

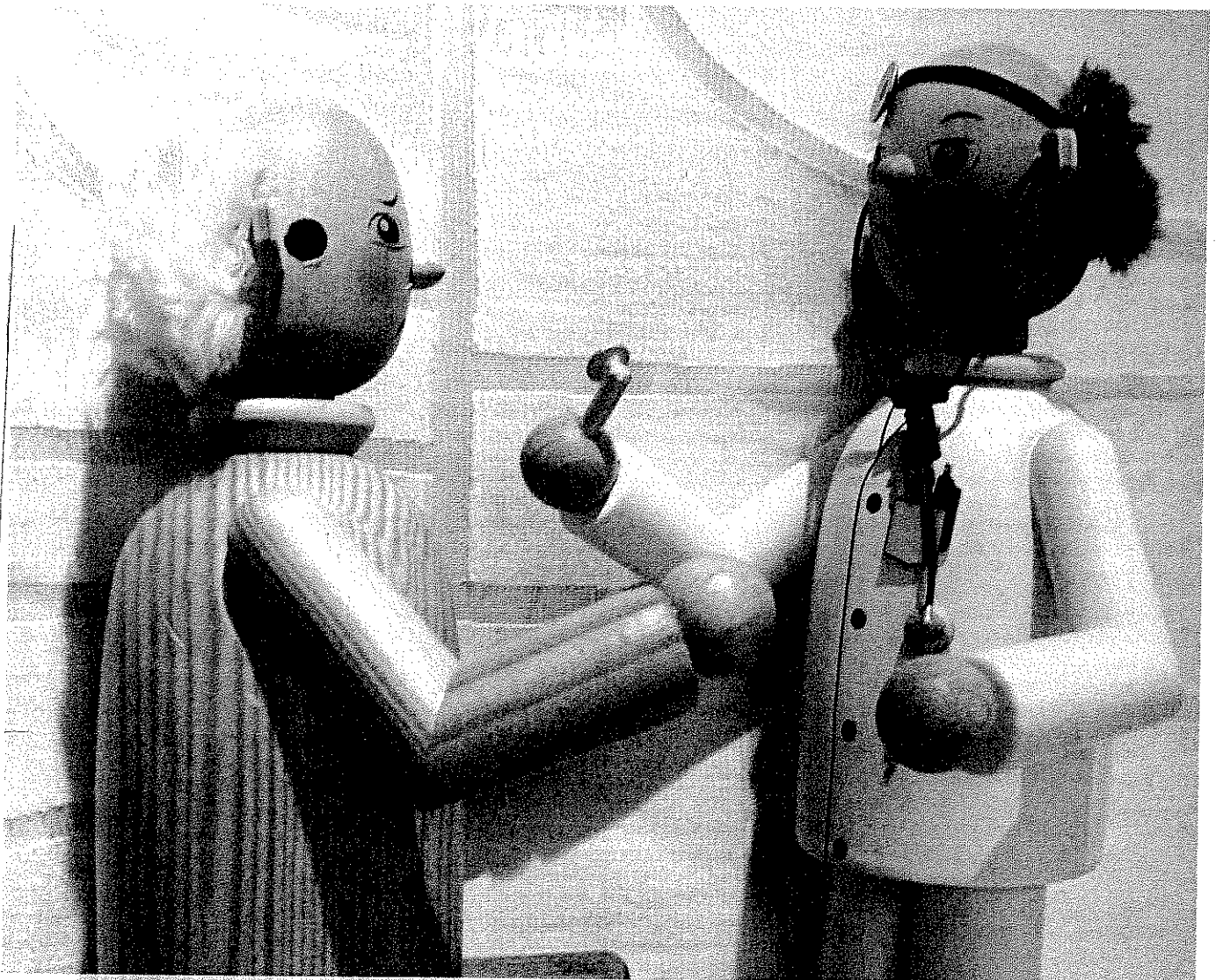


Der Landkreis

Zeitschrift für kommunale Selbstverwaltung

81. Jahrgang

Februar 2011



**Der Öffentliche Gesundheitsdienst –
Integraler Bestandteil der
medizinischen Versorgung im
Landkreis**

Die Rolle des ÖGD im Gesundheitswesen in Deutschland aus Sicht des Bundesgesundheitsministeriums

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) tritt bei der Bevölkerung besonders in Zeiten von Epidemien und Pandemien in den Fokus. Das ist zuletzt beim Auftreten der „Neuen Grippe“ im Jahr 2009 deutlich geworden. Innerhalb kürzester Zeit mussten sich die Gesundheitsbehörden international und in Europa abstimmen. Gleichzeitig lief die Koordinierung der Reaktion auf diese Bedrohung innerhalb Deutschlands zwischen Bund, Ländern und den Behörden vor Ort. Alle Beteiligten auf diesen Ebenen, auch und vor allem die Mitarbeiter in den Gesundheitsämtern, haben Anteil daran, dass es gelungen ist, dieser ersten Pandemie im 21. Jahrhundert erfolgreich zu begegnen.

Von Stefan Kapferer, Berlin

sundheitsministerium und die Behörden im Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums, vor allem das Robert Koch-Institut, das Paul Ehrlich-Institut und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Der Schutz vor übertragbaren Krankheiten in all seinen Facetten, Kinder- und Jugendgesundheit, die Qualität von Trink- und Badewasser, Umweltmedizin und die gesundheitlichen Herausforderungen des Klimawandels machen die Vielfalt deutlich. Vor allem im Bereich des Infektionsschutzes besteht eine enge Zusammenarbeit von Gesundheitsämtern, Landesbehörden und Robert Koch-Institut (RKI): So können aktuelle Trends im Infektionsgeschehen schnell erkannt, effizient erfasst und bewertet werden. Dies schafft die notwendige Grundlage für die Erarbeitung von Empfehlungen und Präventionsmaßnahmen.

Die Erhebung von Daten zur Darstellung der Gesundheitssituation der Bevölkerung und zur Erfassung von aktuellen Entwicklungen ist in allen Bereichen der öffentlichen Gesundheit wichtig. Deshalb hat das Bundesgesundheitsministerium das Gesundheitsmonitoring beim Robert Koch-Institut etabliert. Damit wurde erstmals eine umfassende und kontinuierliche Beobachtung der gesundheitlichen Lage in Deutschland möglich. Auf Basis dieser Daten kann zielgenau präventiv angesetzt werden, um die Risiken gezielt zuzugehen. Die jährlich durchgeführten Telefonbefragungen (GEDA) sowie die umfassenden dreijährigen Untersuchungssurveys sind für den Bund repräsentativ. Auch für die größeren Bundesländer können fundierte Daten erhoben oder eigene Module für spezifische Fragestellungen eingespeist werden. Die Ergebnisse werden zeitnah im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes aufbereitet, analysiert und veröffentlicht. Damit steht eine breite Basis für Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit zur Verfügung.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst nimmt wichtige sozialkompensatorische Aufgaben wahr. In diesem Zusammenhang ist er umfangreich präventiv tätig und koordiniert, initiiert und unterstützt Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit sowie gesunder Lebensbedingungen. Im Sinne eines umfassenden Verständnisses von Gesundheit wirkt der ÖGD in enger Zusammenarbeit mit anderen auf diesem Ge-

biet Tätigen an der Förderung und Erhaltung gesunder Lebensbedingungen mit.

Ein Bereich, in dem sich der ÖGD in den zurückliegenden Jahren besondere Verdienste erworben hat, ist der der Zahngesundheit. Die Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst sehen sich besonders der Verbreitung des Gedankens der sozialen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde verpflichtet. Das Ergebnis spricht für sich. Es ist eine erfreuliche Tatsache, dass sich die **Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen** in Deutschland deutlich verbessert hat. Wesentlich dazu beigetragen haben die Präventionsmaßnahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe. Aber trotz vielfältiger Präventionsbemühungen ist die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen in den einzelnen Bundesländern ungleich verteilt. Insbesondere Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien und Familien mit Migrationshintergrund weisen ein größeres Kariesaufkommen und damit eine größere Krankheitslast auf als z.B. die Kinder von Eltern mit höherer Schulbildung. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit einer kritischen Analyse des Umfangs und der Strategien der Gruppenprophylaxe durch die Beteiligten. Die Bewertung, ob die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe gegenwärtig vollständig, flächendeckend und in der notwendigen Häufigkeit in allen Altersstufen gleichermaßen angewandt werden, ist daher wichtig. Ziel sollte es sein, die Mundgesundheit aller Kinder und Jugendlichen weiter zu verbessern.

Bei der Sicherstellung der Hygienequalität des **Trink- und Badewassers** haben die Gesundheitsämter ein breites Aufgabenspektrum. Sie überwachen Wasserversorgungsanlagen, Eigenwasserversorgungen, Trinkwasser-Installationen von öffentlichen Gebäuden (z.B. Schulen, Kindergärten, Krankenhäuser), Schwimmbäder mit ihren Schwimm- und Badebecken sowie Badegewässer. Werden Grenzwerte und Anforderungen an die Trinkwasser-Qualitätsparameter nicht eingehalten, ordnet das Gesundheitsamt erforderlichenfalls Maßnahmen an, um Beeinträchtigungen der menschlichen Gesundheit zu verhindern und um festgestellte Verunreinigungen zu beseitigen. Dem Gesundheitsamt fällt dabei auch die wichtige Aufgabe der Information der Bevölkerung zu. Dies gilt gleichermaßen, wenn an bestimmten Badestellen nicht gebadet werden darf oder wenn ein Schwimmbad geschlossen werden muss.

Aber der Öffentliche Gesundheitsdienst ist weit mehr als eine „Institution für Krisenzeiten“. Als wichtige Säule im Gesundheitswesen ist er unverzichtbar. Er umfasst eine Vielzahl von Einrichtungen und Ämtern auf Bundes- und Landesebene, in den jeweiligen Regierungsbezirken und Kommunen. Der Öffentliche Gesundheitsdienst nimmt zahlreiche wichtige Aufgaben wahr, um die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen, zu erhalten und zu verbessern. In der Regel stehen dabei bevölkerungsmedizinische Aspekte im Bereich der Prävention, der Gesundheitsfürsorge, der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes im Vordergrund. Die gesundheitliche Versorgung besonders gefährdeter und schwer erreichbarer Gruppen wie psychisch kranker oder behinderter Menschen, Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus oder Drogenkranke wird besonders unterstützt. Damit ist der Öffentliche Gesundheitsdienst in vielen Bereichen ein wichtiger Partner.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist gefordert, gesundheitliche Problemlagen zu erkennen, zu benennen, geeignete Maßnahmen zu initiieren und diese zu koordinieren. Damit verbunden ist nicht nur ein erhebliches Gestaltungspotenzial, sondern es setzt auch die genaue Einordnung der jeweiligen Situation und die Kenntnis von Krankheitsbekämpfungsstrategien voraus. Die Arbeit des ÖGD wurde und wird durch die Weiterentwicklung von Wissenschaft, Medizin und Technik, die wachsende Bedeutung von Umwelt- und Verbraucherschutz und die fortschreitende Gesundheits- und Sozialgesetzgebung maßgeblich geprägt.

Viele der Themen, mit denen der ÖGD befasst ist, beschäftigen auch das Bundesge-

Dass die Verbraucher in Deutschland in aller Regel auf qualitativ sehr hochwertiges Trinkwasser zurückgreifen können, ist auch den Leistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und dem Engagement seiner Mitarbeiter vor Ort zu verdanken. Gerade bei dem Lebensmittel Nr. 1, dem Trinkwasser mit seiner herausragenden Bedeutung für Lebensqualität und die Gesundheit der Bevölkerung, können die Leistungen der Gesundheitsämter nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Durch Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsbildung trägt der ÖGD zur Vermeidung von Zivilisationskrankheiten, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen sowie Suchterkrankungen bei. So finden zum Beispiel viele Maßnahmen des Nationalen Aktionsplans „**IN FORM**“ zur Vermeidung von Bewegungsmangel und Fehlernährung auf kommunaler Ebene statt. Bei dem Förderschwerpunkt „Aktionsbündnisse gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ werden tragfähige Kooperationen durch die Vernetzung bestehender Aktivitäten beispielsweise in Kindertagesstätten, Schulen, Vereinen, Senioreneinrichtungen und Stadtteilen dauerhaft verankert. Dabei wird auch auf die Kompetenz der Gesundheitsämter zurückgegriffen.

Nach zehn Jahren Präventionserfahrung (2000 wurde § 20 SGB V (erneut) im Sozial-

gesetzbuch aufgenommen) auf der Seite des Bundes ist es Zeit, die Instrumente im Hinblick auf ihre Wirksamkeit, ihre Reichweite und ihre Zielgenauigkeit zu überprüfen. Dieser Auftrag ist im Koalitionsvertrag niedergelegt. Die Präventionsstrategie der Bundesregierung wird Vorhandenes bewerten und aufeinander abstimmen, nationale und internationale Erfahrungen und Erkenntnisse analysieren sowie auf bewährten Programmen und Strukturen aufbauen, diese weiterentwickeln und sie in die Fläche bringen. Prävention und Gesundheitsförderung sind wichtige Bausteine für ein gesundes Leben und für unsere Gesellschaft, die zuallererst bei Kindern und Jugendlichen ansetzen müssen. Sie werden einhellig als gesamtgesellschaftliche Aufgabe beschrieben. In der komplexen föderal geprägten Struktur Deutschlands muss jeder entsprechend seiner Zuständigkeit aktiv werden. Hier kommt dem ÖGD eine wichtige Rolle zu.

Die oben benannten Bereiche zeigen nur beispielhaft, welche wichtige Aufgaben der ÖGD hat und wo er mit den Themenbereichen des Bundesgesundheitsministeriums vernetzt ist. Ein leistungsfähiger Öffentlicher Gesundheitsdienst ist und bleibt wichtig für Deutschland. Vieles, wofür der ÖGD steht, ist mittlerweile selbstverständlich geworden. Aber es geht um mehr. Es geht darum, un-

tersere Lebensbedingungen weiter zu verbessern und nachhaltig zu gestalten. In Zeiten knapper Ressourcen ist dies eine große Herausforderung. Auf Bundesebene ist es mit dem Projekt RKI 2010 gelungen, einen wichtigen Schritt hin zum Auf- und Ausbau des RKI als dem zentralen Bundesinstitut für die Gesundheit der Bevölkerung zu machen. Für den ÖGD besteht – wie auch in anderen Bereichen – aktuell insbesondere das Problem, freiwerdende Arztstellen qualifiziert zu besetzen. Zunehmend können Facharztstellen (und diese sind durchgehend im ÖGD gefordert) nicht oder nur dann besetzt werden, wenn die Kollegen bereit sind, erhebliche Einkommenseinbußen im Vergleich zur Klinik in Kauf zu nehmen – und das, obwohl gerade hier eine breit gefächerte Lebens- und Berufserfahrung vorausgesetzt wird. Trotz aller Sparzwänge: Insbesondere auf kommunaler Ebene müssen die Anstrengungen verstärkt werden, den ÖGD weiter handlungsfähig zu halten und ihn, wo erforderlich, weiter auszubauen. Nur dann kann er auch in Zukunft seinen Beitrag zum Gesundheitswesen in Deutschland leisten. □

Staatssekretär Stefan Kapferer,
Bundesministerium für Gesundheit,
Berlin

Das Kreisgesundheitsamt Grundlegender Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens

1. Gesundheitswesen in Deutschland

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist weltweit eines der leistungsfähigsten Systeme medizinischer und pflegerischer Versorgung. Diese Einschätzung ist nach wie vor zutreffend. Auch wenn es im Detail berechnete Kritik an einzelnen Leistungen geben mag und auch wenn es trotzdem regelmäßig Reformnotwendigkeiten gibt, die die Arbeit der für Gesundheit zuständigen Bundesminister in den vergangenen Jahrzehnten in Deutschland geprägt und regelmäßig zu den weniger beliebten Politikern gemacht hat.

Das deutsche Gesundheitswesen ist historisch aus fürsorglichen wie aus ordnungsrechtlichen Wurzeln gewachsen und daher politisch wie rechtlich zerklüftet ausgestaltet. Der in der politischen Diskussion stets präsente, weil fast alle Bürger unmittelbar betreffende Regelungs- und Gestaltungsbereich ist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und das hierzu maßgebliche Bundesrecht, das Fünfte Buch So-

Von Jörg Freese, Berlin

zialgesetzbuch (SGB V). In der öffentlichen Diskussion werden die strukturellen und finanziellen Fragen in aller Regel über das SGB V diskutiert und entschieden, dort werden die wesentlichen Weichen für die Leistungsansprüche von Versicherten und die Bezahlung der Leistungserbringer im Gesundheitswesen gestellt. Die private Krankenversicherung (PKV) ergänzt die GKV als zweite Säule der Krankenversicherung. Sie ist im Unterschied zur Sozialversicherung als kapitalgedeckte Versicherung ausgestaltet.

Im System von GKV und PKV sind neben den Krankenkassen und Krankenversicherungen die Leistungserbringer die wesentlichen Akteure im Gesundheitswesen. Hierbei handelt es sich um einen technischen, wenig bildhaften Sammelbegriff. Es geht nämlich bei den „Leistungserbringern“ um viele verschiedene Akteure, die auch sehr

unterschiedlichen Systemlogiken unterliegen. Die Spannweite dieser Akteure reicht dabei von dem in Einzelniederlassung praktizierenden Hausarzt über Gemeinschaftspraxen von Allgemeinmedizinerinnen und Fachärztinnen über medizinische Versorgungszentren, Spezialambulanzen, Laboratorien bis hin zu Krankenhäusern der Regelversorgung oder Kliniken für die hoch spezialisierte stationäre Versorgung. Dies ist aber nur ein kleiner Ausschnitt der Akteure und Leistungsempfänger im Gesundheitswesen, insbesondere die zahlreichen weiteren Leistungen im Bereich von therapeutischen Angeboten soll hier noch erwähnt werden.

Ein weiterer wichtiger „Leistungserbringer“ ist gerade aus Sicht der Landkreise der Rettungsdienst. Dieser wird häufig von Landkreisen selbst betrieben oder von Organisationen im Auftrag des Landkreises. Die Krankenkassen tragen in unterschiedlicher Form die Kosten für die Rettungseinsätze nach Maßgabe des jeweiligen Landesrechts, dennoch sind hier die Landkreise in fast allen Bundesländern maßgeblich ein-

gebunden und öffentliche Träger des Rettungsdienstes. Bundesrechtlich ist der Rettungsdienst bislang aber nur ein „sonstiger Leistungserbringer“. Das Rettungswesen in seiner wesentlichen Ausgestaltung, insbesondere in Fragen der Hilfsfristen und der Ausschreibungsmodalitäten usw., ist bundesrechtlich einer Regelung nicht zugänglich, sondern ist nach der Kompetenzordnung des Grundgesetzes Ländersache¹⁾. Im Rettungswesen laufen daher bundesrechtliche Regelungskompetenz (die sich nur auf die Kostenübernahme für Leistungen durch die Krankenkassen bezieht) und landesrechtliche Kompetenz zusammen.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) stellt den weiteren wesentlichen Leistungsbereich des deutschen Gesundheitswesens dar, der deutlich seltener in der öffentlichen Wahrnehmung, insbesondere einer bundesweiten Öffentlichkeit, steht. Der ÖGD unterliegt der Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer, die auch hiervon in unterschiedlicher Weise Gebrauch gemacht haben. Flächendeckend ist die Aufgabe des ÖGD auf die Kreisebene, also die Landkreise und kreisfreien Städte übertragen. Dabei ist der Grad der Übertragung sehr unterschiedlich.²⁾

2. Schwerpunktthemen des ÖGD in Vergangenheit und Gegenwart

Trotz der landesrechtlichen Gesetzgebungskompetenz und der sehr unterschiedlichen Wahrnehmung dieser Gestaltungsaufgabe der Landesgesetzgeber haben sich gemeinsame Entwicklungslinien in den vergangenen Jahrzehnten ergeben. In der Zeit des Nationalsozialismus, die in hohem Maße in vielen öffentlichen Bereichen von Zentralismus geprägt war, ist 1934 auch das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens entstanden. Mit dem Ziel einer zentralen staatlichen Lenkung wurden Organisation und Durchführung von staatlicher Gesundheitsaufsicht und bis dato kommunaler Gesundheitsfürsorge auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte zusammengefasst. Hier findet sich auch bereits der Begriff des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der in seinem Leistungsspektrum gleichzeitig der Ordnungs- wie Leistungsverwaltung zuzuordnen ist, ohne dabei originäre administrative exekutive Zuständigkeit in den genannten Bereichen zu haben³⁾.

Auf dieser historischen Grundlage wurden in den Ländern in der Bundesrepublik Deutschland von 1949 bis 1990 die Gesetze über den Öffentlichen Gesundheitsdienst herausgebildet und stetig weiterentwickelt. Gemeinsam ist ihnen allen geblieben, dass die Gesundheitsämter auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte organisiert sind und weiterhin zentrale ordnungsbehördliche und gesundheitsfürsorgliche Aufgaben wahrnehmen. Wie ausgeführt (siehe Fußnote 2) ist der staatliche Einfluss in den

meisten Ländern auf die Fachaufsicht beschränkt.

In der DDR blieb es ab 1949 bei einer staatlichen Organisationsform des Gesundheitswesens. Zwar waren auch hier zentrale Leistungen des Gesundheitswesens auf der Kreisebene angesiedelt. Aber die Aufgabenerfüllung war nicht einmal direkt den damaligen Räten der Kreise⁴⁾ zugeordnet, sondern das Gesundheitswesen spielte in der DDR eine eigenständige Rolle. Erst mit Vollendung der Deutschen Einheit am 3.10.1990 wurden die Teile des Gesundheitswesens der DDR, die dem klassischen Aufgabenverständnis des ÖGD entsprachen, in die Verwaltungen der Landkreise und kreisfreien Städte eingegliedert und damit Bestandteil der Kommunalverwaltung.

Einige der zentralen Aufgabenfelder des ÖGD sind:

- Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten,
- sozialmedizinische Untersuchungen,
- (Reihen-)Untersuchungen insbesondere im Kinder- und Jugendalter, bspw. zum Schuleintritt,
- Hygieneüberwachung von verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens, bspw. Krankenhäuser, Pflegeheime u.ä. (Umfang ist landesrechtlich unterschiedlich ausgestaltet),
- Aufklärung und Vorbeugung sowohl bei übertragbaren Krankheiten als auch insbesondere im Hinblick auf Prävention von Krankheiten,
- Aufsicht über Gewerbetreibende, die jedenfalls teilweise Medizinprodukte u.ä. verkaufen,
- zahnmedizinische Gruppenprophylaxe sowie
- sozialpsychiatrische Dienste.

Diese Aufzählung ist nicht vollständig⁵⁾ und auch nicht in allen Bundesländern im Detail identisch. Sie zeigt aber exemplarisch die Vielfalt der Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten. In den Landkreisen kommt noch hinzu, dass hier eine enge Zusammenarbeit nicht nur innerhalb der Verwaltung – wie dies bei den kreisfreien Städten möglich ist –, sondern auch mit den Verwaltungen der kreisangehörigen Städte und Gemeinden erfolgen muss. Man denke nur an Hygienefragen bei öffentlichen Veranstaltungen der Gemeinden, Untersuchungen gemeindlicher Badegewässer usw.

3. Probleme und Gefahren

Wie der gesamte medizinische Sektor unterliegt auch die Entwicklung des ÖGD am Beginn des zweiten Jahrzehnts des 21. Jahrhunderts erheblichen Gefährdungen. So findet der allgemein und zu Recht beklagte Ärztemangel auch seinen Niederschlag bei der Gewinnung von Nachwuchsmärkten für die Kreisgesundheitsämter.

Dabei ist hier das Ende der problematischen Entwicklung noch nicht erreicht. Denn in Deutschland gibt es bei bundesweiter Betrachtung derzeit noch ausreichend Ärzte. Deren konkrete Ansiedlung vor Ort sowohl in freier Niederlassung als auch in Krankenhäusern wie im ÖGD führt jedoch schon jetzt zu massiven Schwierigkeiten in manchen Regionen. Ein auch in bundesweiten Zahlen feststellbarer Ärztemangel wird sich allerdings schon in wenigen Jahren immer stärker zeigen, was nicht zuletzt auch in den Gesundheitsämtern zu erheblichen weiteren zusätzlichen Problemen führen könnte, wenn nicht auf vielen Ebenen gegengesteuert wird.

Das Präsidium des Deutschen Landkreistages hat dieses Problem erkannt und auf Vorschlag des DLT-Gesundheitsausschusses im September 2010 ein Papier zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verabschiedet (in diesem Heft, S. 85).

Insgesamt befindet sich die Medizin sowohl im ärztlichen wie auch im nicht ärztlichen Bereich zudem in einem erheblichen Konkurrenzverhältnis zu anderen Branchen, die einen aufwachsenden Bedarf an Fachkräften haben, beispielsweise im Bereich der Altenpflege oder der Kindertagesbetreuung. Derzeit wird deshalb auch versucht, finanzielle Anreize für junge Ärzte zu setzen, sich zum Facharzt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst weiterzubilden und damit perspektivisch ein Berufsleben in Gesundheitsämtern anzustreben⁶⁾. Dies ist einerseits nachvollziehbar, insbesondere im Hinblick auf die Konkurrenz mit anderen Arbeitgebern wie Krankenhäusern oder dem

¹⁾ Die Gesundheitsministerkonferenz hat sich einstimmig für eine Regelung des Rettungsdienstes als eigenständiges Leistungssegment im SGB V ausgesprochen und einen Prüfauftrag erteilt (Beschluss vom 1.7.2010, TOP 5.5).

²⁾ Eine rein staatliche Aufgabenwahrnehmung gibt es in Bayern, aber die Gesundheitsämter sind in die Landratsämter und Stadtverwaltungen organisatorisch eingebunden. Eine Aufgabenübertragung auf die Stadt- und Landkreise ist bspw. in Baden-Württemberg erfolgt, allerdings sind die Ärzte Staatsbeamte. Die weitaus meisten Länder haben die Aufgaben des ÖGD den Landkreisen im übertragenen Wirkungskreis (Aufgaben zur Erfüllung nach Weisung, je nach landesrechtlicher Formulierung) zugewiesen. Hier wird dann eine entsprechende Fachaufsicht ausgeübt. Selbstverwaltungsfreundlich ist das Recht bislang in Schleswig-Holstein geregelt. Die Aufgaben des ÖGD stellten Selbstverwaltungsaufgaben dar, die nur der Rechtsaufsicht unterliegen. Hier wird es aber Änderungen geben, so dass ein wichtiger Teil der Aufgaben zukünftig zur Erfüllung nach Weisung übertragen sein werden.

³⁾ Vgl. Müller, Wolfgang, Entwicklungslinien öffentlicher Gesundheit in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland, in: Engagement für die Gesundheit der Bevölkerung, 2010, S. 51. Herausgeber: Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

⁴⁾ Dabei ist zu beachten, dass die Räte der Kreise in der DDR Bestandteile der staatlichen Organisation der DDR waren und den Weisungen der Bezirke und des Zentralstaats unterstanden. Sie sind daher nicht mit den heutigen Landkreisen als Selbstverwaltungskörperschaften mit eigenständigen Rechten und Pflichten gleichzusetzen.

⁵⁾ Zu den wesentlichen Aufgaben vgl. Darstellung Teichert-Barthel in diesem Heft, S. 79 f.

⁶⁾ Vgl. hierzu Teichert-Barthel, Fn. 5.

Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Allerdings bedarf es vor allem auch anderer Maßnahmen, die die Attraktivität von Landkreisen als Lebensraum und als Arbeitgeber erhöhen, nicht nur, aber auch für Ärzte. Zudem muss das Vergütungsgefüge innerhalb der Verwaltung dabei ausgewogen bleiben. Demzufolge setzt auch das DLT-Positionspapier etwas breiter an.

4. Möglichkeiten und Grenzen der weiteren Entwicklung des ÖGD

Die Diskussion in der Politik in den vergangenen Jahren hat immer wieder deutlich gemacht, dass vom Öffentlichen Gesundheitsdienst tendenziell mehr erwartet wird, als er aktuell zu leisten vermag. Daher ist auch ohne die Neuzuweisung von Aufgaben eine Konsolidierung des ÖGD vonnöten. Hierzu bedarf es aber endlich einer hinreichenden finanziellen Ausstattung der kommunalen Ebene insgesamt. Nur dann wird es gelingen, auch die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Zukunft sachgerecht und umfassend zu erfüllen.

Aktuelle politische Diskussionen in den vergangenen Jahren haben gezeigt, dass die Erwartungen z.B. im Kinderschutz nicht nur an die Jugendämter, sondern auch an die Gesundheitsämter durchaus beachtlich sind. Dass es hierbei erhebliche, bereits genutzte Synergieeffekte gibt, insbesondere wenn – wie zumeist – sowohl Jugendamt als auch Gesundheitsamt innerhalb einer Verwaltung zusammenwirken, haben Untersuchungen im Rahmen des nationalen Zentrums Frühe Hilfen bereits ergeben⁷⁾. Dennoch bemühen sich nun seit Jahren sowohl der ÖGD als auch die Kinder- und Jugendhilfe um eine noch stärkere gemeinsame Aufgabenwahrnehmung in Bereichen, in denen beide Systeme aktiv gefragt sind. Aber auch hier bedarf es einer aufgabengerechten Finanz- und Personalausstattung, die angesichts der finanziellen Rahmenbedingungen der Landkreise kurzfristig nicht zu erfüllen sein wird.

Zu erwarten ist zudem auch, dass in der laufenden Gesetzgebungsperiode des Deut-

schon Bundestages die Bemühungen um ein Präventionsgesetz fortgesetzt und ggf. auch zu einem dieses Mal erfolgreichen Ende geführt werden könnten. Ob es hierbei gelingt, nicht allein die Krankenkassen als zentrale Akteure der Prävention gesetzlich aufzuwerten und auch entsprechend – womöglich mit Steuermitteln – zusätzlich zu finanzieren, sondern diese Aufgabe sinnvollerweise vor Ort wahrzunehmen, ist noch völlig offen. Die Landkreise sind einerseits die richtige Ebene, in der bürgernahen Prävention verstärkt tätig zu werden. Aber es besteht die Gefahr, dass eine mögliche Zuweisung neuer Aufgaben zum ÖGD zum einen personell schwer umzusetzen ist⁸⁾, zum anderen wäre die hinreichende Finanzierung zusätzlicher Präventionsaufgaben nicht gesichert. Dennoch ist es sinnvoll, die stärkere Prävention und Gesundheitsförderung nicht auf der Ebene einer – möglicherweise bundeszentral organisierten – Krankenkasse anzusiedeln, sondern vor Ort entsprechende Einwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten zu eröffnen. Ob die Bundesregierung wie angekündigt nach gescheiterten Anläufen unter verschiedenen Koalitionsbedingungen in der Amtszeit von Bundesministerin *Ulla Schmidt* in dieser Legislaturperiode einen Gesetzgebungsversuch unternehmen wird, bleibt abzuwarten.

Ein weiteres aktuelles Beispiel war die „Schweinegrippe“ im Winter 2009/2010, aktuell aber auch wieder seit Januar 2011 mit zunächst einzelnen Fällen. Hier kam und kommt es zwingend auf die koordinierende Hand des Öffentlichen Gesundheitsdienstes an, insbesondere in den Landkreisen, in denen der niedergelassene Allgemeinarzt nicht unbedingt im selben Dorf wie seine Patienten anzutreffen ist, musste das jeweilige Gesundheitsamt intensiv tätig werden – koordinierend und/oder aktiv impfend. Dank des glimpflichen Verlaufs der Influenza jedenfalls im Winter 2009/2010 waren alle staatlichen Ebenen in der Lage, ihr Zusammenspiel hier auf den Prüfstand zu stellen und auch für die Zukunft weiter zu verbessern.

Eine weitere Entwicklungslinie ist die Krise der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Versorgung mit ambulanten medizinischen Leistungen, vorrangig im ländlichen Raum. Es gelingt längst nicht mehr flächendeckend, eine ausreichende medizinische Versorgung sicherzustellen. Auch aus diesem Grund hat der Deutsche Landkreistag mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Rahmenvereinbarung zur Kooperation geschlossen⁹⁾ und zudem seine Vorstellungen zur Sicherung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum zusammengefasst. Dabei geht der DLT davon aus, dass jedes System originär seine eigenen Aufgaben erfüllt, ohne auf unmittelbare finanzielle Unterstützung des anderen Systems zu setzen. Auf dieser Grundlage ist dann auch eine Zusammenarbeit und Optimierung der Versorgung in den Landkreisen möglich. Eine zentrale Forderung des DLT ist allerdings, dass die Landkreise zukünftig wesentlich stärker bei der Versorgungsplanung und deren Umsetzung eingebunden werden. Auch hierfür ist Know-how in der Kreisverwaltung erforderlich, das u.a. im Gesundheitsamt angesiedelt werden kann, wenn die Querverbindungen zur medizinischen Kompetenz dort gesucht werden. Es ist auch eine andere organisatorische Einbindung innerhalb der Kreisverwaltung denkbar, unabhängig davon wird aber das Gesundheitsamt erster Ansprechpartner sein, wenn es um medizinische Fragen geht.

Das Gesundheitsamt ist daher – wie es auch der Titel dieses Hefts unserer Fachzeitschrift „Der Landkreis“ zeigt, integraler und vitaler Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens. Hierbei muss es bleiben. □

Jörg Freese, Beigeordneter
beim Deutschen Landkreistag, Berlin

⁷⁾ Ergebnisüberblick zum Projekt „Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen“, Deutsches Institut für Urbanistik, März 2009.

⁸⁾ Bei Präventionsaufgaben handelt es sich aber zumeist nicht zwingend um von Ärzten zu erfüllende Aufgaben.

⁹⁾ In Kraft seit 1.11.2010.

Das Erkennen, Bekämpfen und Verhüten von Infektionskrankheiten

Das Robert Koch-Institut (RKI) ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Seine Aufgabe ist die Erkennung, Bekämpfung und Verhütung von Krankheiten, insbesondere von Infektionskrankheiten. Das setzt eine gute Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den zuständigen Behörden auf Bundes-, Landes- und Kreisebene und dem RKI voraus, das auch den gesetzlichen Auftrag hat, wissenschaftliche Erkenntnisse

Von Dr. Cornelia Adlhoj, Dr. Irene Schöneberg und Dr. Justus Benzler, Berlin, sowie Dr. Gerhard Fell und Daniel Brandau, Hamburg

als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen zu erarbeiten. Das geschieht u.a. durch die wissenschaftliche Untersuchung und die epidemiologische Analyse

und Bewertung von Krankheiten mit besonderer Gefährlichkeit, hohem Verbreitungsgrad oder großer öffentlicher oder gesundheitspolitischer Bedeutung. Die Aufgaben des RKI im Bereich des Infektionsschutzes sind im Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz, IfSG¹⁾) geregelt. Ein wichtiger Punkt ist da-

¹⁾ Siehe im Internet unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/index.html>.

bei die Meldepflicht von Krankheiten und Erregernachweisen (§§ 6 ff. IfSG).

Zur Meldepflicht

Ärzte und weitere im IfSG genannte Personengruppen melden an das zuständige Gesundheitsamt das Auftreten der im Gesetz genannten Krankheiten bzw. den Nachweis der im Gesetz genannten Erreger, sofern er auf eine akute Infektion hinweist. Die Gesundheitsämter als die auf kommunaler Ebene für den Schutz der Bevölkerung vor Infektionskrankheiten zuständigen Behörden prüfen und bewerten nach Eingang einer solchen Meldung die damit verbundenen Risiken, stellen Ermittlungen zur Infektionsquelle und zu den Kontaktpersonen an und ergreifen gegebenenfalls Schutzmaßnahmen, die von Beratung und Verhaltensunterweisung bis hin zur Anordnung einer Quarantäne reichen können. Darüber hinaus verarbeiten sie die gemeldeten und

selbst ermittelten Informationen zu standardisierten und anonymisierten Datensätzen, welche die Grundlage für die allgemeine Überwachung von Häufigkeit und Verbreitung von Infektionskrankheiten (Surveillance) auf kommunaler sowie auf Länder- und Bundesebene bilden.

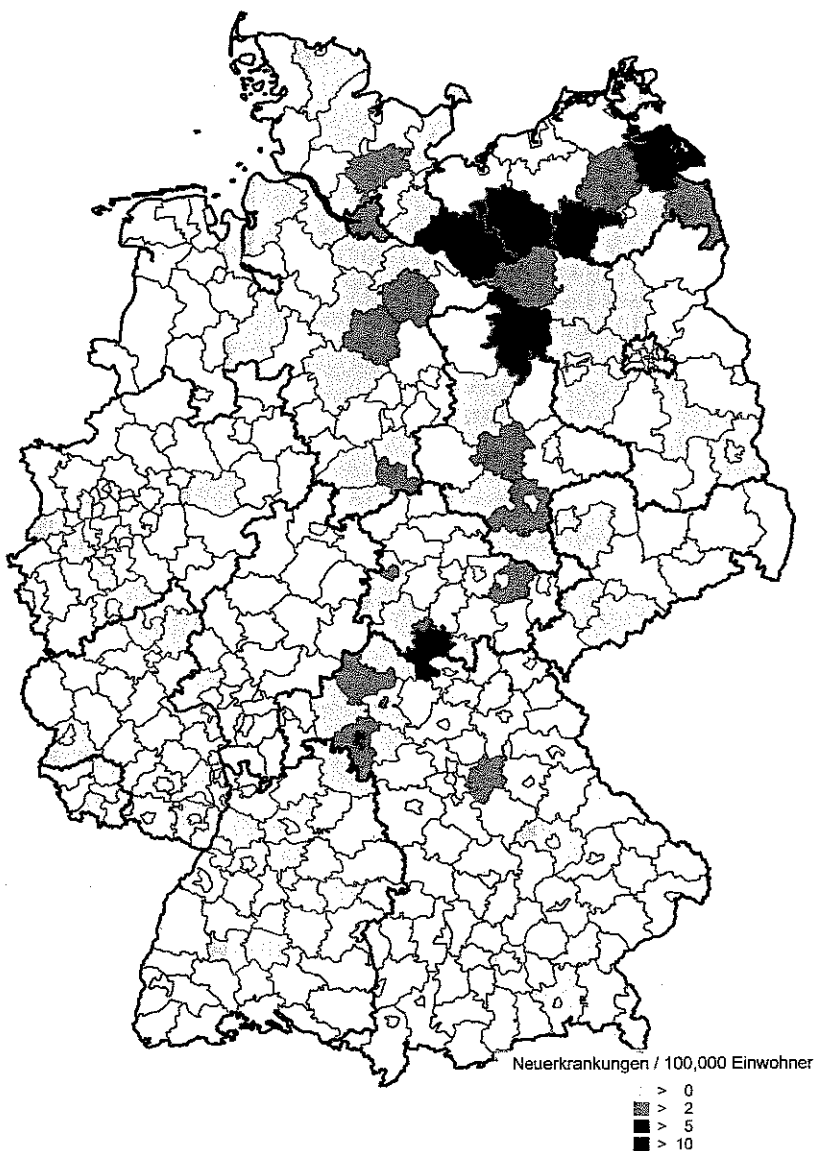
Stehen mehrere Fälle in einem epidemiologischen Zusammenhang, führt das Gesundheitsamt die Datensätze dieser Fälle zu einem Ausbruchs-Datensatz zusammen⁹⁾.

Auf der Ebene der Bundesländer sind mit Inkrafttreten des IfSG im Jahr 2001 Behörden benannt bzw. gebildet worden, die für die Entgegennahme der Datensätze aus den Gesundheitsämtern, deren infektions-epidemiologische Bewertung und das Führen einer Infektionskrankheiten-Statistik auf Landesebene zuständig sind. Diese sog. „Landesstellen“ sind im Allgemeinen im Geschäftsbereich der obersten Landesge-

Berichterstattung des RKI gemäß Infektionsschutzgesetz

Gemäß IfSG ist das RKI zur Auswertung der im Rahmen der Meldepflicht erhobenen Daten verpflichtet, um auftretende Infektionsgeschehen und Trends schnell erkennen zu können, effizient zu erfassen und zu bewerten und auf dieser Grundlage Empfehlungen und Präventionsmaßnahmen zu erarbeiten. Am RKI sind für die Berichterstattung verschiedene, einander ergänzende Formate etabliert: die Veröffentlichung der Wochen-, Monats- und Jahresstatistik im Epidemiologischen Bulletin, SurvStat als frei zugängliches interaktives Abfrageprogramm der Meldedaten im Internet (<http://www3.rki.de/SurvStat/>), das Infektionsepidemiologische Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten (2001 bis 2009⁸⁾), die regelmäßig erscheinenden Berichte zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten im Epidemiologischen Bulletin⁹⁾ sowie Empfehlungen und Ratgeber des RKI für Ärzte bzw. für Betroffene⁶⁾.

Abb. 1: Übermittlungen gemäß IfSG an das RKI für Adenovirus-Konjunktivitis; Darstellung der Inzidenzen (Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner) aufgeschlüsselt nach Land- und Stadtkreisen in Deutschland (Datenstand 13.10.2010)



sundheitsbehörden bzw. an den Landesgesundheitsämtern, Landesuntersuchungsämtern oder vergleichbaren Länderbehörden der 16 Bundesländer angesiedelt. Sie sind auch für die Übermittlung der Datensätze an das RKI verantwortlich.

Adenoviren

Gemäß § 7 IfSG besteht eine Meldepflicht für Labore bei einem direkten Nachweis von Adenoviren im Konjunktivalabstrich (Augenabstrich). Adenoviren verursachen je nach Virustyp unterschiedliche Krankheitsformen, die u.a. die Atemwege, den Magen-Darm-Trakt oder das Auge betreffen. Die Meldepflicht und Übermittlung erfasst allerdings nur entzündliche Augenerkrankungen, die zusammenfassend als Adenovirus-Konjunktivitis (Adenovirus-Augenbindehautentzündung) bezeichnet werden und hoch ansteckend sind. In Sachsen-Anhalt und Thüringen besteht eine erweiterte Meldepflicht gemäß Landesverordnung, die zusätzlich zur Labormeldung das klinische Bild der Keratokonjunktivitis epidemica (epidemische Horn- und Bindehautentzündung) als Arztmeldung einschließt⁷⁾.

Die Übertragung der Adenoviren im Zusammenhang mit Augenentzündungen erfolgt

- ⁶⁾ Krause, G., Altmann, D., Faensen, D., Porten, K., Benzler, J., Pfoch, T., u.a., SurvNet electronic surveillance system for infectious disease outbreaks, Germany, in: Emerging Infections Diseases, 2007, S. 1548 – 1555.
- ⁷⁾ http://www.rki.de/cin_169/nn_1870260/DE/Content/Infekt/IfSG/Falldefinition/falldefinition__node.html?__nnn=true.
- ⁸⁾ http://www.rki.de/cin_160/nn_196012/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/jahrbuch__node.html?__nnn=true.
- ⁹⁾ http://www.rki.de/cin_178/nn_205772/DE/Content/Infekt/EpidBull/epid_bull__node.html?__nnn=true.
- ⁹⁾ http://www.rki.de/cin_160/nn_206126/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/merkblaetter__node.html?__nnn=true.

von Mensch zu Mensch durch kontaminierte Hände oder Gegenstände, sehr oft auch als nosokomiale (in medizinischen Einrichtungen erworbene) Infektion.

Bund-Länder-Informationsverfahren

Im August 2010 wurde in der wöchentlich als Telefonkonferenz stattfindenden epidemiologischen Lagebesprechung von RKI und zuständigen Landesbehörden für Infektionsepidemiologie eine Anfrage aus Hamburg gestellt, ob sich der dort lokal beobachtete Trend mit erhöhten Fallzahlen von Erkrankungen an Adenovirus-Konjunktivitis auch im übrigen Bundesgebiet abzeichnet oder ob es sich hierbei um eine isolierte Häufung in einem Bundesland handelt. Auch andere teilnehmende Landesstellen berichteten daraufhin von einem Anstieg der Fallzahlen von Adenovirus-Konjunktividen. In einer dafür vom RKI mit den Landesbehörden betroffener Bundesländer anberaumten zweiten Telefonkonferenz wurde das weitere Vorgehen diskutiert und abgestimmt. Dazu gehörte eine detaillierte Auswertung der bis dahin an das RKI übermittelten bundesweiten Meldedaten, um eventuelle räumliche oder zeitliche Häufungen zu identifizieren und damit die Ursachensuche zu unterstützen. Da Recherchen ergaben, dass 2010 auch außerhalb Europas über Konjunktivitis-Ausbrüche berichtet wurde, sollte die Analyse auch mögliche Verbindungen zu weltweiten Geschehen aufzeigen.

Analyse der Meldedaten

Die Analyse der Meldedaten ergab, dass im Jahr 2010 von Januar bis Mitte Oktober Adenovirus-Konjunktividen aus allen Bundesländern, insgesamt aus 121 Land- und Stadtkreisen, mit unterschiedlichen Inzidenzen (Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner) übermittelt wurden (siehe Abb. 1). Die höchsten Inzidenzen wurden in Landkreisen Mecklenburg-Vorpommerns und Sachsen-Anhalts festgestellt. Im Vergleich zum gleichen Zeitraum der beiden Vorjahre ergab sich für 2010 bis Mitte Oktober eine Steigerung der übermittelten Erkrankungsfälle auf annähernd 300%. (2010: 370 Personen; 2009: 134; 2008: 141)

Das regionale Verteilungsmuster der Fälle war vor allem im nördlichen Deutschland (Bundesländer Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und nördliches Brandenburg) unterschiedlich zum Vorjahr 2009. In diesen nördlichen Bundesländern nahmen 2010 sowohl die Anzahl der Fälle (Häufigkeit des Auftretens) als auch das Auftreten im Rahmen von lokalen Ausbrüchen zu. Eine genauere Analyse sowie Zuordnung der einzelnen Isolate auf molekularbiologischer Ebene war aufgrund der geringen Anzahl erfolgter Probentypisierungen im Labor nicht möglich.

Eine hauptsächlich betroffene Altersgruppe, mit Ausnahme der Ausbrüche in Kitas,

Informationen zum RKI stehen im Internet unter www.rki.de zur Verfügung.

Anfragen an das RKI können gerichtet werden an:

Robert Koch-Institut
Postfach 65 02 61
13302 Berlin
Telefon: 0 30/1 87 54-0
Fax: 0 30/1 87 54-23 28
sowie an info@rki.de.

zeichnete sich bundesweit nicht ab (Alter von 0 bis 90, im Median 39 Jahre). Gleiches gilt für die Geschichtsverteilung: In den Auswertungen zeigte sich, dass beide Geschlechter gleich häufig betroffen sind.

Vorgehensweise zur Identifizierung der Ursachen

Um der Ursache der diesjährigen Zunahme der Fälle mit Adenovirus-Konjunktivitis weiter nachzugehen, wurde eine explorative Befragung von insgesamt 27 betroffenen Personen durchgeführt. Dabei wurde ein Fragebogen benutzt, der in Zusammenarbeit des RKI mit der Landesstelle Hamburg vorbereitet und mit den Landesbehörden anderer betroffener Bundesländer abgestimmt wurde. In enger Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern verschiedener Bundesländer wurden Personen mit Augenentzündung für die Teilnahme an der Befragung gewonnen. Personendaten erkrankter Personen liegen nur auf der Ebene des Gesundheitsamtes vor; alle Informationen zum jeweiligen Fall werden an Landesbehörden und das RKI nur in anonymisierter Form weitergegeben. Deshalb war es erforderlich, das Einverständnis der Erkrankten zur Befragung und zur Weitergabe ihrer Kontaktinformationen an das RKI durch Mitarbeiter der Gesundheitsämter einzuholen. Die Befragungen wurden telefonisch anhand des vorbereiteten Fragebogens vom RKI durchgeführt und ausgewertet.

Im Ergebnis zeigte sich, dass elf der 27 befragten Personen einen vorherigen Besuch in einer Einrichtung der Augenheilkunde (Augenarzt, Augenklinik) und ebenfalls elf einen Aufenthalt in von vielen Personen genutzten Einrichtungen wie Schwimmbad, Badestrand oder Gemeinschaftsduschen angaben. Eine Verbindung von deutschen Fällen zu weltweiten Geschehen ergab sich als Ergebnis der Befragungen nicht.

Durch Kontakte zu einem Berliner Gesundheitsamt konnten RKI-Mitarbeiter an einer Begehung einer Augenarztpraxis durch das Gesundheitsamt teilnehmen. Das gab den RKI-Mitarbeitern die Möglichkeit, die Situation „vor Ort“ besser einzuschätzen und mit Augenärzten Probleme und Maßnahmen zu diskutieren.

Zwei gemeinsame Publikationen im Epidemiologischen Bulletin⁷⁾ und in der europäischen Fachzeitschrift *Eurosurveillance*⁸⁾

konnten im Verlauf der Untersuchung durch Autoren des RKI und der Hamburger Landesstelle gemeinsam veröffentlicht werden. Diese führten zu mehreren Anfragen und Mitteilungen an die Autoren, auch aus dem außereuropäischen Ausland, was das internationale Interesse an der Epidemiologie von Adenovirus-Konjunktividen unterstreicht.

Fazit und Ausblick

Es konnte hier ein gelungenes Beispiel für die gute Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsamt, Landesbehörde und Robert Koch-Institut aufgezeigt werden, was vor allem bei bundesweiten Ausbrüchen wichtig ist, um schnell Analysen und Empfehlungen zu Kontrollmaßnahmen und zur Verhütung einer weiteren Ausbreitung austauschen zu können.

Als mögliche Ursache für Erkrankungen und Ausbrüche mit Adenovirus-Konjunktivitis wurden häufig nosokomiale Infektionen in Einrichtungen der Augenheilkunde und Krankenhäusern angegeben. Deshalb wurde die Empfehlung verbesserter Hygienemaßnahmen in derartigen Einrichtungen ausgesprochen.

Für die weitere Aufklärung der Epidemiologie von Adenovirus-Konjunktividen in Deutschland ist beabsichtigt, gemeinsam mit Verbänden der Augenärzte und mit Speziallaboren in enger Kooperation mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst auf allen Ebenen eine systematische Untersuchung des typischen Krankheitsbildes in ausgewählten Praxen einschließlich Patientenbefragung und fortgeschrittener Labordiagnostik zu organisieren. Die so gewonnenen Erkenntnisse werden helfen, der Ausbreitung von Adenovirus-Konjunktividen wirkungsvoller vorzubeugen und zu begegnen. □

Dr. Cornelia Adlhoch, Dr. Irene Schöneberg und Dr. Justus Benzler, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin;
Dr. Gerhard Fell, Leiter des Zentrums für Impfmizin und Infektionsepidemiologie, und Daniel Brandau, Zentrum für Impfmizin und Infektionsepidemiologie, Institut für Hygiene und Umwelt, Hamburg

⁷⁾ RKI, Auswertung der bundesweit übermittelten Meldedaten zu Adenovirus-Konjunktividen, *Epidemiologisches Bulletin*, 2010, 37.

⁸⁾ Adlhoch, C., Schöneberg, I., Fell, G., Brandau, D., Benzler, J., Increasing case numbers of adenovirus conjunctivitis in Germany, *Euro Surveill* 2010;15 (45).

Aktuelle Herausforderungen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

In der gesundheitspolitischen Diskussion wird der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) nur selten wahrgenommen und steht in der Regel im Schatten der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte und der stationären Versorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen. Das ändert sich schlagartig immer dann, wenn Bevölkerung, Medien und Politiker in Bund, Ländern und Kommunen mit den Gefahren und Herausforderungen von Pandemien konfrontiert werden, für die die „Regelversorgung“ im ambulanten und stationären Bereich nicht ausreichend gewappnet ist.

Breites Aufgabenspektrum

Dabei ergibt sich für den ÖGD über den Katastrophenschutz hinaus ein breites Aufgabenspektrum in unserem Gesundheitswesen. Die Palette reicht von Impfungen und Impfberatung, Unterstützung beim (psychisch und physisch) gesunden Aufwachsen von Kindern in der Kommune, dem schulärztlichen, jugendärztlichen und zahnärztlichen Dienst, der Schwangeren- und Mütterberatung, Kontrollfunktionen im Bereich der Krankenhaus-, Umwelt- und Seuchenhygiene, Beratung und Hilfsangeboten für psychisch Kranke über die regelmäßige Erstellung von amtsärztlichen Gutachten und Zeugnissen bis hin zur Mitwirkung an der Gesundheitsberichterstattung. Im Unterschied zur ärztlichen Tätigkeit in den Krankenhäusern und der ambulanten Praxis, die rein individualmedizinisch ausgerichtet ist und deren Aufgabe es ist, jeden einzelnen Patienten zu untersuchen und zu behandeln, ist das Spektrum der ÖGD-Ärzte wesentlich größer. Hier stehen oftmals bevölkerungsmedizinische Aspekte im Vordergrund.

Hinsichtlich der Rolle des ÖGD im Bereich der Pandemien sowie bei den aktuellen gesundheits- und familienpolitischen Herausforderungen eines verstärkten Kinder- und Jugendschutzes und den politischen Bestrebungen, Regelungen für eine verbesserte Krankenhaushygiene einzuführen, lassen sich wichtige Themenfelder exemplarisch beleuchten.

Arbeitsüberlastung während der „Schweinegrippe“

Während einer Pandemie gerät der ÖGD bei der Planung und Durchführung geeigneter Impfstrategien ins Blickfeld und man stellt verwundert fest, dass die personellen Kapazitäten in den Gesundheitsämtern in den letzten Jahren und Jahrzehnten mehr und

Von Dr. med. Ute Teichert-Barthel,
Berlin

mehr ausgedünnt wurden. Schon bei dem Auftreten der Lungenerkrankung SARS und der Vogelgrippe, vor allem aber beim Ausbruch der Neuen Influenza A H1N1 im Jahr 2009 waren die Gesundheitsämter völlig überlastet. Sie wurden von Anfragen der Bürger sowie der niedergelassenen Ärzte regelrecht überrannt: wer die Impfung durchführt, welche Risiken dabei für welche Personengruppen bestehen, welcher Impfstoff wann und wo bereitsteht, wer für die Kosten aufkommt. Auch für kommunale Entscheidungsträger, Krankenhäuser und Altenheime sowie die lokalen Medien waren die Gesundheitsämter erste Ansprechpartner vor Ort. Eine Fülle verschiedener Aufgabenanforderungen musste parallel und gleichzeitig zu den regulären alltäglichen Tätigkeiten erledigt werden. Dafür war aber bei Weitem zu wenig Personal in den Gesundheitsämtern vorhanden. Der milde Verlauf der Pandemie sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass ähnliche Herausforderungen immer wieder auf die Gesundheitsämter zukommen werden. Dafür gilt es, unter Berücksichtigung der Evaluierung der Erfahrungen aus dem Jahre 2009 jetzt die notwendigen Konsequenzen auch im Hinblick auf die benötigten personellen Ressourcen zu ziehen.

Kontrollfunktionen im Bereich der Krankenhaushygiene

Die aktuelle bundesweite Diskussion über Verbesserungen im Bereich der Krankenhaushygiene hat auch diese gesundheitspolitische Herausforderung, in die der ÖGD maßgeblich involviert ist, verstärkt in die öffentliche Wahrnehmung gerückt. Nach den gesetzlichen Regelungen des Infektionsschutzgesetzes liegt die infektionshygienische Überwachung von Kliniken, Altenheimen und Arztpraxen bei den Gesundheitsämtern. In den Einrichtungen vor Ort wird im Einzelnen nicht nur der aktuelle hygienische Zustand in besonders gefährdeten Funktionsbereichen wie Operationssälen, Ambulanzen und Endoskopien geprüft, auch die Einhaltung der rechtlichen und technischen Normen aus dem Krankenhaushygienebereich wird detailliert überwacht.

Im Herbst 2010 wurde von der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) und dem Bundesverband der Ärz-

tinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (BVÖGD) eine Umfrage an allen deutschen Krankenhäusern zum Umgang mit MRSA-Patienten (MRSA = Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*) durchgeführt. Die Umfrageergebnisse der ca. 900 teilnehmenden Häuser zeigen, dass mindestens 10 % der Krankenhäuser wesentliche fachliche Empfehlungen der Krankenhaushygienekommission am Robert Koch-Institut zum Umgang mit MRSA-Patienten nicht umsetzen.

Da es sich bei der Umfrage um Selbstauskünfte handelte, ist davon auszugehen, dass die reale Situation in vielen Häusern schlechter ist. Dies legt umso mehr die Notwendigkeit nahe, dass die MRSA-Politik der Krankenhäuser von externen Stellen, z.B. den Gesundheitsämtern, vermehrt überprüft werden muss.

Kinder- und Jugendgesundheit im Fokus

Der Kinderschutz ist in Deutschland in den letzten Jahren mehr und mehr ins Blickfeld der Öffentlichkeit geraten. Der im Dezember 2010 vom Bundesfamilienministerium vorgelegte Entwurf eines Bundeskinderschutzgesetzes unterstreicht den politischen Stellenwert. Die Tätigkeit des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes (KJGD) mit seinen vielfältigen Funktionen zählt seit jeher zu den Aufgabenschwerpunkten der Gesundheitsämter mit dem Ziel, Kinder und Jugendliche gesund aufwachsen zu lassen und ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu fördern. Als multiprofessioneller Dienst mit direkter Einbindung in die Kommunalverwaltung steht er in enger Beziehung zu den öffentlichen Kinder-, Jugend- und Bildungseinrichtungen, besitzt vielfältige Kontakte zum medizinischen Versorgungssystem mit aufsuchender Wirkungsmöglichkeit und hat fachlich beratenden Zugang zu den politischen Gremien der Kommunen, so dass ihm eine bedeutende multiaxiale Schnittstellenfunktion zukommt. Dabei hat der KJGD immer sowohl individualmedizinische wie epidemiologische und beratende Aspekte zu beachten. Zu seinen Aufgaben gehören u.a. gutachterliche Tätigkeiten im Rahmen der Eingliederungshilfe, der Sonderpädagogik und Frühförderung sowie (Reihen-)Untersuchungen in Krippen, Kindertagesstätten und Schulen, zum Teil mit betriebsärztlicher Funktion (Unfallprävention, Infektionsschutz).

Zukünftig werden im Rahmen der Zielsetzung des beabsichtigten Bundeskinderschutzgesetzes weitere bedeutsame Funk-

tionen für die Gesundheitsämter hinzukommen, wie z.B. die Mitwirkung als wichtiger Akteur im Rahmen des Aufbaus von Netzwerkstrukturen für „Frühe Hilfen“ in enger Zusammenarbeit mit den Jugendämtern. Hier ist es wichtig, frühzeitig die Weichen zu stellen, um den Betroffenen ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen und eine Zukunftschance zu geben. Auch lassen sich enorme Folgekosten vermeiden, wenn man bei schlecht ernährten Kindern mit gravierenden Zahnschäden oder psychischen Problemen mit frühzeitigen Präventionsangeboten rechtzeitig ansetzen kann.

Personelle Kapazitäten rückläufig – Anforderungsprofil gestiegen

Mit dem breiter werdenden Aufgabenspektrum in Kombination mit einem gestiegenen Anforderungsprofil hat die quantitative und qualitative Entwicklung der personellen Kapazitäten im Öffentlichen Gesundheitsdienst nicht Schritt gehalten.

An den rund 450 deutschen Gesundheitsämtern arbeiten etwa 17.000 Mitarbeiter, davon 2.800 Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Das sind weniger als 1 % aller Beschäftigten im Gesundheitswesen. In den letzten Jahren sind die Arztlizenzen im ÖGD – im Unterschied zu Niedergelassenen und zum Krankenhaussektor – rückläufig. Gleichzeitig sind die Erwartungen hinsichtlich der Weiterbildung und Zusatzqualifikationen von ÖGD-Ärzten vor dem Hintergrund des vielfältigen und anspruchsvollen Einsatzspektrums deutlich gestiegen. Mediziner, die in den Gesundheitsämtern arbeiten, weisen neben ihrer Weiterbildung zum Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen häufig noch weitere Qualifikationen und Zusatzausbildungen (zum Beispiel Sozialmedizin, Umweltmedizin) auf, die man braucht, um ein Gesundheitsamt zu leiten.

Verstärkter Nachwuchsmangel seit Einführung des TVöD

Eine Umfrage des BVÖGD im Bundesgebiet zeigt: Seit Einführung des Tarifvertrages für den öffentlichen Dienst im Jahr 2005 (TVöD), durch den tarifrechtlich zwischen Klinikärzten und Ärzten im öffentlichen Dienst unterschieden wird, gibt es in allen Bundesländern erhebliche Schwierigkeiten, ärztliche Stellen mit geeigneten Fachärzten auszustatten. Die Spanne lag zwischen 50 und 93 % der Stellen, die nicht auf Anhieb nachbesetzt werden konnten. Die Probleme betrafen alle ärztlichen Bereiche an den Gesundheitsämtern. Insbesondere eine qualifizierte fachärztliche Besetzung in den Fachgebieten Öffentliches Gesundheitswesen, Innere Medizin, Psychiatrie, Kinder- und Jugendheilkunde, Zahnheilkunde und Allgemeinmedizin war vielerorts nicht mehr möglich. An bis zu 29 % der Ämter in den jeweiligen Bundesländern ist jetzt schon kein Facharzt für öffentliches Gesundheits-

wesen mehr tätig. In mehreren Bundesländern sind zurzeit bis zu 10 % der ärztlichen Stellen im Öffentlichen Gesundheitsdienst frei. Trotz mehrfacher bundesweiter Ausschreibungen konnten viele Stellen nicht nachbesetzt werden bzw. wenn eine Einstellung erfolgte, dann oft nur mit nicht hinreichend qualifiziertem Personal.

Benachteiligung gegenüber anderen Arztgruppen

Der Nachwuchsmangel hat verschiedene Gründe. Ausschlaggebend sind vor allem die erhebliche Schlechterstellung der Vergütung der Ärzte in den Gesundheitsämtern im Vergleich zur Vergütung von Krankenhausärzten sowie der geringe Stellenwert des ÖGD in der ärztlichen Berufsausbildung.

Seit der Einführung des TVöD müssen Ärzte, die aus dem Krankenhaus in den ÖGD wechseln, erhebliche Einkommensverluste bis zu über 1.000 € monatlich hinnehmen. Auch die im Vergleich zum Krankenhaus niedrigere Eingangsvergütung hält viele potenzielle Bewerber davon ab, ihr Tätigkeitsfeld im ÖGD zu suchen. Bemerkenswert ist, dass diese Probleme existieren, obwohl die Arbeitsbedingungen im ÖGD im Vergleich zu anderen ärztlichen Tätigkeitsfeldern grundsätzlich eine hohe Vereinbarkeit von Familie und Beruf aufweisen und damit in der Öffentlichkeit als attraktiv angesehen werden.

Die Ärzte im ÖGD werden nach den Regelungen des allgemeinen Teils des TVöD bzw. TVL bezahlt und dadurch gibt es eine erhebliche Benachteiligung gegenüber Kollegen in anderen Tarifbereichen. Für die Ärzte in den kommunalen Krankenhäusern oder an den Universitätskliniken, aber auch für den MdK-Bereich sind mittlerweile eigene Tarifverträge ausgehandelt worden, in denen die Bezahlung deutlich höher ist als im TVöD.

Der BVÖGD fordert daher eine gleiche Bezahlung von Ärzten im Krankenhaus und im ÖGD. Die Tätigkeitsmerkmale von Ärzten im ÖGD unterscheiden sich erheblich von denen sonstiger Hochschulabsolventen in Verwaltungen. Das muss sich auch in der Vergütung widerspiegeln. Außerdem sollten zusätzliche Qualifikationen nach der ärztlichen Prüfung wie Facharztanerkennung, Zusatz- oder Schwerpunktbezeichnungen tariflich angemessen berücksichtigt werden, so wie es auch in den anderen Tarifverträgen für Ärzte realisiert wird. Eine Tätigkeit außerhalb der üblichen Bürozeiten, sogar auch nachts und am Wochenende, wird mittlerweile in vielen Städten und Kommunen gefordert, da bundes- und landesrechtliche Regelungen wie z.B. das Infektionsschutzgesetz, die Trinkwasserverordnung und die verschiedenen Gesetze zur Unterbringung von psychisch Kranken oftmals unverzügliches

Handeln vorschreiben. Zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben müssen Ärzte im ÖGD z.B. in der Hygieneaufsicht gegenüber Krankenhäusern, Einrichtungen des ambulanten Operierens und Arztpraxen ihren ärztlichen Kollegen auf Augenhöhe begegnen. Alle Ärzte haben eine Approbation. Da darf nicht aufgrund der Bezahlung in Ärzte erster und zweiter Klasse unterschieden werden.

Mangelnde Verankerung in der ärztlichen Berufsausbildung

Da die Tätigkeit des ÖGD in der Ausbildung von Medizinern kaum eine Rolle spielt, ist vielen Medizinstudenten die Bedeutung von Gesundheitsämtern nicht bekannt. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass angehende Ärzte nur selten auf die Idee kommen, eine Tätigkeit im ÖGD als berufliche Perspektive überhaupt in Erwägung zu ziehen. Deshalb hat der BVÖGD gemeinsam mit der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene eine Initiative mit dem Vorschlag gestartet, die Ausbildungsordnung für Ärzte entsprechend zu reformieren. Gefordert wird eine Änderung der Approbationsordnung mit Einführung eines neuen Faches Hygiene und Öffentliche Gesundheit, um diesen Bereichen einen höheren Stellenwert in der Ausbildung zu geben.

Herausforderung für die kommunalen Arbeitgeber

Die kommunalen Arbeitgeber sind aufgefordert, nicht nur die kontinuierliche Qualifikation und Fortbildung der Beschäftigten sicherzustellen, sondern auch eine den Leistungen entsprechende adäquate Entlohnung zu gewährleisten. Dies geschieht durch das neue Tarifrecht nicht mehr. Es wird immer schwieriger, den Öffentlichen Gesundheitsdienst mit qualifizierten Fachärzten neu zu besetzen.

Die berechtigten Erwartungen der Gesellschaft an eine fachlich qualifizierte und engagierte Tätigkeit im ÖGD müssen mit den tariflichen Rahmenbedingungen im Einklang stehen. Vor diesem Hintergrund ist die Wiederherstellung eines einheitlichen Ärzterarfs dringend notwendig. Nur unter dieser Voraussetzung hat der Öffentliche Gesundheitsdienst wieder eine Chance bei der Werbung um qualifizierte und leistungsfähige junge Ärzte. □

Dr. med. Ute Teichert-Barthel, MPH,
Fachärztin für Öffentliches
Gesundheitswesen, Vorsitzende des
Bundesverbandes der Ärztinnen und
Ärzte des Öffentlichen
Gesundheitsdienstes (BVÖGD),
Berlin

Der Öffentliche Gesundheitsdienst: Fachlicher Auftrag und Bildungsangebote

Einführung

Kindeswohlgefährdung, Schimmelpilzbefall in Klassenzimmern, Trinkwasserkontaminationen, Versorgung psychisch Kranker und Obdachloser, nosokomiale Infektionen, Frühpensionierung von Beamten, Schweinegrippe – bei all diesen (kommunal-)politischen und medialen Themen wird nach dem Amtsarzt oder dem Gesundheitsamt gerufen¹⁾. In krassem Gegensatz zu diesem offensichtlich umfassenden Auftrag im Bereich der Bevölkerungsgesundheit, der „öffentlichen Gesundheit“, steht die wirkliche Kenntnis der Bevölkerung und der politischen Entscheidungsträger über die tatsächlichen Aufgaben des kommunalen Gesundheitsdienstes.²⁾

Jan Leidel³⁾ merkt hierzu an, dass die derzeit zur Verfügung stehenden Finanzmittel zu gering sind, zu gering ist immer noch das Interesse von Öffentlichkeit und Politik am Öffentlichen Gesundheitsdienst, zu sehr gilt andererseits dieses Interesse der individuellen Gesundheit und den immer weniger finanzierbaren spektakulären Fortschritten in der kurativen Medizin. Gleichwohl sollte Virchows Erkenntnis, dass primäre Prävention weniger mit Medizin und mehr mit der Gestaltung eines gesundheitsfördernden Umfelds zu tun hat, Allgemeingut sein. Dies gilt auch für die gruppen- oder lebensbezogene Prävention auf der Ebene des Kreises, der Stadt oder des Stadtteils, die in den letzten 50 Jahren hoffnungslos ins Hintertreffen geraten ist.

Obwohl der Zusammenhang zwischen Morbidität/Mortalität und sozialer Lage/Armut wissenschaftlich unstrittig ist, ist die Zeit für einen gesellschaftlichen und politischen Paradigmenwandel im Bereich öffentliche Gesundheit offensichtlich noch nicht reif, wie das in den letzten Legislaturperioden gescheiterte Präventionsgesetz des Bundes belegt.

Der ÖGD in kommunaler Trägerschaft ist sowohl Teil des in Deutschland staatsfern organisierten gesundheitlichen Versorgungssystems als auch Teil der öffentlichen Verwaltung. Dabei verfügt der ÖGD – im Gegensatz zu den anderen Gesundheitssystemen in Deutschland – über keinen eigenen Sozialleistungsträger, der die Interessen der öffentlichen Gesundheit artikulieren könnte. Im kommunalen Diskurs und der örtlichen Priorisierungsdebatte ist das Gut der öffentlichen Gesundheit nur eines von vielen Handlungsfeldern.

Für die öffentliche Gesundheit, die wesentlich in der organisatorischen, finanziellen und zum Teil inhaltlichen Verantwortung der

Von Dr. Wolfgang Müller, Düsseldorf

301 Kreise und 111 kreisfreien Städte liegt, kommt hinzu, dass die Kommunen immer rigider zwischen gesetzlich vorgeschriebenen und freiwilligen Leistungen unterscheiden müssen: So ist die Gefahrenabwehr beim Infektionsschutz sicherzustellen, die Gesundheitsförderung findet jedoch nicht selten nach Kassenlage statt.

Das in den Landesverfassungen verankerte Konnexitätsprinzip (Kommunen dürfen nur dann neue Aufgaben übertragen werden, wenn gleichzeitig deren Finanzierung sichergestellt wird), führt dazu, dass die für die „öffentliche Gesundheit“ zuständigen Landesgesetzgeber die Rechtsnormen eher generell beschreiben, was eine vielgestaltige Umsetzung ermöglicht.

Die allgemeine Rechtsgrundlage – im Wesentlichen die jeweiligen Landes- Gesundheitsdienstgesetze (GDG) – werden im Bereich des Gesundheitsschutzes durch bundes- oder EU-rechtliche Normen ergänzt und spezifiziert. Die heterogene Entwicklung der öffentlichen Gesundheit der letzten Jahrzehnte in Deutschland spiegelt sich in den GDG der Länder wider – diese unterscheiden sich nicht nur in der Spezifizierung der Aufgaben (z.B. spezifische Angebote der Gesundheitshilfe für bestimmte Bevölkerungsgruppen), sondern auch im Grundsätzlichen – wie Steuerungsfunktion (kommunale Gesundheitsberichterstattung, kommunale Gesundheitskonferenzen).

Personalausstattung im ÖGD

Bei gleicher Gesetzesgrundlage führt die kommunale Selbstverwaltung zu unterschiedlichen Personal- und Sachausstattungen und zu heterogenen Strukturen nicht nur zwischen den Bundesländern, sondern auch innerhalb einzelner Länder. Dabei haben traditionell die kreisfreien Städte einwohnerbezogen eine bessere Personalausstattung und höhere Sachmittel als die Kreise, in denen 68 % der Gesamtbevölkerung lebt. In kreisangehörigen Gemeinden wurden die gesundheitsbezogenen Leistungen der Kreisgesundheitsämter angeboten und von den Bürgern genutzt.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist multiprofessionell besetzt. Die Gesamtausgaben (Personal- und Sachkosten) für den ÖGD als Ganzes liegen bei weniger als 1 % der Gesamtausgaben des Gesundheitswesens in Deutschland.

Die Zahl der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (Kommune, Land, Bund) ist seit

Jahren fast konstant (ca. 4.000), ca. 500 Zahnärzte arbeiten hauptamtlich in den Gesundheitsämtern.

Weitere Berufsgruppen im ÖGD, deren jeweilige Gesamtzahl zwischen 1.000 und 3.500 bundesweit liegt, sind Gesundheits- und Krankenpfleger, medizinische Fachangestellte, Hygienekontrolleure, Sozialarbeiter und Verwaltungskräfte.

In größeren Fachdiensten arbeiten darüber hinaus: Sozial- und Gesundheitswissenschaftler, Juristen, Pharmazeuten, Psychologen, Epidemiologen, Gesundheitsingenieure und weitere Gesundheitsfachberufe.

Die Gesamtzahl von ca. 17.000 Fachkräften aller Gesundheitsämter beträgt knapp ein halbes Prozent der im gesamten Gesundheitswesen arbeitenden Fachkräfte⁴⁾.

Aufgaben- und Dienstleistungsspektrum

Das Aufgaben- und Dienstleistungsspektrum reicht von der Begutachtung über die Hygiene und die Infektiologie bis zu Gremien- und Priesstätigkeiten, von der Überwachung der Berufserlaubnisse, von der gesundheitlichen Betreuung von psychisch Kranken und Wohnungslosen bis zur Amtshilfe für Gerichte und der Beratung der Kommunalparlamente.

Die Hauptkategorien sind:

- Gesundheitsschutz: Infektionsschutz, (Umwelt-) Hygiene, Verringerung von Krankheitsrisiken;
- Gesundheitsförderung/Prävention: Stärkung von Ressourcen und Verbesserung von Gesundheitschancen;
- Gesundheitsmanagement: Planung und Steuerung mit dem Ziel einer Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und einer Verbesserung seiner Qualität und Leistungsfähigkeit (im Sinne von „Healthy Regions bzw. Healthy Cities“).

Diese Dienstleistungen werden ergänzt durch gutachterliche Funktionen sowie subsidiäre Gesundheitsleistungen als „letztes Netz“ gesellschaftlicher Daseinsfürsorge,

¹⁾ Ausführlich zu der Thematik siehe: Müller, W., und Wotering, R., „Der Amtsarzt – vom staatlichen Medizinalbeamten zum bürgernahen kommunalen Fachdienst“, Krankenhaushygiene up2date, Vol. 5, Heft 1/2010, 64-74.

²⁾ Schmacke, N., Gestatten: Dr. Unbekannt, Gesundheit und Gesellschaft 2009; 12: 31-34.

³⁾ Leidel, J., Engagiert für die Gesundheit der Bevölkerung – der Öffentliche Gesundheitsdienst. Bundesgesundheitsblatt 2009; 52: 791-798.

⁴⁾ Statistisches Bundesamt. Statistisches Jahrbuch 2009, Wiesbaden.

z.B. bei psychosozialer Verwahrlosung und ungeregelter Migration⁵⁾.

Eine umfassende Darstellung der verschiedenen Arbeitsfelder des ÖGD kann dem Bundesgesundheitsblatt entnommen werden⁶⁾; des Weiteren wird auf die Homepage verschiedener kommunaler Fachdienste verwiesen, die ihren Leistungskatalog auflisten⁷⁾.

Änderung des Aufgabenprofils

Unabhängig von länder- oder kommunalspezifischen Maßnahmen, Leistungen und Angeboten findet derzeit eine generelle Änderung des Aufgabenprofils statt⁸⁾:

- „Mehr Bevölkerungsmedizin, weniger individualmedizinische Einzelleistungen“: Gruppen- und lebensraumbezogene Leistungen treten zunehmend an die Seite bzw. die Stelle von individualmedizinischen Einzelleistungen.
- „Mehr Steuerung, weniger Kontrollen“: Aufgaben der Steuerung und des staatlich überwachten Qualitätsmanagements treten zunehmend an die Seite bzw. an die Stelle unmittelbarer staatlicher Dienstleistungen und Kontrollen.
- „Mehr Aktion, weniger Reaktion“: Präventive Leistungen ergänzen die notwendigen Fähigkeiten zur Krisenbewältigung.

Neue Aufgabebereiche, Führungs- und Managementaufgaben gewinnen an Bedeutung. Gestaltungsmöglichkeiten und Akzeptanz der heutigen ärztlichen Leitung werden begründet durch ihr medizinisches Wissen darüber, was förderlich oder schädlich für die Gesundheit der Menschen ist und über ihre akzeptierte Vermittlungskompetenz zwischen den Gesundheitssektoren. Die individualmedizinisch ausgebildeten und bevölkerungsmedizinisch geschulten tätigen Ärzte haben häufig sozialdiagnostische Kompetenzen auf der Grundlage regionaler Gesundheitsförderung. In der Vergangenheit wurde die administrativ-kontrollierende Begehung in der Hygieneaufsicht durch den „Amtsarzt“ von allen Beteiligten als hoheitlicher Vorgang mit einer klaren Rollenverteilung empfunden (staatliche Sanitätsaufsicht versus Rechtsunterworfenen). Heute stellen z.B. die seit mehreren Jahren erfolgreich etablierten, partnerschaftlich gelebten Netzwerke zur Reduktion und Verhinderung von nosokomialen Infektionen zwischen Hygienikern, Krankenhausärzten und ÖGD-Ärzten den Paradigmenwandel unter Beweis. Häufig bilden sich Allianzen der im Krankenhaus tätigen Hygiene-Verantwortlichen und des ÖGD-Fachpersonals gegen nicht selten überwiegend ökonomisch ausgerichtete Krankenhausverwaltungen.

Interkommunale Vergleiche im Zuge der Verwaltungsmodernisierung als auch dezidierte Produkt- und Leistungsbeschreibungen verbunden mit Zielformulierungen und

Evaluationen gehören mittlerweile ebenso zum Standard der kommunalen Gesundheitsdienste wie die Einführung von anerkannten Qualitätsmanagementsystemen einschließlich externen Zertifizierungsverfahren. Auch der strukturierte Austausch und die Konzeptionsdiskussion über nationale Grenzen hinaus sind in den letzten Jahren etabliert worden⁹⁾. Das komplexe Umfeld von öffentlicher Gesundheit im modernen Sinne erfordert Partnerschaften innerhalb des (öffentlichen) Gesundheitswesens und die Unterstützung von Initiativen aus der Gemeinde¹⁰⁾.

Die Stärken des kommunalen Öffentlichen Gesundheitsdienstes wie Bürgernähe, Interaktion mit den anderen kommunalen Fachdiensten und Akzeptanz bei lokalen Gesundheitsanbietern liegen auf der Hand. Die Schwächen ergeben sich aus den unterschiedlichen finanziellen Problemen der Kommunen, der Reduktion der kommunalen Leistungen auf gesetzlich unabdingbare Vorhaltungen, den schwach ausgeprägten vertikalen Strukturen im ÖGD von der kommunalen Ebene über die Landesebene zur Bundesebene und weiter zur EU-Ebene und den rechtlich stark gegliederten Zuständigkeiten.

Wie die jüngste Vergangenheit zeigt (SARS, Vogelgrippe, Influenza-Pandemie) haben auch die Herausforderungen im Bereich des klassischen Gesundheitsschutzes zugenommen und erfordern zu ihrer Bewältigung eine Erweiterung und Modifikation der tradierten Methoden des Seuchenschutzes. Die kommunalen Herausforderungen und Verpflichtungen im Bereich der sozialmedizinisch kompensatorischen Gesundheitshilfe bis hin zu subsidiärer medizinischer Betreuung und Behandlung von Bürgern, die das GKV-System nicht erreicht oder die selbst keinen Zugang zu dem GKV-System finden, als auch die lebensraumbezogene Gesundheitsförderung sind zwar politisch und medial weniger spektakulär, gesellschaftlich jedoch von mindestens gleichrangiger Bedeutung wie telegen darstellbare Maßnahmen beim Infektionsschutz.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Um die geforderte Multidisziplinarität auch operativ umsetzen zu können, bedarf es der sektor- und funktionspezifischen Aus-, Fort- und Weiterbildung der Berufe im ÖGD. Akademische Fachberufe wie Ärzte, Zahnärzte oder auch Apotheker erhalten zwar ihre fachlichen Basisqualifikationen durch eine universitäre Ausbildung, diese sollten jedoch durch die berufsspezifische strukturierte Weiterbildung für alle hauptamtlich Beschäftigten im ÖGD als „Muss“ ergänzt werden. Derzeit gibt es in Deutschland die Möglichkeit sich für das Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“ an drei Bildungseinrichtungen (Akademien) in Düsseldorf, Meissen und München weiterzubilden. Dort werden z.B. jährlich ca. 50 – 60 Ärzte für die Tätig-

keit im kommunalen Fachamt weitergebildet („Facharzt/ärztin für öffentliches Gesundheitswesen“). Leider wird diese Weiterbildung nicht allen Ärzten wegen finanzieller Restriktionen der Kreise und kreisfreien Städte ermöglicht, obwohl diese Weiterbildung zusätzlich zu der primären ärztlichen Qualifikation als Internist, Kinderarzt oder Psychiater fachlich wohl begründet ist.

Die Berufsgruppe der Hygienekontrolleure, die insbesondere im Bereich des Gesundheitsschutzes und der übertragbaren Krankheiten eingesetzt werden, erhalten ihre praktische Ausbildung in den Gesundheitsämtern und die theoretische Ausbildung an vier Bildungseinrichtungen (Berlin, Düsseldorf, Gera, München). Die theoretische Ausbildung zur Sozialmedizinischen Assistentin/Assistenten kann an den beiden Akademien für Öffentliches Gesundheitswesen (Düsseldorf und München) absolviert werden. Diese Fachgruppe ist besonders qualifiziert für die Tätigkeit der besuchenden Gesundheitshilfe und -beratung.

Für alle Fachberufe gibt es über die Akademien hinaus ein umfangreiches Angebot an Fortbildungen. Diese Fortbildungen werden von Bundesoberbehörden wie dem Robert Koch-Institut oder dem Bundesinstitut für Risikobewertung angeboten; landesspezifische Fortbildungen für die operative Umsetzung der Dienstaufgaben werden z.B. von Landesgesundheitsämtern, anderen Landesfachbehörden, aber auch in Kooperation mit universitären Einrichtungen durchgeführt. Für die eher verwaltungsnahen Aufgaben wie die Implementierung neuer Steuerungsfunktionen stehen auch kommunale Bildungsträger zur Verfügung, beispielsweise kommunale Studieninstitute.

Leistungsfähige Bildungsangebote stehen in einer großen Zahl (überregional und ortsnahe) zur Verfügung, die Inanspruchnahme durch die Fachkräfte ist jedoch wegen der schwierigen Haushaltslage der Kreise und kreisfreien Städte begrenzt. Diese Einschränkung als auch die tarifliche Eingruppierung der Fachkräfte im TVöD – von den Sozialmedizinischen Assistenten bis zu den Ärzten – lässt es als zweifelhaft erscheinen, dass das verantwortungsvolle und fachlich reizvolle Tätigkeitsfeld „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ in Trägerschaft der Kreise

⁵⁾ Wildner, M., Müller, W., Jaeschke, B., und Zapf, A., Der Öffentliche Gesundheitsdienst, in: Schwarz F. W., (Hrsg.), Das Public-Health-Buch, 2010 (im Erscheinen).

⁶⁾ Bundesgesundheitsblatt 2005; 48: 1093 – 1175.

⁷⁾ Wildner, M., Müller, W., Jaeschke, B., und Zapf, A., Der Öffentliche Gesundheitsdienst, in: Schwarz F. W., (Hrsg.), Das Public-Health-Buch, 2010 (im Erscheinen); Gesundheitsamt Wiesbaden. Geschäftsbericht 2008.

⁸⁾ Kommunale Gemeinschaftsstelle. Aufgaben und Leistungen des kommunalen Gesundheitsdienstes, KGSt-Bericht 11/98.

⁹⁾ Locher, W., Wildner, M. und Kerschner, G. F. (Hrsg.), Der Öffentliche Gesundheitsdienst im internationalen Vergleich – Euregio Bodensee, 2009.

¹⁰⁾ Wildner, M., Müller, W., Jaeschke, B., und Zapf, A., Der Öffentliche Gesundheitsdienst, in: Schwarz F. W., (Hrsg.), Das Public-Health-Buch, 2010 (im Erscheinen).

und kreisfreien Städten in Konkurrenz zu anderen Arbeitsfeldern und Arbeitgebern in Zukunft noch ausreichend nachgefragt werden wird. Noch wichtiger als Entscheidungsgrund, für die öffentliche Gesundheit arbeiten zu wollen, ist jedoch wahrscheinlich der Stellenwert, den dieses Arbeitsfeld fachlich und kommunalpolitisch zukünftig in den Landratsämtern, Kreisverwaltungen und den Kommunalparlamenten bzw. Gremien erfahren wird.

Sachmittel und Zahl der Planstellen für das multiprofessionelle Team sind Indikatoren für den kommunalpolitischen Stellenwert. Sofern diese in Zukunft nicht erhöht werden, dürfte die Rekrutierung motivierten und kompetenten Fachpersonals kaum gelingen.

Hohe öffentliche Gesundheit wird in Zukunft für Gemeinden, Städte und Kreise ein mit entscheidender Standortfaktor auch für die

ökonomische Entwicklung sein. Die systematische Qualifikation in Aus-, Fort- und Weiterbildung trägt dazu bei. □

Dr. Wolfgang Müller,
Akademie für Öffentliches
Gesundheitswesen, Düsseldorf

Aus Zwei mach Eins: Fusion der Gesundheitsämter von Landkreis und Stadt Kassel

Schon seit einigen Jahren wollen der Landkreis und die Stadt Kassel dem Beispiel der Region Hannover folgen. Verwaltungsstrukturen sollen vereint und somit bürgerfreundlicher, kostengünstiger und effizienter funktionieren. Ein Vorläufer der „Region Kassel“ ist die seit dem Jahr 2006 vorangetriebene Fusion der Gesundheitsämter von Stadt und Landkreis Kassel.

Zwar waren vor der Fusion der Gesundheitsämter bereits einige Fachbereiche der beiden Gebietskörperschaften wie beispielsweise die KfZ-Zulassungsstellen zusammengelegt worden, aber mit der Vereinigung zweier Ämter betraten Stadt und Landkreis Neuland. Der gemeinsame Blick auf den Bürger war bei den nun anstehenden Beratungen ausschlaggebend – und fand Würdigung in der Präambel der öffentlich-rechtlichen Vereinbarung, die den Abstimmungen und Neuordnungen vorausging. So heißt es in der amtlichen Bekanntmachung vom 10.10.2007: § 1 (...) „Bürgerorientiertes Arbeiten und das Grundverständnis dienstleistende Behörde für verschiedenste Partner in der Region zu sein“ (...). Mit diesem Gedanken wurde der Grundstein für die Fusion der Ämter gelegt.

Von Stefanie Schütze, Landkreis Kassel

sich die Finanzierung? Wie kann die Verwaltung des Amtes zeitgemäß organisiert werden – neue politische Konstellationen erlaubten es, die im Jahr 2002 im ersten Anlauf gescheiterten Fusionsverhandlungen wieder aufzunehmen. Die angestrebte Fusion wurde zudem durch eine personelle Veränderung erleichtert: Der bevorstehende Ruhestand eines Gesundheitsamtsleiters ließ von vornherein keine Spannungen und Interessenskonflikte über die Besetzung der Amtsleitung aufkommen.

Trotz des Zeitdrucks – die Fusion sollte zum 1.1.2008 stehen – waren sich Vertreter von Stadt und Landkreis einig, ein Konzept für die Umsetzungsphase zu erarbeiten. Im Rahmen einer interdisziplinären Projektgruppe, die sich aus einem zehnköpfigen Team, das sich zu gleichen Teilen aus Vertretern von Stadt und Landkreis zusammensetzte, wurde der Masterplan erarbeitet. Unter der Führung der Leiterin des früheren Kasseler Gesundheitsamtes und jetzigen Chefin der fusionierten Gesundheitsbehörde sowie dem Personalchef des Landkreises Kassel wurden die inhaltlichen und verwaltungsstrategischen Ziele umgesetzt.

Innerhalb von zehn Monaten hatte die Projektgruppe die nötige öffentlich-rechtliche Vereinbarung, einen Untermietvertrag, einen Personalgestellungs- und Dienstleistungsüberlassungsvertrag, Verträge über die Bereitstellung von Möbeln und auch die Mitnutzung zentraler Dienste formuliert und beschlossen. Neben den zu klärenden Finanzierungsmodalitäten erwiesen sich die Standortplanungen als die größte Heraus-

forderung: Für die Fusion maßgeblich war, die Außenstellen des Gesundheitsamtes des Landkreises beizubehalten sowie die Sozialpsychiatrischen Dienste und die Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle des Landkreises in das gemeinsame Konzept zu integrieren.

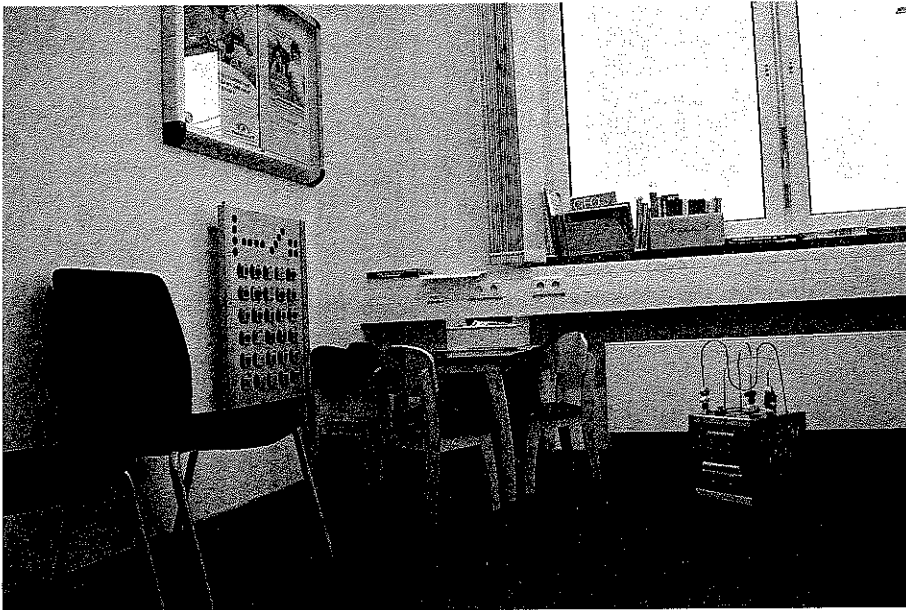
Die Vorgabe der Planer war, ein gemeinsames Raumnutzungskonzept mit Hauptsitz im Kreishaus zu erstellen. Diese Idee ließ sich nicht vollständig realisieren: Einerseits wurden die beiden etablierten Außenstellen des Landkreises und ihre bekannten Standorte beibehalten, andererseits erforderte auch die gewünschte Integration der Sozialpsychiatrischen Dienste und der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle des Landkreises sowie der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) ein Abrücken von dieser Zielvorgabe. Diese Einheiten wurden an ihren – sehr gut für den Bürger erreichbaren und gut eingeführten – Standorten belassen.

Mitarbeiterintegration

Anfang 2007 begann die entscheidende Phase: Die am Reißbrett entworfenen Überlegungen sollten in die Tat umgesetzt werden – den Mitarbeitern musste die Möglichkeit eröffnet werden, Hand in Hand zu arbeiten. Um ein Scheitern der Fusion zu verhindern, wurde ein externer Berater hinzugezogen. Mit dem in der Region ansässigen „Betriebswirtschaftlichen Institut für interaktive Veränderungsprozesse“ fand man vor Ort einen Partner, der die Koordination und Moderation der nun folgenden Schritte übernahm. Eine der Maximen des Beraters lautete, dass jeder – wirklich jeder Mitarbeiter – in einer Arbeitsgruppe vertreten und so am Zusammenlegungsprozess beteiligt war – und es funktionierte. In zahl-

Chronologie

In regelmäßigen Treffen hatten Vertreter von Stadt und Landkreis im Verlauf des Jahres 2006 begonnen, zentrale Fragen zu klären: Wer wird Träger des Amtes? Wie gestaltet



Behandlungsraum des gemeinsamen Gesundheitsamtes von Landkreis und Stadt Kassel.

Foto: Landkreis Kassel

reichen Diskussionen und Sitzungen wurde ein jeweils inhaltlicher und umsetzbarer Konsens erzeugt. Es sollte gemäß Präambel nur das Beste zusammengeführt und vor allem bürgerorientiert gearbeitet werden. Die anderen Anbieter gesundheitlicher Leistungen wie Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte sollten an der Aufgabenverteilung beteiligt werden. Dieser Gedanke war in den Planungen nicht von Anfang an enthalten.

Eine ähnliche Situation ergab sich beim Blick auf die zukünftige Öffentlichkeitsarbeit. Die Amtsleitung soll auch der Öffentlichkeit – und damit der Presse – zur Verfügung stehen: Die Presse ist ja immerhin das Medium, um Gesundheit an den Bürger zu bringen. Diese Haltung soll natürlich im gleichen Maß für alle Mitarbeiter der fusionierten Behörde gelten.

Ein weiteres Ziel war es, ein gemeinsames Selbstverständnis zu erzeugen, und zwar im Sinne einer Prozessoptimierung und eines einheitlichen standardisierten Angebots. Der Bürger sollte im Zuge zweier Anrufe nicht mehr zwei unterschiedliche Aussagen erhalten. Selbstverständlich lässt es sich bei Gesundheitsthemen nicht immer vermeiden, dass medizinische Auskünfte variieren. Aber in Bezug auf allgemeingültige Aussagen, wie zum Beispiel über den Chlorgehalt des örtlichen Trinkwassers, sollte in Zukunft nicht mehr auf Zuständigkeiten anderer Ämter verwiesen werden – wie es im Vorfeld öfter der Fall war.

Mittlerweile gehören nun regelmäßige Treffen der Abteilungsleiter zur Struktur des Amtes. Nicht, um allgemeine Themen zu diskutieren, sondern um sehr pragmatisch gemeinsame Vorgehensweisen abzustimmen, auch im Krisenfall: Der Geist der Treffen hat sich gewandelt, heute dienen sie mehr dem

fachlichen und informativen Austausch, um ein einheitliches Vorgehen sicherzustellen, als einer hierarchischen Sitzung.

Bürgernähe – Landmarke der Fusion

Um sich die ergebenden positiven Synergieeffekte zu vergegenwärtigen, ist es nötig, einen Blick auf die Aufgabenschwerpunkte des Gesundheitsamtes der Region Kassel zu werfen. Fünf Bereiche stehen im Mittelpunkt der Bürgerversorgung/Bürgervorsorge.

- Hauptaufgabe ist die „Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten“ – Stichwort Impfberatung beispielsweise für Auslandsaufenthalte.
- Immer mehr ins Zentrum rücken „Prävention und Gesundheitsförderung“, da festzustellen ist, dass immer mehr Kinder zu dick sind. Daher arbeitet das Gesundheitsamt Region Kassel Jahr für Jahr enger mit Kindergärten, Schulen und natürlich auch Eltern zusammen, um hier Einfluss auf Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu nehmen.
- Das umfangreiche Aufgabengebiet „Beratung und Begutachtung“ zeigt, wie verzahnt das Arbeiten ist. Im Rahmen von schulmedizinischen Untersuchungen wird festgestellt, wie sich Kinder und Jugendliche in Bezug auf Körpergewicht, Zahn- und Impfstatus entwickeln. So können die politischen Instanzen Hinweise für nötiges Handeln erhalten. Zum Bereich der Beratung und Begutachtung zählt aber auch das weite Feld der amts-, gerichts-, vertrauens- und personalärztlichen Aufgaben. Seien es Gutachtertätigkeiten für Bundes-, Landes- und kommunale Behörden oder Schulsportfreistellungen: Hier agieren nun Stadt und Landkreis gemeinsam.

- Hilfe für Menschen mit Behinderungen und Anhängigkeitserkrankungen: Hier soll die Fusion Strukturen zur gemeindenahen und vor allem bedarfsgerechten Versorgung schaffen bzw. unterstützen.
- Förderung von Selbsthilfegruppen und Schaffung von Strukturen der Selbsthilfe. Auch mit diesem fünften Aufgabenschwerpunkt wird den Vorgaben der Fusion Rechnung getragen.

Wirtschaftlichkeit

Von den Effekten der Fusion in Fragen des Personaleinsatzes und der Wirtschaftlichkeit des Amtes ist man im Gesundheitsamt überzeugt. Zentral bedienen, dezentral arbeiten – so lautet das Motto, gerade was die Arbeit in den beibehaltenen Außenstellen angeht. Hier zeigen sich in verschiedener Hinsicht die Vorteile der Fusion: Für mehr Kontinuität ist gesorgt. Planungen mit einem größeren Mitarbeiterstab gewährleisten die medizinische Versorgung vor Ort.

Gerade in Urlaubszeiten sind Vertretungen kein Problem. Mit der Fusion hat sich zudem die Fachkompetenz durch mehr Fachärzte erhöht, die zudem gemeinsam Geräte nutzen – dies bedeutet in vielerlei Hinsicht eine Kostenersparnis. Gleiches gilt auch für die nötigen Liegenschaften – auch sie verursachen nur einmalig für ein gemeinsames Amt Kosten. Der zentral organisierte Einkauf trägt ebenfalls dazu bei, dass sich die Ausgaben mit Blick auf das fusionierte Gesundheitsamt im Vergleich zur früheren Ämterstruktur erheblich reduziert haben. Das sind zwei maßgebliche Faktoren, um den Zuschussbedarf für den Betrieb „Gesundheitsamt“ erheblich zu reduzieren.

Doch unter dem Strich dokumentiert die weitere Öffnung des Gesundheitsamtes für den Bürger den tatsächlichen Erfolg der Fusion: Entscheidend ist diese von vornherein geplante und erfolgte Öffnung des Hauses nach außen. Bürgernähe wird über Gesundheitsveranstaltungen oder die aktive Teilnahme an Netzwerken dokumentiert, ein Gesundheitspreis wird vergeben und selbstverständlich existiert ein gemeinsamer Internetauftritt, der Auskunft über alle Leistungen, Ansprechpartner und Möglichkeiten gibt. Das Gesundheitsamt von Stadt und Landkreis Kassel ist somit für die Menschen greifbarer, erfahrener und schließlich zugänglicher geworden – amtliche Bürgernähe, wie sie sein soll. □

Stefanie Schütze,
Journalistin, Landkreis Kassel

DLT-Positionspapier

Sicherung der Arbeitsfähigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der Landkreise^{*)}

Der Deutsche Landkreistag erkennt die Probleme der derzeitigen Aufgabenerfüllung wie auch der fachlichen Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in den Landkreisen. Anlass waren die zunehmenden Schwierigkeiten, ärztliche Funktionsstellen in den Gesundheitsämtern der Landkreise kurzfristig und adäquat zu besetzen. Im Folgenden werden Vorschläge vorgelegt, wie Maßnahmen aussehen können, um die personelle wie strukturelle Situation des öffentlichen Gesundheitsdienstes in den Landkreisen zu verbessern:

1. Ausbildung von mehr Ärzten – auch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Der Deutsche Landkreistag unterstützt alle sinnvollen Maßnahmen, um die beispielsweise aufgrund der demografischen Entwicklung notwendige Vermehrung der zur Verfügung stehenden Ärzte zu erreichen. Hierzu ist u.a. eine Erhöhung der Zahl der Studienplätze und eine Entlastung der ärztlichen Tätigkeit von nicht notwendigem bürokratischem Aufwand nötig.

Daneben ist im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) genauso wie in Krankenhäusern und bei niedergelassenen Ärzten die ärztliche Tätigkeit soweit wie möglich auf die notwendigen Aufgaben zu beschränken. Aus Sicht des Deutschen Landkreistages können weitere Aufgaben, die derzeit von Ärzten wahrgenommen werden müssen, auch auf andere medizinische Fachberufe übertragen werden, ohne dass dies zu Qualitätseinbußen führt. Ebenso können Möglichkeiten zu einer erweiterten Unterstützung, bspw. durch Verwaltungsfachkräfte, zu einer Entlastung führen.

Insgesamt muss – bei überschaubaren Ergebnissen in der Vergangenheit – auch eine Aufgabenkritik eine Daueraufgabe bleiben. Angesichts der in der Öffentlichkeit eher steigenden Erwartungen an den ÖGD, bspw. im Zusammenhang mit der Diskussion zur Verbesserung des Kinderschutzes und der Organisation von „Frühen Hilfen“ für Kinder und ihre Eltern, müssen Organisationsformen gefunden werden, die auch von anderen Berufsgruppen erfüllt werden können.

2. Attraktivität des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in den Landkreisen

a) Das Arbeitsumfeld des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist attraktiv. Dennoch ist es erforderlich, dies weiterzuentwickeln und auch nach außen darzustellen. Zur Attraktivität zählt es auch, Ärzten berufliche Entwicklungsmöglichkeiten zu bieten. Hierzu zählt auch die Arbeitszeitgestaltung in den Gesundheitsämtern der Landkreise. Gerade hier bietet der ÖGD deutliche Vorteile gegenüber dem Dienst in Krankenhäusern und in freier Niederlassung.

b) Der ÖGD hat klassische Aufgaben des Gesundheitsschutzes, vor allem der Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes, der infektionshygienischen Überwachung von Gemeinschaftseinrichtungen (wie Schulen und Kindergärten und medizinischen Einrichtungen wie Krankenhäusern) sowie des Verbraucherschutzes. Daneben hat er auch eine lange Tradition in der gesundheitlichen Fürsorge für Schwangere, Säuglinge, Kinder und psychisch kranke Menschen. Dies wird nicht zuletzt in der wichtigen Rolle des ÖGD im Rahmen des Kinderschutzes und der Koordination „Früher Hilfen“ deutlich. Der ÖGD bietet daher ein interessantes und spannendes Arbeitsfeld für junge Ärztinnen und Ärzte.

c) Der Zugang zum Beruf, insbesondere die Weiterbildung zum Facharzt im Öffentlichen Gesundheitsdienst, ist zu erleichtern. Neben den nicht von den Landkreisen zu beeinflussenden Voraussetzungen wie Zugang zu und Umfang der notwendigen Qualifikation sollte von den Landkreisen auch die Einstellung mit noch nicht abgeschlossener Facharztausbildung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst erwogen werden (Weiterbildungsbefugnis durch die Ärztekammern). Auch ob eine Finanzierung der entsprechenden Weiterbildung bzw. eine Freistellung der Ärzte für die notwendigen Weiterbildungsmaßnahmen erfolgt, sollte von den Landkreisen geprüft werden.

d) Insgesamt würde sich ein stärkeres Engagement der Ärzte des ÖGD bei der ärztlichen Ausbildung auch positiv auf das Berufsbild des Amtsarztes bei Nachwuchsmedizinern auswirken. Die Verzahnung zwischen den medizinischen Fakultäten und dem ÖGD ist deutlich und nachhaltig zu verbessern und zu intensivieren. Hierzu zählt auch die Möglichkeit, Weiterbildung auch für die Bereiche Kinderheilkunde, Psychiatrie und Allgemeinmedizin im ÖGD zu ermöglichen sowie Teile von Famulaturen oder des Praktischen Jahres im ÖGD abzuleisten.

e) Die Vergütungssituation der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst ist ebenfalls näher zu betrachten. Hierbei ist auch zu untersuchen, ob ggf. eine stärkere Verbeamtung, die angesichts der Tätigkeiten der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst rechtlich in Betracht kommt, verstärkt vorgenommen werden könnte. Dies führt regelmäßig auch zu einer als günstiger empfundenen Besoldungs- und Versorgungssituation. Hier ist auch über höhere Besoldungsmöglichkeiten bereits beim Berufseinstieg nachzudenken.

f) Weitere Einzelvorschläge:

- Ermöglichung der Teilnahme an Weiterbildungskursen der Akademien für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf und München,
- Unterstützung der Fortbildungsverpflichtungen nach dem Heilberufegesetz,
- Heraufsetzung des Verbeamtungsalters über das 35. Lebensjahr hinaus. ■

*) Dieses Positionspapier wurde im September 2010 vom Präsidium des Deutschen Landkreistages verabschiedet.