausnahme ist der Aspekt „Studie“, hierfür bestätigen weniger als die Hälfte der Gesundheitsämter Grundlagenwissen und auch dessen Notwendigkeit.

Zusätzliche Fortbildungen, um das Grundlagenwissen in fachlichen Methoden und Verfahren zu verbessern, werden von etwa der Hälfte der Gesundheitsämter gewünscht, an erster Stelle zu den Bereichen Risiko- und Expositionsabschätzung. Der Aspekt „Studie“ steht wieder etwas gesondert da, nur ein Drittel der Gesundheitsämter wünschten sich hierzu eine Fortbildung, um das Grundlagenwissen aufzubessern.

Fachliche Methoden und Verfahren	B spezielle Kenntnisse						
	im Gesundheitsamt vorhanden			im Gesundheitsamt erforderlich			Zusätzliche Fortbildungsangebote gewünscht
	ja	nein	kA	ja	nein	kA	
Konzepte	22% (44)	56% (114)	22% (45)	40% (82)	26% (52)	34% (69)	43% (87)
Datenerschließung	30% (61)	50% (101)	20% (41)	46% (94)	21% (43)	33% (66)	37% (74)
Statistik	24% (48)	58% (118)	18% (34)	37% (74)	30% (61)	34% (68)	34% (69)
GVP	18% (36)	61% (123)	22% (44)	37% (75)	30% (61)	33% (67)	42% (86)
Umweltmedizin	53% (107)	36% (72)	12% (24)	54% (110)	18% (37)	28% (56)	47% (95)
Expositionsabschätzung	35% (70)	51% (103)	15% (30)	48% (98)	24% (48)	28% (57)	46% (93)
Risikoabschätzung	36% (73)	49% (99)	15% (31)	52% (106)	22% (44)	26% (53)	48% (98)
Toxikologische Bewertung	29% (58)	56% (113)	16% (32)	42% (85)	30% (61)	28% (57)	46% (94)
Studie	17% (34)	62% (125)	22% (44)	26% (52)	46% (93)	29% (58)	31% (63)

Tabelle 8b: Beantwortung der Frage 3.1 nach Qualifizierungsbedarf für spezielle Kenntnisse in fachlichen Methoden und Verfahren

Spezielle Kenntnisse zu den benannten fachlichen Methoden und Verfahren sind nur in der Minderheit der Gesundheitsämter vorhanden, werden allerdings von einem jeweils größeren Anteil der Gesundheitsämter für erforderlich gehalten. Eine Besonderheit stellt hier der Bereich Umweltmedizin dar, für den spezielle Kenntnisse in der Hälfte der Gesundheitsämter vorhanden und erforderlich ist. Zusätzliche Fortbildungen, um die speziellen Kenntnisse in fachlichen Methoden und Verfahren zu erweitern, wird von einem Drittel bis zur Hälfte der Gesundheitsämter gewünscht, an erster Stelle wiederum zu den Bereichen Risiko- und Expositionsabschätzung sowie zum Bereich Umweltmedizin.

Als Vorbehalt ist anzumerken, dass die Angaben zur Erforderlichkeit von grundlegenden bzw. speziellen Kenntnisse jeweils von einem Drittel der Befragten nicht beantwortet wurden. Möglicherweise wurde die Antwort verweigert, weil kein Zeitbezug für diese Frage gegeben wurde oder weil die Erfordernis jeweils als selbstverständlich angesehen wurde.

Insgesamt gesehen gibt es für alle angegebenen fachlichen Methoden und Verfahren bei fast der Hälfte der befragten Gesundheitsämter Interesse sowohl an zusätzlichen Fortbildungsangeboten auf Grundlagenniveau als auch zum Erwerb spezieller Kenntnisse. Hier sind vor allem die Bereiche Expositionsabschätzung, Risikoabschätzung, Umweltmedizin und toxikologische Bewertung zu nennen.

Die Beantwortung der Frage nach dem Qualifizierungsbedarf für Managementmethoden und -verfahren ist den Tabellen 9a und 9b zu entnehmen.

Managementmethoden und -verfahren	A Grundlagenwissen						Zusätzliche Fortbildungsangebote gewünscht
	im Gesundheitsamt vorhanden			im Gesundheitsamt erforderlich			
	ja	nein	kA	ja	nein	kA	
Risikokommunikation	80% (162)	11% (22)	9% (19)	65% (131)	4% (9)	31% (63)	44% (90)
Einzelberatung	90% (183)	4% (8)	6% (12)	59% (120)	6% (13)	35% (70)	30% (60)
Projektmanagement	58% (117)	31% (62)	12% (24)	55% (111)	15% (30)	31% (62)	36% (72)
integrierte Programme	53% (107)	36% (73)	11% (23)	48% (97)	19% (38)	34% (68)	28% (56)
Qualitätssicherung	52% (105)	38% (76)	11% (22)	55% (111)	14% (28)	32% (64)	42% (84)
Öffentlicher Diskurs	54% (110)	35% (70)	11% (23)	47% (96)	19% (39)	34% (68)	33% (67)
Kooperation	81% (165)	8% (17)	10% (21)	58% (118)	6% (12)	36% (73)	24% (48)
Zusätzlich:							
Pressearbeit	1			1			1

Tabelle 9a: Beantwortung der Frage 3.2 nach Qualifizierungsbedarf für Grundlagenwissen in Managementmethoden und –verfahren

Grundlagenwissen zu den benannten Managementmethoden und –verfahren ist in der Mehrheit der Gesundheitsämter vorhanden und wird in teilweise etwas geringerem Umfang auch als erforderlich angesehen. Zusätzliche Fortbildungen, um das Grundlagenwissen in Managementmethoden und -verfahren zu verbessern, wird von etwa einem Drittel der Gesundheitsämter gewünscht, an erster Stelle zu den Bereichen Risikokommunikation und Qualitätssicherung.

Management- methoden und - verfahren	B spezielle Kenntnisse						
	im Gesundheitsamt vorhanden			im Gesundheitsamt erforderlich %			Zusätzliche Fortbildungs- angebote gewünscht
	ja	nein	kA	ja	nein	kA	
Risikokommunikation	39% (79)	44% (89)	17% (35)	56% (113)	15% (30)	30% (60)	44% (90)
Einzelberatung	63% (127)	24% (49)	13% (27)	52% (106)	15% (30)	33% (67)	32% (64)
Projektmanagement	25% (51)	55% (112)	20% (40)	39% (80)	30% (60)	31% (63)	31% (63)
integrierte Programme	25% (50)	57% (116)	18% (37)	34% (69)	34% (68)	33% (66)	28% (56)
Qualitätssicherung	18% (37)	63% (127)	19% (39)	41% (84)	28% (56)	31% (63)	37% (76)
Öffentlicher Diskurs	21% (43)	61% (123)	18% (37)	32% (64)	35% (70)	34% (69)	31% (62)
Kooperation	50% (102)	36% (73)	14% (28)	41% (83)	24% (48)	36% (72)	26% (52)

Tabelle 9b: Beantwortung der Frage 3.2 nach Qualifizierungsbedarf für spezielle Kenntnisse in Managementmethoden und –verfahren

Spezielle Kenntnisse zu den benannten Managementmethoden und -verfahren sind in den Gesundheitsämtern in sehr unterschiedlichem Ausmaß vorhanden (n=37–127), werden allerdings zumeist von einem etwas höheren Anteil der Gesundheitsämter für erforderlich gehalten (n=64–113). Zusätzliche Fortbildungen, um die speziellen Kenntnisse in Managementmethoden und -verfahren zu erweitern, wird von etwa einem Drittel der Gesundheitsämter gewünscht, an erster Stelle steht hier der Bereich Risikokommunikation. Der oben genannte Vorbehalt zum Antwortverweigerung gilt auch hier.

Insgesamt gesehen gibt es für alle angegebenen Managementmethoden und Verfahren bei ca. einem Drittel der befragten Gesundheitsämter Interesse sowohl an zusätzlichen Fortbildungsangeboten auf Grundlagen-niveau als auch zum Erwerb spezieller Kenntnisse. An erster Stelle ist der Bereich Risikokommunikation zu nennen.

Ergänzend zu dem tabellarisch abgefragten Qualifizierungsbedarf wurde mit einer offenen Frage recherchiert, zu welchen Themen aus der Sicht des Gesundheitsamtes die größte Priorität für Qualifizierungsmaßnahmen besteht. 147 Gesundheitsämter haben hierzu mindestens eine Angabe gemacht, insgesamt wurden 347 Angaben ausgewertet. Gesundheitsämter aus den alten und neuen Bundesländern, aus Nord und Süd und mit

einem größeren bzw. kleineren Einzugsbereich waren hierbei entsprechend ihrer Repräsentanz in der Gesamtstichprobe vertreten. Tabelle A2 im Anhang bietet eine Übersicht zu den Originalangaben. Diese wurden zusammenfassend 14 Kategorien zugeordnet. Die untenstehende Tabelle 10 beinhaltet die Häufigkeit der kategorial geordneten Nennungen.

Priorität für Qualifizierung – Kategorien	Häufigkeit
Risiko-/Expositionsabschätzung	16% (57)
Risikokommunikation/öff. Diskurs	16% (57)
Verschiedenes	8% (31)
Umweltmedizin	8% (28)
UVP/GVP	8% (26)
Toxikologie	7% (23)
Projekt-/Risikomanagement	6% (22)
Statistik/Epidemiologie	6% (21)
Trink-/Badewasser	5% (18)
Qualitätssicherung	5% (17)
Innenraum	5% (17)
Gesundheitsberichterstattung	5% (16)
Physikalische Noxen	2% (8)
Kooperation	2% (6)
Gesamt	100% (347)

Tabelle 10: Übersicht kategorisierten Angaben zur Priorität für Qualifizierungsangebote (n=347 Angaben von 147 Gesundheitsämtern)

Größte Priorität für Qualifizierungsmaßnahmen ergibt sich hiermit für die Themen Risiko- und Expositionsabschätzung und Risikokommunikation/öffentlicher Diskurs. Der nachfolgende Punkt „Verschiedenes“ deutet an, dass an nächster Stelle vor allem Qualifizierungsbedarf für sehr spezielle Aspekte aus der Arbeit des Gesundheitsamtes genannt wurden, die für die Gesamtgruppe nicht sinnvoll zusammengefasst werden konnten. Darüber hinaus sind die priorisierten Themen für eine weitere Qualifizierung der Gesundheitsämter breit gefächert. Bestimmte Verfahren der Projektabwicklung (GVP/UVP, Management, Gesundheitsberichterstattung, etc) sind hier ebenso aufgeführt wie fachliche Aspekte (Toxikologie, physikalische Noxen, Problematik Innenraum, ...). Der Schwerpunkt bei den Themen Risiko- und Expositionsabschätzung und Risikokommunikation/öffentlicher Diskurs bestätigt sich auch in der Analyse der Untergruppen. Unabhängig von der Nord-Süd-Zuordnung, der Zugehörigkeit zu den neuen oder alten Bundesländern und unabhängig von der Größe des Einzugsbereichs sind dies die vorrangig benannten Themen. Das Gewicht der Kategorie „Verschiedenes“ ist vorwiegend auf die Angaben der kleineren Gesundheitsämter aus den neuen Ländern zurückzuführen.

Die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten für einen kollegialen Meinungs- und Erfahrungsaustausch wurden von mehr als der Hälfte der Gesundheitsämter (n=132) für ausreichend gehalten, knapp ein Drittel (n=59) beantworteten die Frage negativ, 12 gaben hierzu keine Auskunft.

Anregungen, wie der kollegiale Meinungs- und Erfahrungsaustausch erleichtert werden kann, machten 63 Gesundheitsämter. Auch hier werden die verschiedenen Angaben kategorisiert in der untenstehenden Tabelle 11 beschrieben. Die Auflistung der Originalantworten ist der Tabelle A3 im Anhang zu entnehmen.

Erleichterung des Austausches - Kategorie	Häufigkeit
Austausch	48% (51)
Ressourcenaufbau	14% (15)
EDV	12% (13)
Verschiedenes	11% (12)
Fortbildungen	7% (7)
Qualitätszirkel	6% (6)
Dienstbesprechung	2% (2)
Gesamt	100% (106)

Tabelle 11: Übersicht kategorisierte Vorschläge zur Verbesserung des kollegialen Meinungs- und Erfahrungsaustausches (n=106 Angaben von 63 Gesundheitsämtern)

Die Kategorie „Austausch“ umfasst verschiedene Vorschläge, die typischerweise das Stichwort „regelmäßig“ beinhalten, ansonsten unterschiedliche Akzentuierungen aufweisen (z.B. anlassbezogen, disziplinübergreifend, benachbarter Gebiete). Darüber hinaus ist die häufigere Nennung von EDV-Aspekten (z.B. stärkere Nutzung von UmInfo, Internetzugang) erwähnenswert sowie die häufige Rückmeldung, dass der für sinnvoll gehaltene Erfahrungsaustausch wegen des Mangels an personellen, zeitlichen und/oder finanziellen Ressourcen vernachlässigt wird.

Als Abschluss des Fragebogens gab es das Angebot, ergänzende Anmerkungen zur Befragung zu machen. Von diesem Angebot machten 63 Gesundheitsämter Gebrauch. In z.T. ausführlichen Stellungnahmen, die in dieser zusammenfassenden Auswertung nicht im einzelnen berücksichtigt werden konnten, wurden bis zu 5 Einzelaspekte genannt. Im Anhang (Tabelle A4) sind die Originalangaben aufgelistet.

Die Anmerkungen wurden kategorisiert, um sich einen Überblick über die Inhalte zu verschaffen. Die untenstehende Tabelle 12 dokumentiert die Häufigkeiten dieser kategorisierten Freitextangaben.

Anmerkungen zur Befragung - Kategorie	Häufigkeit
Mangel	35% (51)
Prioritätensetzung	28% (40)
inhaltliche Angaben	11% (16)
Organisation	11% (15)
Fragebogen	8% (11)
Verschiedenes	6% (9)
Fortbildung	2% (3)
Gesamt	100% (145)

Tabelle 12: Übersicht kategorisierte Anmerkungen zur Befragung (n=145 Angaben von 63 Gesundheitsämtern)

In dieser reduzierten Form der kategorisierten Angaben macht sich der Schwerpunkt der Anmerkungen zum Stichwort „Mangel“ bemerkbar. Hierunter wurden alle Hinweise auf z.B. Personalmangel, Begrenzung des Sachmittletats, fehlender Nachwuchs zusammen gefasst. Als beispielhaftes Zitat sei genannt: „personell und finanziell nur möglich, Routineaufgaben zu bewältigen“.

In engem Zusammenhang damit sind die Hinweise zu verstehen, die hier unter dem Stichwort „Prioritätensetzung“ zusammengefasst wurden und Hinweise auf konkurrierende Themen im Alltag der Gesundheitsämter hinweisen. Zitate: „Einführung des Infektionsschutzgesetzes – gesundheitlicher Umweltschutz kaum möglich“, oder „unser Schwerpunkt GBE: Themen aus Sozialbereich/sozialer Umwelt“, oder „GBE und wohl auch GVP (werden) als freiwillige Aufgaben angesehen“ oder „umweltbezogener Gesundheitsschutz = Bearbeitung von Bürgerbeschwerden“.

Darüber hinaus gab es einige Ergänzungen zu Antworten in den vorhergehenden Abschnitten („Inhaltliche Angaben“), Hinweise zu organisatorische Gegebenheiten des jeweiligen Gesundheitsamtes („Organisation“), z.B. „erforderlich: kooperationsoffenes Landesinstitut ...“ „bei Fachfragen: Unterstützung durch LGA in jeder Hinsicht wertvoll...“ „sowie einige Anmerkungen und Kritikpunkte zur Befragung selbst, Zitat: „wichtig: genaue Angaben zur Qualifikation der Mitarbeiter“ oder „Befragung für viele Gesundheitsämter weit an der Realität vorbei“.

Eine Zusammenschau der Freitextangaben bestätigt im Hinblick auf die Qualifizierungsmaßnahmen als prioritäre Themen Risiko- und Expositionsabschätzung sowie Risikokommunikation und öffentlicher Diskurs. Zur Verstärkung des kollegialen Erfahrungsaustauschs erfolgten viele Vorschläge zu regelmäßigen Treffen. Hierbei wurden allerdings ganz unterschiedlich Akzentuierungen formuliert. Ergänzende Anmerkungen machten u.E. deutlich, dass sich die Gesundheitsämter - vor dem Hin-

tergrund fehlender Ressourcen als auch konkurrierender Themen - von den Ansprüchen der umweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung überfordert sehen.

4. Diskussion

Die bei 50% liegende Response ist nach wissenschaftlichen Kriterien für eine repräsentative Befragung unbefriedigend. Unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen und der angestrebten Laufzeit hat die Projektgruppe der LAUG das Ergebnis jedoch als akzeptabel eingestuft und sich gegen weitere Maßnahmen zur Responsesteigerung ausgesprochen. Positiv ist festzuhalten, dass zumindest die neuen und alten Bundesländer bzw. die nördlichen und südlichen Bundesländer angemessen und ausgeglichen repräsentiert sind. Die Ursachen für die Nichtteilnahme sind nicht bekannt. Aus Rückfragen während der Erhebung kann vermutet werden, dass einige Gesundheitsämter die Abstimmung mit dem jeweiligen Landkreistag vermissten und nicht „im Alleingang“ eine Teilnahme verantworten wollten. Auch die Gründe für die selektive Antwortverweigerung bei der Befragung sind uns nicht bekannt. Ein besonders hoher Anteil war im Kontext zu den Fragen nach dem Vorhandensein von Grundlagenwissen und speziellen Kenntnissen auffällig. Während generell vermutlich auf Einzelfragen nicht geantwortet wurde, weil sie nicht zutreffend waren, ist hier auch zu vermuten, dass die komplizierte Tabelle abgelehnt wurde.

Als Ziel wurde formuliert, den Entwicklungsstand der umweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung auf lokaler Ebene zu dokumentieren. 77 Gesundheitsämter haben auf verschiedene Weise hierzu Erfahrungen gesammelt. Die große Mehrheit der Gesundheitsämter haben allerdings noch keine Aktivitäten in der lokalen Gesundheitsberichterstattung entwickelt. Immerhin werden mehr als 100 Berichte beschrieben, wenn auch nur ein Teil der Titel erkennen lässt, dass umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung im eigentlichen Sinn erfolgt ist. Bei Aufhebung der Anonymisierung und mit selektiver und vertiefter Auswertung könnten aus diesem Kreis auch beispielhafte umweltbezogene Gesundheitsberichte beschrieben werden.

Aus den Angaben zu den Rahmenbedingungen und Auswirkungen der Berichte sind als typische Merkmale der lokalen Berichterstattung abzuleiten die Durchführung „mit Bordmitteln“, die Kooperation mit anderen Institutionen und die Tatsache, dass die Berichterstattung aus Sicht des Gesundheitsamtes durchaus nicht folgenlos geblieben ist.

Als zweites Ziel sollte präzisiert werden, auf welchen Teilgebieten des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes Beratungs- und Unterstüt-

zungsbedarf besteht. Zum einen ist zu sehen, dass die Befragung nicht gerade an den Arbeitsalltag, die Routineaufgaben im Amt anknüpft, sondern eher die seltener auftretenden Probleme und Aufgaben abfragt. Hier wird deutlich, dass Risiko- und Expositionsabschätzung als besondere Herausforderung häufiger auftritt, dass sich die Gesundheitsämter dazu meistens Unterstützung von außen – im Regelfall hier von der jeweiligen Landesbehörde – suchen und damit auch durchaus zufrieden sind.

Zum anderen hat die dezidierte Nachfrage nach einzelnen fachlichen Methoden und Verfahren und entsprechend auch nach Managementmethoden und Verfahren deutlich gemacht, dass hier bei einer Vielzahl von Themen bei einem Drittel bis zur Hälfte der Gesundheitsämter Beratungs- und Unterstützungsbedarf vorliegt. Besonderes Interesse ergibt sich für die Bereiche Risiko- und Expositionsabschätzung, Umweltmedizin und toxikologische Bewertung sowie Risikokommunikation und Qualitätssicherung. Um hierzu Arbeitshilfen, Unterstützungs- und Fortbildungsangebote zu entwickeln muss allerdings reflektiert werden, wie die Unterschiede im Grundlagenwissen ausgeglichen werden können und insbesondere in welcher Weise die Fortbildung zu speziellen Kenntnissen an die Bedürfnisse der Gesundheitsämter angepasst werden können. Die Beantwortung der offenen Frage nach prioritären Qualifizierungsbedarf hat einen deutlichen Akzent auf die Teilgebiete Risikoabschätzung – Expositionsabschätzung und Risikokommunikation – öffentlicher Diskurs gesetzt.

Als besonders ergiebig erwiesen sich die Angaben im letzten Teil des Fragebogens. Die Vielfalt der Angaben musste zur Übersicht in Kategorien gefasst werden. Einigen Freitextangaben sind wir mit der Lösung aus dem jeweiligen Gesamtzusammenhang nur unzureichend gerecht geworden. Dennoch zeigt sich in der Zusammenschau deutlich, dass der Ressourcenmangel für die Entwicklung der umweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung ein großes Handicap darstellen.

Die im Bericht vorgenommene Kategorisierung ist eine von vielen möglichen Lese- und Interpretationsarten der Freitextangaben. Der Anhang wie auch der anonymisierte Datensatz enthält die Originalangaben. Hiermit ist es interessierten LeserInnen möglich, die Anmerkungen nach eigenen Kriterien zu strukturieren und zu bewerten.

Die Erhebung bestätigt, dass in der Bundesrepublik Deutschland erste Ansätze für eine lokale umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung vorhanden sind. Sie bietet einen systematischen Überblick und jedem interessierten Gesundheitsamt eine fundierte Möglichkeit, den eigenen Stand in der umweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung einzuschätzen. Eine Auswahl geeigneter Beispiele, an denen sich andere

Kommunen orientieren können, muss jedoch einem weiter Auswertungsansatz vorbehalten bleiben, bei dem - nach Absprachen im Einzelfall - auf die anonymisierte Darstellung verzichtet wird.

6. Zusammenfassung

An der im Herbst 2002 durchgeführten bundesweiten Umfrage bei den Gesundheitsämtern zum Thema Umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung haben sich 226 Gesundheitsämter (53%) beteiligt, 203 haben an der Befragung teilgenommen (Response 48%). In bezug auf die Nord-Süd-Zuordnung und der Zugehörigkeit zu den alten bzw. neuen Bundesländern entsprechen die teilnehmenden Gesundheitsämter demnach ihrer bundesrepublikanischen Präsenz, so wie sie sich in den Ausgangsdaten, der Adresdatei des loegd von NRW, darstellt. Die meisten Gesundheitsämter sind den Landkreisen zugeordnet, sie sind für bis zu 700.000 Personen zuständig. Bei den Gesundheitsämtern mit mehr als 164.000 Personen im Einzugsgebiet sind die Ämter der alten Bundesländer deutlich überrepräsentiert.

Im vergangenen 5-Jahreszeitraum haben 77 Gesundheitsämter Erfahrungen in der umweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung gesammelt. 55 Gesundheitsämter haben durch Informationen zu mehr als 100 thematisch sehr vielfältigen Berichten die typischen Rahmenbedingungen und Wirkungen beschrieben: Zusätzliche finanzielle Unterstützung ist relativ selten, dennoch entstehen viele Berichte in Kooperation mit anderen Institutionen, indem z.B. wissenschaftliche oder koordinierende Unterstützung eingeholt wird. Für die Hälfte der Berichte werden Auswirkungen auf der Maßnahmenebene, oder dass der Bericht als Diskussionsgrundlage genutzt wird, beschrieben. Ebenso erfolgt in etwa der Hälfte der Fälle eine Fortsetzung der Berichterstattung. Bei der Mehrheit der Gesundheitsämter spielte allerdings die umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung – auch unter Berücksichtigung der Berichte anderer Dienststellen und anlassbezogener Untersuchungen – keine Rolle.

Bei den befragten Gesundheitsämtern sind als besonders anspruchsvolle Themen Aufgaben im Zusammenhang mit Planungsvorhaben und Gefährdungsabschätzungen am häufigsten aufgetreten. Unterstützung hierzu erfolgte überwiegend und auch in ausreichendem Maß durch die jeweilige Landesbehörde. Andere Themen - Gesundheitskonferenz, Gesundheitsberichterstattung, Wirkungsstudie - spielten nur eine nachgeordnete Rolle.

Für fachliche Methoden und Verfahren gibt es bei fast der Hälfte der befragten Gesundheitsämter Interesse sowohl an zusätzlichen Fortbildungsangeboten auf Grundlagenniveau als auch zum Erwerb spezieller

Kenntnisse. Hier sind vor allem die Bereiche Risiko- und Expositionsabschätzung, auch Umweltmedizin und toxikologische Bewertung zu nennen. Für Managementmethoden und Verfahren gibt bei ca. einem Drittel der befragten Gesundheitsämter Interesse sowohl an zusätzlichen Fortbildungsangeboten auf Grundlagenniveau als auch zum Erwerb spezieller Kenntnisse. An erster Stelle ist hier der Bereich Risikokommunikation und öffentlicher Diskurs zu nennen. Zur Verstärkung des kollegialen Erfahrungsaustauschs erfolgten viele Vorschläge.

Durch die ergänzenden Anmerkungen machten die Gesundheitsämter deutlich, dass die Ansprüche der umweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung im Kontext fehlender Ressourcen und konkurrierender Themen zu sehen sind.