

# Den öffentlichen Gesundheitsdienst weiterentwickeln und stärken

---

*Bericht für das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit,  
Frauen und Familie*

bestehend aus einer empirischen Bestandsanalyse, einschließlich einer Analyse der Aufgabenerfüllung des vorhandenen Personals sowie der Hard- und Software als auch einer Aufgabekritik, einschließlich des Aufgabenprofils von Arztstellen

*Abgabedatum: 31.08.2019*

*erstellt von*

Prof. Dr. Nathalie Behnke und Matthias Zimmermann M.A.

für die Technische Universität Darmstadt



TECHNISCHE  
UNIVERSITÄT  
DARMSTADT



## Inhalt

1	Executive Summary .....	6
1.1	Personalausstattung .....	6
1.2	Materiell-technische Ausstattung .....	7
1.3	Aufgabenerfüllung .....	8
1.4	Aufgabenkritik.....	8
1.5	Arztprofil .....	9
1.6	Handlungsempfehlungen.....	9
2	Methodik .....	11
3	Der ÖGD in Thüringen – institutionelle Einordnung .....	13
4	Bestandsanalyse der Situation des ÖGD in Thüringen.....	17
4.1	Personalausstattung .....	17
4.1.1	Soll-Ist-Vergleich der personellen Ausstattung.....	19
4.1.2	Ursachen des Personalmangels.....	27
4.2	Materiell-technische Ausstattung .....	37
4.2.1	Grundausrüstung.....	38
4.2.2	Softwareausstattung und Datenkoordination .....	38
4.2.3	PC-Arbeitsplätze, Tablets und digitale Eingabegeräte .....	40
4.2.4	Dienstfahrzeuge.....	42
4.3	Weitere Problemfelder des ÖGD in Thüringen – Einsichten aus den Interviews. 43	
4.3.1	Zentralisierung von Kompetenzen .....	43
4.3.2	Kommunikation und Informationsaustausch mit dem TLVWA .....	44
5	Analyse der Aufgabenerfüllung und Aufgabenkritik .....	46
5.1	Amtsärztliche Aufgaben.....	50
5.1.1	Medizinalaufsicht .....	51
5.1.2	Gutachten .....	54
5.2	Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz.....	59

5.2.1	Hygieneüberwachung.....	59
5.2.2	Schutzimpfungen und MRE-Netzwerke.....	64
5.3	KJÄD und KJZÄD .....	69
5.4	Gesundheitsförderung, Information und Gesundheitsberichterstattung.....	76
5.4.1	Informationsangebote und Öffentlichkeitsarbeit .....	76
5.4.2	Aufklärung und Beratung .....	80
5.4.3	Gesundheitsberichterstattung .....	83
5.5	Sozialpsychiatrischer Dienst (SPDi).....	88
5.6	Zusammenfassende Überlegungen zur Aufgabenkritik.....	92
6	Einsichten aus dem Vergleich mit anderen Bundesländern .....	97
6.1	Institutionelle Einordnung .....	97
6.2	Rechtsgrundlagen und Aufgabenbestand .....	99
6.2.1	Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung.....	99
6.2.2	Untersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen.....	100
6.3	Personalausstattung .....	101
7	Handlungsempfehlungen .....	104
7.1	Zentralisierung der Organisations-, Finanz- und Personalhoheit.....	104
7.2	Personal .....	107
7.2.1	Personalempfehlungen und Stellenpläne .....	107
7.2.2	Personalrekrutierung und -erhaltung.....	108
7.2.3	Attraktivitätssteigerung/ Außendarstellung.....	109
7.2.4	Reform der Aus- und Weiterbildung .....	110
7.3	Ausstattung.....	113
7.4	Aufgaben.....	114
7.4.1	ÖGD-Gesetz .....	114
7.4.2	Vertiefung der Aufgabenkritik.....	115

7.4.3	Professionalisierung der Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung .....	116
8	Abschließende Überlegungen .....	118
	Literaturverzeichnis .....	122
	Anhang.....	124
I.	Räumliche Verteilung der Interviews .....	124
II.	Auswahlkriterien der leitfadengestützten Face-to-Face-Interviews.....	125
III.	Liste der geführten Interviews .....	127
IV.	Interviewleitfaden .....	129
V.	Gesundheitsämter der Thüringer Landkreise und kreisfreien Städte.....	133
VI.	Standard Grundausstattung der Gesundheitsämter .....	135
VII.	Grundausstattung für die Trink- und Badewasser-Überwachung .....	136
VIII.	Integrative Funktionen des ÖGD in den Gesundheitsdienstgesetzen der Bundesländer.....	137
IX.	Vergleich der ÖGD-Landesgesetzgebungen zum Thema Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung.....	138
X.	Aufgaben der Gesundheitsämter im übertragenen Wirkungskreis und deren rechtliche Normierung .....	148
i.	Aufsicht und Überwachung im Gesundheitswesen.....	148
ii.	Amtsärztliches Gutachterwesen .....	150
iii.	Infektionsschutz .....	153
iv.	Umwelthygiene/ gesundheitlicher Umweltschutz .....	157
v.	KJÄD/ KJZÄD .....	160
vi.	Sozialhygienische Dienste .....	162
vii.	Sozialpsychiatrischer Dienst .....	163

## 1 Executive Summary

In Reaktion auf den Beschluss des Thüringer Landtags vom 01. September 2016 (LT-Drs. 6/2632) vergab das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (TMSGFF) an die Verfasser dieses Berichts einen Gutachtenauftrag mit dem Ziel, folgende Informationen und Analysen über die 22 Gesundheitsämter (GÄ) des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Thüringen zu erarbeiten und zu formulieren:

1. eine Bestandsanalyse der personellen Ausstattung unter Berücksichtigung der Qualifikationsstufen;
2. eine Bestandsanalyse der materiell-technischen Ausstattung, vor allem der Hard- und Software-Ausstattung;
3. eine Analyse der Aufgabenerfüllung im eigenen und im übertragenen Wirkungskreis durch das vorhandene Personal unter Berücksichtigung der Zuordnung der Gesundheitsämter zu Land- oder Stadtkreisen sowie der fachlichen Zuständigkeiten;
4. eine Aufgabenkritik anhand geeigneter Maßzahlen mit Blick auf die Zweckmäßigkeit des Aufgabenbestandes;
5. ein Aufgabenprofil der Arztstellen;
6. Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen.

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse zu diesen einzelnen Aufträgen zusammengefasst.

### 1.1 Personalausstattung

Die **Personalausstattung** in den 22 Gesundheitsämtern der Landkreise und kreisfreien Städte **liegt im Schnitt sowohl unter den Personalempfehlungen des Landes als auch unter der Anzahl der in den kommunalen Stellenplänen vorgesehenen Stellen.** *Relativ zum Stellenplan* variiert der absolute Personalmangel (alle Positionen) zwischen den einzelnen Ämtern zwischen -6,6 Stellen (Erfurt) und 0 Stellen (Sömmerda) (vgl. Abbildung 3). Der relative Personalmangel (Anteil der nicht besetzten Positionen zu allen im Stellenplan vorgesehenen Positionen) variiert zwischen -22,81 % (Weimarer Land) und wiederum 0 % in Sömmerda (vgl. Abbildung 5). Es lassen sich jedoch keine regionalen Tendenzen, etwa nach Stadt und Land oder nach Himmelsrichtungen erkennen. **Relativ zu den Personalempfehlungen des Landes** ist der **Personalmangel größer** als im Vergleich zu den Stellenplänen 8. Hier weisen alle Ämter mit Ausnahme von Suhl im Saldo einen Mangel auf (vgl. Abbildung 4). Das deutet darauf

hin, dass die kommunalen Stellenpläne sich nicht eng an den Personalempfehlungen orientieren.

Absolut und relativ ist der **Personalmangel am größten in der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte**. Hier fehlen insgesamt fast 23 Stellen, gefolgt von Hygienefachkräften und sozialmedizinischen Assistenzstellen (-10,3 und -6,7 Stellen respektive, vgl. Abbildung 7). Dementsprechend steigt der Personalmangel mit der Höhe der geforderten Qualifikation und der entsprechenden Besoldungsgruppe an (vgl. Abbildung 6).

Der **Personalmangel wirkt sich negativ auf die Qualität und den Umfang der Aufgabenerfüllung** aus. Selbst pflichtige Aufgaben können nicht mehr zu 100 % erfüllt werden, deutlich größer sind die Lücken bei der Erfüllung freiwilliger Aufgaben. Das Personal leidet unter Überlastung, und da viele Stellen nicht mit adäquater Fachkompetenz besetzt werden können, ist auch die Qualität der Aufgabenerfüllung gefährdet. Für übergreifende, koordinierende und zukunftsgerichtete Aufgaben wie Netzbildung oder Gesundheitsplanung sind praktisch keine Personalkapazitäten vorhanden.

**Ursachen** für den Personalmangel sind zum einen **strukturelle Probleme** der Personalgewinnung für den öffentlichen Dienst, für den Gesundheitssektor und für den ländlichen Raum, die sich überlagern. Zum anderen wirken sich konkrete **Attraktivitätsmängel**, eine als **zu gering wahrgenommene Bezahlung**, **ineffiziente Verwaltungsverfahren** bei der Stellenbesetzung sowie ein **Mangel an einschlägig qualifizierten Bewerberinnen und Bewerbern** negativ aus. In der **kommunalen Personalautonomie** liegt ein weiteres Problem. Da das ÖGD-Personal vom Land im Rahmen nicht zweckgebundener Zuweisungen im Kommunalen Finanzausgleich finanziert wird, bestehen für die Kommunen Anreize, auf Sparzwänge auch durch die Nicht-Besetzung von ÖGD-Stellen zu reagieren und das Geld anderweitig zu verausgaben.

## 1.2 Materiell-technische Ausstattung

Die materiell-technische Grundausstattung ist in allen Gesundheitsämtern im Wesentlichen vorhanden. Vereinzelt herrscht Knappheit an Dienstfahrzeugen, Diensthandys/ Tablets und Computerarbeitsplätzen mit aktueller Software. Zentrales Problem ist der **Mangel an Infrastruktur für eine einheitliche und zentral koordinierte Datenerhebung, -weitergabe und -verarbeitung**. Hierfür ist es nötig, für alle Ämter **einheitliche Software** und deren Module zu beschaffen, um den Datenaustausch zu gewährleisten; eine **zentrale Cloud** -

**oder Serverleistung** zur Verfügung zu stellen, bei der die Daten zusammengeführt und gesichert werden und sowohl dezentral als auch zentral für Berichte und Analysen abgerufen werden können; die Ämter mit **Endgeräten** (Tablets oder Smartphones) und entsprechenden **Apps** auszustatten, so dass bspw. auch im Außendienst direkt Daten eingegeben werden können, um den Arbeitsaufwand und die Fehleranfälligkeit bei der Dateneingabe zu reduzieren.

### 1.3 Aufgabenerfüllung

Der **Aufgabenbestand**, den die Gesundheitsämter erfüllen müssen, ist **groß, wachsend, vielfältig und relativ unbestimmt**. Dies stellt – insbesondere angesichts des Personalmangels – eine große Herausforderung für die Gesundheitsämter dar. **Die Qualität und die Quantität der Aufgabenerfüllung kann nicht zuverlässig sichergestellt werden**. Selbst pflichtige Aufgaben wie Schuleingangsuntersuchungen oder Hygienekontrollen können nicht mehr zu 100 % erfüllt werden. Die Ämter nutzen ihren Ermessensspielraum, um gemäß struktureller Rahmenbedingungen und der Qualifikation ihres Personals Aufgaben mehr oder weniger umfangreich zu bearbeiten. Hieraus folgt eine große regionale Variation in der Erfüllung einzelner Aufgabenbereiche, ohne dass eine sachorientierte Systematik erkennbar wäre.

Um dauerhaft die Qualität und Quantität der Aufgabenerfüllung zu sichern, muss – neben einer aktiven Personalpolitik – der Aufgabenbestand einer **umfassenden systematischen Kritik** unterzogen werden, um ihn in seiner **Gesamtheit zu reduzieren und Unklarheiten zu beseitigen**.

### 1.4 Aufgabenkritik

Eine vollständige Aufgabenkritik kann im Rahmen dieses Berichtes nicht geleistet werden. Die Analyse des Aufgabenbestandes und der Aufgabenerfüllung liefert aber Hinweise auf Ansatzpunkte für eine Aufgabenkritik. Diese Ansatzpunkte sind:

- Reduktion des Gutachterwesens;
- Regionale Konzentration von Aufgaben ohne unmittelbaren Ortsbezug;
- Zentralisierung von Service- und Koordinations-Leistungen auf der Landesebene;
- Verstärkte Auslagerung von Aufgaben im Wege der Kooperation mit freien Trägern;

## 1.5 Arztprofil

Die Analyse der Aufgabenerfüllung ergab keine Hinweise darauf, dass bestimmte fachärztliche Dienste in einzelnen Regionen entbehrlich seien. Vielmehr werden die speziellen **fachärztlichen Qualifikationen** – Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen, Hygiene- und Umweltmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Zahnmedizin sowie der Sozialpsychiatrischer Dienst – **weiterhin flächendeckend benötigt**. Um Personal mit den einschlägigen Qualifikationen flächendeckend einsetzen zu können, muss im Wege der aktiven Rekrutierung und der Nachqualifikation ein gezieltes Personalmanagement betrieben werden.

## 1.6 Handlungsempfehlungen

Aus der Analyse der personellen und materiell-technischen Ausstattung, des Aufgabenbestandes und der Aufgabenerfüllung sowie aus dem Vergleich mit den ÖGD-Systemen anderer Bundesländer werden die folgenden Handlungsempfehlungen abgeleitet:

1. **Zentralisierung** wichtiger **Kompetenzen** im Bereich des **Personalmanagements**, der **Finanzierung** und der **Organisation** des ÖGD sowie von **Koordinations- und Serviceleistungen** in einer hierfür spezialisierten Behörde auf Landesebene. Um die Sichtbarkeit der Institution zu erhöhen, die Spezialisierung zu ermöglichen und die Vergleichbarkeit mit anderen Bundesländern herzustellen, empfehlen wir die **Schaffung eines Landesgesundheitsamtes**. Konkret müssten dem Landesgesundheitsamt die folgenden Kompetenzen und Aufgaben übertragen werden:
  - a. Personalwesen (Besoldung, Rekrutierung, Entwicklung)
  - b. IT-Lösungen und Beschaffung
  - c. Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung
  - d. Information und Öffentlichkeitsarbeit
2. Maßnahmen zur **Bekämpfung des Personalmangels** sollten ergriffen werden, namentlich zur verbesserten Personalgewinnung, zur Steigerung der Attraktivität des ÖGD sowie zur Weiterqualifikation und Motivation des Bestandspersonals. Mögliche Maßnahmen könnten sein:
  - a. Aktualisierung der landesweiten Personalempfehlungen;
  - b. Optimierung der Verwaltungsverfahren bei der Stellenbesetzung;
  - c. Kombinationsmodelle der Tätigkeit im ÖGD und im therapeutischen medizinischen Bereich;

- d. Angleichung der Gehälter für Ärztinnen und Ärzte im ÖGD an die Arzttarife des Marburger Bundes;
  - e. Verbesserte Öffentlichkeitsarbeit, um die Bekanntheit des ÖGD zu stärken und seine Vorteile ins Bewusstsein zu rücken;
  - f. Gezielter frühzeitiger Kontakt mit Medizinstudierenden im Wege von Informationsveranstaltungen, Praktika/ Famulaturen oder Studienmodulen zum ÖGD im klinischen Teil des Studiums;
  - g. Verbesserung des Ausbildungsangebots für Hygienefachkräfte;
  - h. Aktive Unterstützung von berufsbegleitenden Weiterbildungen.
3. Schaffung einer einheitlichen und **zentral verwalteten Dateninfrastruktur** (Datenbanklösung, einheitliche Software und kompatible Endgeräte zur Dateneingabe).
  4. Erarbeiten eines **ÖGD-Gesetzes**, das die faktischen und rechtlichen Weiterentwicklungen seit der VO-ÖGD von 1990 aufgreift und die Verbindlichkeit und Klarheit bezüglich der Kompetenzverteilung und des Aufgabenbestandes verbessert.
  5. Einrichtung einer **Projektorganisation** unter Leitung des TMASGFF in Kooperation mit den Gesundheitsämtern, um eine vertiefte **Aufgabenkritik** durchzuführen.
  6. **Zentralisierung und Professionalisierung der Gesundheitsberichterstattung und der Gesundheitsplanung.** Hierzu ist es nötig, die Jahresberichterstattung so anzupassen, dass sie besser als Informationsgrundlage der Gesundheitsberichterstattung verwendet werden kann; sowie eine zentrale Stelle auf Landesebene einzurichten, die hauptamtlich für die Gesundheitsberichterstattung zuständig ist und Prozesse der Gesundheitsplanung landesweit koordiniert und durchführt.

## 2 Methodik

Die Datengrundlage für die vorgelegte Analyse des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Thüringen bilden erstens quantitative Strukturdaten aus dem Jahr 2017, die im Rahmen der Jahresberichterstattung (JBE) von den Gesundheitsämtern an das Thüringer Landesverwaltungsamt (TLVwA) übersandt wurden. Die Daten der JBE wurden uns vom TLVwA in Form von Excel-Tabellen zur Verfügung gestellt. Auf eine Längsschnittbetrachtung der Daten haben wir verzichtet, da es erstens schwierig gewesen wäre, die teilweise recht komplexe Datenstruktur noch im Längsschnittvergleich zu visualisieren. Zweitens zeigte zumindest der unmittelbare Vergleich mit den Daten von 2016 und von 2018 (die uns kurz vor Projektende noch zur Verfügung gestellt wurden) auf, dass die Veränderungen im Zeitverlauf relativ gering und jedenfalls nicht grundlegend waren. Die Daten von 2017 wurden detailliert ausgewertet und in Grafiken und Tabellen aufbereitet. Auf die Qualität der Daten hatten wir aber keinen Einfluss. Wo die Daten widersprüchlich oder unklar sind, wird in der Auswertung darauf hingewiesen. Über die Daten-Tabellen hinaus wurden uns vom TLVwA wichtige Hintergrundmaterialien zur Verfügung gestellt, unter anderem eine Liste der Aufgaben im übertragenen Wirkungskreis, die die Grundlage für unsere Systematik der Aufgabenanalyse bildete (vgl. Kapitel 5 und Anhang X). Auch standen uns Ansprechpersonen im TLVwA beratend zur Verfügung. Für diese Unterstützung sind wir sehr dankbar, da sie uns den Einstieg in die komplexe Materie wesentlich erleichterte. Weitere quantitative Informationen standen uns nicht zur Verfügung.

Neben den quantitativen Daten beruht die Analyse auf 13 Experteninterviews. Sie wurden mit unterschiedlichen Akteuren des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) leitfadengestützt geführt (vgl. Anhang IV). Die Interviews wurden als Audiofiles aufgenommen, vollständig transkribiert und vergleichend mit Hilfe der Textanalyse-Software atlas.ti ausgewertet. Sie dienen dazu, den subjektiven Blick auf die Situation des ÖGD zu spiegeln. Hierbei wurde in der Analyse unterschieden, welche Einsichten als Einzelmeinungen auftauchten und welche sich in vielen Interviews in ähnlichen Formulierungen wiederholten. Solche wiederholten Einsichten werden auszugsweise im vorliegenden Text zitiert, um nach unserem Eindruck verbreitete Einschätzungen von Mitarbeitenden in den Gesundheitsämtern zu illustrieren.

Durch die Auswahl der Interview-Orte und Interview-Personen sollte ein möglichst vielfältiges Bild der ÖGD-Situation in Thüringen abgebildet werden, um auf diese Weise eine näherungsweise Repräsentativität der relevanten Situationen und Einschätzungen zu erreichen.

Der Auswahlentscheidung wurde ein multidimensionaler Kriterienkatalog zugrunde gelegt (vgl. Anhang II). Ziel der Stichprobenauswahl war es, die verschiedenen Kriterien insgesamt möglichst breit abzubilden. Die Interview-Orte sollten die Vielfalt der Arbeitsbedingungen der Gesundheitsämter in Thüringen abbilden. Hierbei wurde erstens die Personalsituation der Gesundheitsämter berücksichtigt. Die ausgewählten Gesundheitsämter weisen sehr unterschiedliche Personalbestände auf. Des Weiteren wurde darauf geachtet, Stadt- und Landkreise sowie die verschiedenen Landesteile angemessen zu berücksichtigen. Hinsichtlich der Interview-Personen war es das Ziel, möglichst unterschiedliche Perspektiven und Erfahrungshintergründe abzubilden. Dass die Äußerungen der Interviewpersonen subjektive Einschätzungen widerspiegeln, ist eine bekannte und erwünschte Eigenschaft von Interviewdaten, die in individuellen Gesprächen erhoben werden. Die Subjektivität wird in der Summe der Interviews durch die Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven, die sich aus den beruflichen Positionen der Interviewpersonen ergeben, ausbalanciert. Zu den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern gehörten Amtsleiterinnen und Amtsleiter, aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus einzelnen Fachbereichen der Gesundheitsämter (Hygiene, Gesundheitsplanung) sowie Mitglieder der Landesärztekammer.

Die Interviews wurden in den Gesundheitsämtern von zwei kreisfreien Städten geführt (im Amt für Soziales und Gesundheit in Erfurt und im Gesundheitsamt der Stadt Suhl), in neun Landkreisen (Gotha, Kyffhäuserkreis, Nordhausen, Saale-Orla-Kreis, Saalfeld-Rudolstadt, Sömmerda, Wartburgkreis, Unstrut-Hainich-Kreis, ein weiteres Gesundheitsamt möchte nicht genannt werden) sowie in der Landesärztekammer Thüringen mit Sitz in Jena und mit einem Vertreter des Thüringer Berufsverbandes der Hygieneinspektoren e.V., der jedoch aktuell nicht mehr existiert, da er im Sommer 2019 aufgelöst wurde<sup>1</sup>.

Alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner waren ausgesprochen hilfs- und auskunftsbereit und ermöglichten es uns durch flexibles Eingehen auf unseren Terminkalender, die Datenerhebung innerhalb von 14 Tagen abzuschließen. Für diese Hilfsbereitschaft und Offenheit danken wir besonders, da wir so Einblicke in die Wirklichkeit des Arbeitsalltags in den Gesundheitsämtern gewinnen konnten, die es erst möglich machten, die statistischen Daten realitätsnah zu interpretieren.

---

<sup>1</sup> Die Ämter, in denen Interviews geführt wurden, sind auf der Karte und der Interviewliste in der Anlage aufgeführt (mit Ausnahme eines Amtes, das nicht genannt werden möchte, s. Anhang I und III)

### 3 Der ÖGD in Thüringen – institutionelle Einordnung

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) gilt in Deutschland neben dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich als dritte Säule des deutschen Gesundheitswesens und legt einen primär bevölkerungsmedizinischen Ansatz zugrunde. Während im ambulanten und stationären Versorgungsbereich private Akteure und wirtschaftliche Interessen eine erhebliche Rolle spielen, ist der ÖGD im öffentlichen Bereich verortet – mit Konsequenzen für dessen Arbeitsweise: Die Gesundheitsämter als Institutionen des ÖGD sind in den hierarchischen Aufbau der öffentlichen Verwaltung eingegliedert; das Personal wird in Angestellten- oder Beamtenverhältnisse des öffentlichen Dienstes eingestellt; wenngleich wirtschaftliche Interessen für die Aufgabenerfüllung des ÖGD nicht im Zentrum stehen sollten, unterliegt er den haushaltsrechtlichen und finanziellen Restriktionen des öffentlichen Sektors; die Aufgaben schließlich umfassen (auch) hoheitliche Aufgaben, die vom Prinzip her durch die öffentliche Hand erbracht werden sollen. Bei der Abwehr von Gefahren für die menschliche Gesundheit verfügt der ÖGD sogar über eingriffs- und ordnungsrechtliche Befugnisse, die jedoch nachträglich von den Ordnungsbehörden bestätigt werden müssen. Im deutschen Föderalismus fällt der ÖGD in den Aufgabenbereich der Länder. Dementsprechend bilden neben Bundesgesetzen wie dem Infektionsschutzgesetz (IFG) individuelle Ländergesetze über den ÖGD die Rechtsgrundlage für dessen Handeln. Sie regeln das Aufgabenspektrum, die Ziele, die Organisation und die Strukturen des ÖGD. Bundesweit lässt sich dennoch ein gemeinsamer Kernbestand an Aufgaben beobachten. Die Aufgabenbereiche des ÖGD umfassen die Gesundheitsförderung, -vorsorge und -beratung, Prävention sowie den Gesundheitsschutz und die Gefahrenabwehr, etwa im Bereich des Infektionsschutzes oder der Hygienekontrolle. Zu den konkreten Aufgaben zählen beispielsweise die Einschulungsuntersuchungen sowie "Überwachungs- und Beratungsaufgaben in den Bereichen Hygiene, Infektionskrankheiten, Arzneimittelverkehr und Umweltmedizin" (Deutscher Bundestag 2014). Dennoch unterscheiden sich die Rechtsgrundlagen der einzelnen Länder hinsichtlich ihrer Form und ihres Regelungsgehaltes erheblich (Bundesärztekammer 2014). Wesentliche Unterschiede bestehen mit Blick auf die Zuständigkeit im Verwaltungsaufbau (Landes- oder Kommunalebene) und auf den Aufgabenbestand (Umfang und Vielfalt der Aufgaben sowie Rechts- und Fachaufsicht).

Thüringen bildet insofern eine Ausnahme im Ländervergleich, als es als einziges Land kein ÖGD-Gesetz hat. Die relevante **Rechtsgrundlage** bildet bis heute die 'Verordnung über den

öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten vom 8. August 1990 in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Oktober 1998' (VO-ÖGD). Die VO-ÖGD beinhaltet die Ziele und Aufgaben des ÖGD und legt fest, dass die Aufgaben des ÖGD in den Landkreisen und kreisfreien Städten durch die Gesundheitsämter als untere Verwaltungsbehörde erfüllt werden. Besondere Strukturvorgaben zur Planung, Koordination und Steuerung des ÖGD sind in der Verordnung nicht zu finden (Deutscher Bundestag 2014; Verordnung ÖGD Thüringen 2019). Über eine Reihe von Landes- sowie Bundesgesetzen wurde seitdem der Aufgabenbestand für die Gesundheitsämter ausgeweitet.

Zu den **Institutionen des ÖGD** gehören "im Allgemeinen die staatlichen und kommunalen Gesundheitsämter, Einrichtungen der Veterinär- und Lebensmittelaufsicht sowie weitere Gesundheitsbehörden des Bundes und der Länder" (Deutscher Bundestag 2014). In Thüringen sind 22 Gesundheitsämter<sup>2</sup> (GÄ) dafür verantwortlich, die öffentliche Gesundheit zu sichern und Gefahren abzuwehren. Als untere Verwaltungsbehörden unterstehen sie in 17 Landkreisen und 5 kreisfreien Städten der kommunalen Organisationshoheit, wobei die Rechts- und die Fachaufsicht beim Land liegen. Eine Besonderheit bildet der Wartburgkreis. Hier haben sich die Städte Eisenach und Bad Salzungen zu einem gemeinsamen Gesundheitsamt mit Sitz in Bad Salzungen zusammengeschlossen. Die Personal- und Finanzierungsverantwortung für die Gesundheitsämter obliegt ebenfalls den Kommunen. Ergänzend zur VO-ÖGD wurde 1994 vom Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit eine Personalempfehlung (PE) herausgegeben, wieviel ärztliches und nicht-ärztliches Personal pro 100.000 Einwohner je Gesundheitsamt als notwendig erachtet wird, um die Aufgaben angemessen zu erfüllen (vgl. die Erläuterungen in Abschnitt 4.1.2.1.). Zur Finanzierung des ÖGD-Personals erhalten die Kommunen vom Land Zuweisungen. Diese fließen allerdings mit dem sonstigen Mehrbelastungsausgleich (für Ausgaben, die aus der Wahrnehmung übertragener staatlicher Aufgaben resultieren, worunter auch die Aufgaben der Gesundheitsämter fallen) im Rahmen des kommunalen Finanzausgleichs als pauschale steuerkraft- und umlagekraftunabhängige allgemeine Finanzausgleichszuweisungen in Form fester Pro-Kopf-Pauschalen, die gemäß § 23, Abs. 4 ThürFAG jährlich fortzuschreiben sind. Da die Mittel als nicht zweckgebundene pauschale Zuweisungen in die kommunalen Haushalte fließen, können die Kommunen sie im Prinzip auch für andere Zwecke verausgaben. Die kommunalen Arbeitgeber legen in den

---

<sup>2</sup> Die Bezeichnung für Gesundheitsämter ist an den 22 Standorten nicht einheitlich. Verwendet werden auch Bezeichnungen wie Fachdienst oder Abteilung Gesundheit (s. Anhang IV).

kommunalen Stellenplänen das Personal für die GÄ fest. Hierbei sollten sie sich an der Personalempfehlung des Landes orientieren, was jedoch häufig nicht der Fall ist (s. Abschnitt 4.1.1.1 unten). Somit wird die Kontrolle des Landes über das Personal in den GÄ nicht nur durch die mangelnde Zweckbindung der Zuweisung, sondern auch durch die kommunale Personalautonomie stark eingeschränkt. Es kann weder Einfluss darauf nehmen, wie hoch der Personalschlüssel festgelegt wird, noch in welchem Umfang die zugewiesenen Mittel tatsächlich für Personal der GÄ verausgabt werden.<sup>3</sup>

Während die Personal- und Organisationshoheit für die Gesundheitsämter bei den Kommunen des Landes liegt, hat das Thüringer Landesverwaltungsamt (TLVwA) die Rechts- und Fachaufsicht inne, wobei es sich die Fachaufsicht in den Bereichen der Hygieneaufsicht und des Wasserschutzes mit dem Landesamt für Verbraucherschutz (TLV) teilt. Oberste Fachaufsichtsbehörde ist das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (TMASGFF). Die geteilte Zuständigkeit zwischen verschiedenen Behörden und Ebenen erschwert die koordinierte Aufgabenerfüllung und Außendarstellung des ÖGD.

Der **Aufgabenbestand** der Gesundheitsämter wird zum überwiegenden Teil bestimmt durch Aufgaben im übertragenen Wirkungskreis, also Aufgaben, die sich aus der Bundes- und Landesgesetzgebung ergeben. Der weitaus geringere Teil der Aufgaben sind pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben im Rahmen der Kommunalautonomie. In Thüringen wird durch die VO-ÖGD ein Kernbestand an Aufgaben festgelegt.<sup>4</sup> Darüber hinaus haben spätere Fachgesetze weitere Aufgabenbereiche für den ÖGD geschaffen, bspw. das (Bundes-)Infektionsschutzgesetz, das 2001 das Bundesseuchengesetz ablöste, oder das Thüringer Prostitutionsschutzgesetz von 2017. Im Bereich des Gutachterwesens haben bspw. beamtenrechtliche Normen den Aufgabenbestand erweitert. Neuere Schul- und Kindertagesstättengesetze legten Verpflichtungen für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst fest. Schließlich können auch die Städte oder Landkreise im Rahmen des Interpretationsspielraums, den die VO-ÖGD belässt, weitere Aufgaben oder Aufgabenbereiche den Gesundheitsämtern zuweisen. Insgesamt lässt sich somit seit 1990 ein deutliches Aufgabewachstum konstatieren, das sich aus zwei

---

<sup>3</sup> Vgl. die Erläuterungen in LT-Drs. 6/7462 vom 03.07.2019.

<sup>4</sup> Die Kernaufgaben gemäß VO-ÖGD sind nur recht allgemein beschrieben: 1) Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz; 2) Gesundheitsbeobachtung und umweltbezogener Gesundheitsschutz; 3) Hygieneüberwachung; 4) Infektionsschutz; 5) Schutzimpfungen 6) Seuchenprävention sowie 7) Gesundheits- und Verbraucherschutz, Trinkwasser- und Lebensmittelüberwachung sowie Überwachung von Arznei- und Suchtmitteln. Darüber hinaus erfüllen die Gesundheitsämter noch die Medizinalaufsicht, das amtsärztliche Gutachterwesen, Kinder- und Jugendärztliche Dienste (KJÄD) sowie der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst (KJZÄD), Beratung und Betreuung Behinderter sowie zuletzt sozialpsychiatrische Dienste.

Quellen speist: einerseits aus der Ausweitung des Aufgabenbestandes; andererseits aus der Zunahme an Arbeit/ Fällen in den existierenden Aufgabenbereichen. Schließlich hat der demografische Wandel in Thüringen in den vergangenen 30 Jahren ebenfalls zu einer Verschiebung von Aufgabenschwerpunkten geführt. Diese Veränderungen bedingen einen gegenüber der Personalempfehlung von 1994 tendenziell gestiegenen Personalbedarf, der genauer spezifiziert werden muss.

Die regionale Verteilung der Gesundheitsämter in Thüringen bringt unterschiedliche Aufgabenschwerpunkte und Arbeitsbedingungen mit sich. Während in den Stadtkreisen eine relativ höhere Bevölkerungsdichte eine große Aufgabenvielfalt mit sich bringt, sind die ländlichen Regionen teilweise deutlich dünner besiedelt und haben unterschiedliche Aufgabenschwerpunkte. Manche Aufgaben – bspw. Drogenberatung – sind in einigen Landesteilen von untergeordneter Bedeutung. Tendenziell würde man vermuten, dass die ländlicheren Ämter im Vergleich zu den Städten größere Schwierigkeiten haben, geeignetes Personal für ihre Aufgabenerfüllung zu gewinnen und zu halten. Diese Erwartung wird durch die aktuellen Zahlen in den Thüringer GÄ jedoch nicht bestätigt.

## 4 Bestandsanalyse der Situation des ÖGD in Thüringen

Gemäß dem Auftrag des Landtags (LT-Drs. 6/2632) wird zunächst eine Bestandsanalyse hinsichtlich der personellen (Kapitel 4.1) sowie der materiell-technischen Ausstattung einschließlich Hard- und Software (Kapitel 4.2) der Gesundheitsämter in Thüringen durchgeführt. Datengrundlage für diese Analyse sind primär die Daten der Jahresberichterstattung zum Stand 31.12.2017 (im Folgenden JBE), die vom TLVwA gesammelt werden. Ergänzend werden Informationen aus den Interviews sowie aus weiteren Dokumenten herangezogen. Diese Informationen werden im Text durch Quellenverweise belegt.

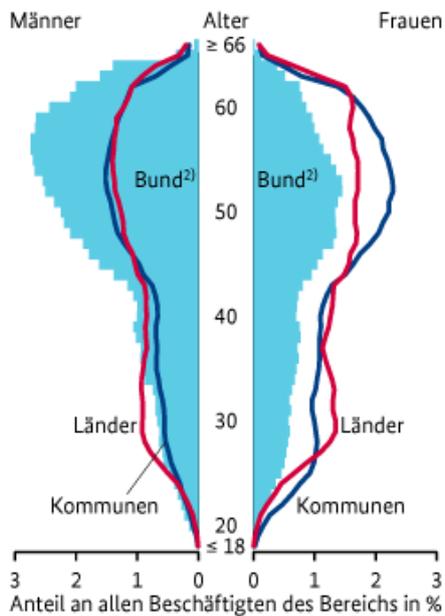
### 4.1 Personalausstattung

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist in ganz Deutschland dadurch, dass er an der Schnittstelle zwischen dem Gesundheitssystem und der öffentlichen Verwaltung steht, in dreifacher Hinsicht von allgemeinen Trends in der Bevölkerungsentwicklung sowie der Arbeitsmarktentwicklung betroffen. **Erstens** erlebt der Gesundheitssektor aktuell eine Phase des Ärztemangels. Selbst in Krankenhäusern und Arztpraxen wird es zunehmend schwierig, qualifiziertes ärztliches Personal zu finden. Wenngleich in Deutschland nur etwa 0,5 Prozent der Beschäftigten des Gesundheitswesens im ÖGD arbeiten, ist er in besonderem Maße vom allgemeinen Ärztemangel betroffen. In den letzten 18 Jahren ging die Zahl der in den Gesundheitsämtern tätigen Ärztinnen und Ärzte um rund ein Drittel zurück (Kaduszkiewicz et al. 2018). **Zweitens** leidet der öffentliche Dienst allgemein unter der zunehmenden Schwierigkeit, qualifizierten Nachwuchs zu rekrutieren. Infolge des demografischen Wandels verschiebt sich die Altersstruktur im öffentlichen Dienst hin zu den älteren Kohorten, die in den kommenden Jahren in großer Zahl in den Ruhestand eintreten werden (vgl. Abbildung 1). Um qualifizierte Absolventinnen und Absolventen aus den deutlich geburtenschwächeren jüngeren Jahrgängen konkurriert der öffentliche Dienst als Arbeitgeber mit dem privatwirtschaftlichen Sektor, der in vielerlei Hinsicht attraktivere Arbeitsbedingungen bieten kann (Rieck 2014). Dieses Problem zeigt sich auch bei den Fachärzten im ÖGD, die im Schnitt zunehmend älter werden, wohingegen zu wenig Nachwuchs ausgebildet wird. **Drittens** ist eine Begleiterscheinung des demografischen Wandels eine regionale Bevölkerungsverteilung weg von den ländlichen und hin zu den städtischen Regionen. Dies betrifft Thüringen, ähnlich wie die anderen ostdeutschen Länder, in besonderem Maße (vgl. Abbildung 2). Gesundheitsämter in ländlichen Landkreisen stehen daher vor der Herausforderung, unter vielfach erschwerenden Bedingungen qualifiziertes Personal zu rekrutieren und zu halten.

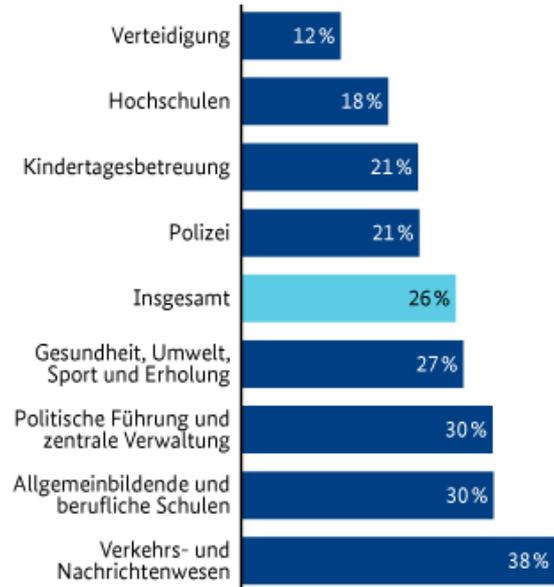
Abbildung 1: Altersstruktur im öffentlichen Dienst

**Altersstruktur der Beschäftigten im öffentlichen Dienst nach Bereichen, 2016**

Altersstruktur nach Beschäftigungsbereichen<sup>1)</sup>



Anteil der über 55-Jährigen an allen Beschäftigten in ausgewählten Aufgabenbereichen



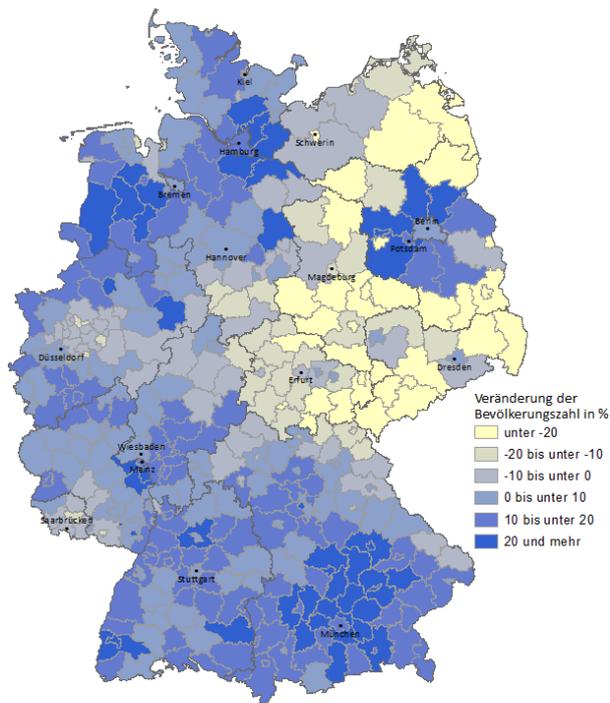
1) ohne Personal in Ausbildung. 2) ohne Berufs- und Zeitsoldaten  
 Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Berechnungen: BiB

© BiB 2017 / demografie-portal.de

Quelle: demografie-portal<sup>5</sup>

Abbildung 2: Räumliche Bevölkerungsentwicklung 1990-2017

Bevölkerungswachstum nach Kreisen, 1990-2017



Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Berechnungen: BiB  
 Geometrische Grundlage: © Geobasis-DE / BKG (2018)

© BiB 2018 / demografie-portal.de

Quelle: demografie-portal<sup>6</sup>

<sup>5</sup> [https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Oeffentlicher\\_Dienst\\_Alterstruktur.html](https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Oeffentlicher_Dienst_Alterstruktur.html), zuletzt aufgerufen am 01.08.2019.

<sup>6</sup> <https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Bevoelkerungswachstum-Gemeinden-Kreise.html>, letzter Aufruf 01.08.2019.

#### 4.1.1 Soll-Ist-Vergleich der personellen Ausstattung

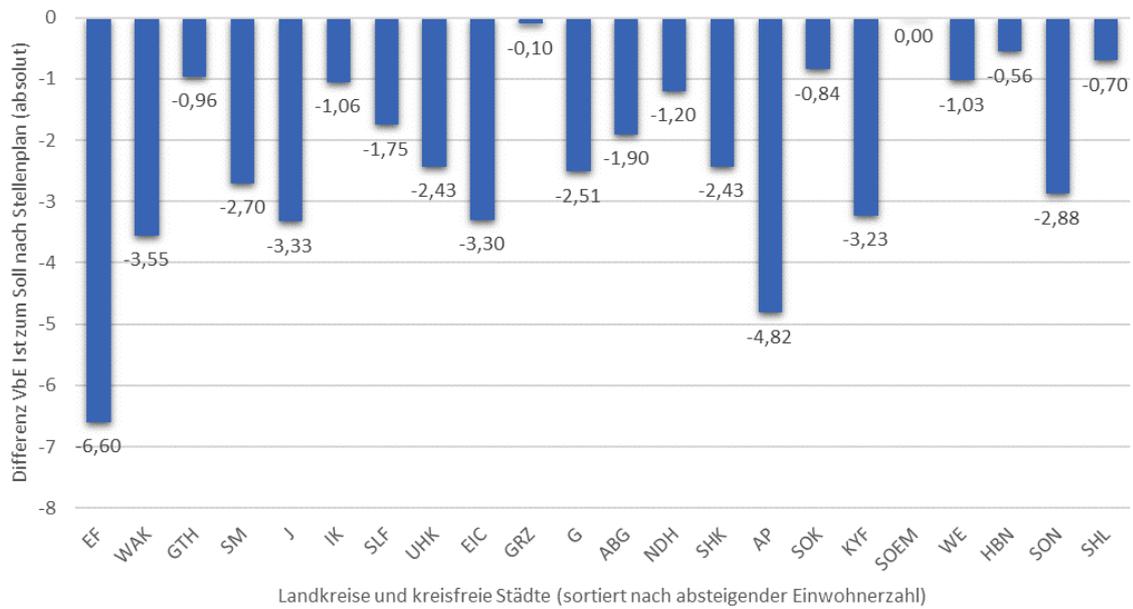
Die Bestandsaufnahme der personellen Ausstattung basiert für die Soll-Werte als Referenzgröße überwiegend auf den **kommunalen Stellenplänen**. Mit den Stellenplänen orientieren sich die kommunalen Arbeitgeber teilweise, aber nicht notwendig an der Personalempfehlung des Landes von 1994. Die Stellenbesetzungen werden in so genannten 'Vollbeschäftigteinheiten' (VbE) ausgewiesen, die die Kalkulation des Personalbedarfs unabhängig davon ermöglichen, ob einzelne Personen in Voll- oder in Teilzeit arbeiten. Zwei Personen, die jeweils eine 50 %-Stelle haben, ergeben demnach ebenfalls eine VbE. Die PE wird von vielen Mitarbeitenden des ÖGD als veraltet eingeschätzt. Angesichts des quantitativen und qualitativen Aufgabenwachstums in den vergangenen 25 Jahren ist anzunehmen, dass der Personalbedarf gegenüber den Empfehlungen deutlich gestiegen sein dürfte. Auch die in einigen Regionen des Landes rückläufige Bevölkerungszahl dürfte diesen Trend nicht vollkommen kompensieren. Bezüglich der Ist-Werte haben Interviews in den Gesundheitsämtern im Mai 2019 Hinweise ergeben, dass seit dem hier berücksichtigten Stichtag (31.12.2017) weitere unbesetzte Stellen hinzugekommen sind. Der hier ausgewiesene Soll-Ist-Vergleich wird daher den realen Personalmangel tendenziell unterschätzen.

##### 4.1.1.1 Regionale Verteilung

Die allgemeine personelle Entwicklung des ÖGD auf Bundesebene spiegelt sich deutlich in den Thüringer Gesundheitsämtern wider. Fast alle Gesundheitsämter leiden unter teilweise massiven Personalengpässen. Wie Abbildung 3 zeigt, waren in den 22 Gesundheitsämtern der Landkreise und kreisfreien Städte in Thüringen im Jahr 2017 auf Basis der Stellenpläne insgesamt **47,88 Stellen (VbE) unbesetzt**. Im Durchschnitt fehlen pro Amt damit über 2,1 Stellen.

Hierbei gibt es durchaus regionale Unterschiede. Während Sömmerda im Aggregat einen ausgeglichenen Personalbestand aufweist und Gotha, Greiz, Hildburghausen, der Saale-Orla-Kreis sowie Suhl jeweils nur insgesamt unter einer VbE unterbesetzt sind, führt die Landeshauptstadt Erfurt die Liste des Personalmangels an. Dort fehlen derzeit vier Ärztinnen oder Ärzte. Weitere 2,6 Stellen sind im nichtärztlichen Bereich nicht besetzt. Im Gesundheitsamt Weimar Land (Apolda) fehlt das Personal für 4,82 Stellen, im Wartburgkreis, in Jena, in Eichsfeld und im Kyffhäuserkreis sind es immerhin noch über 3 Stellen.

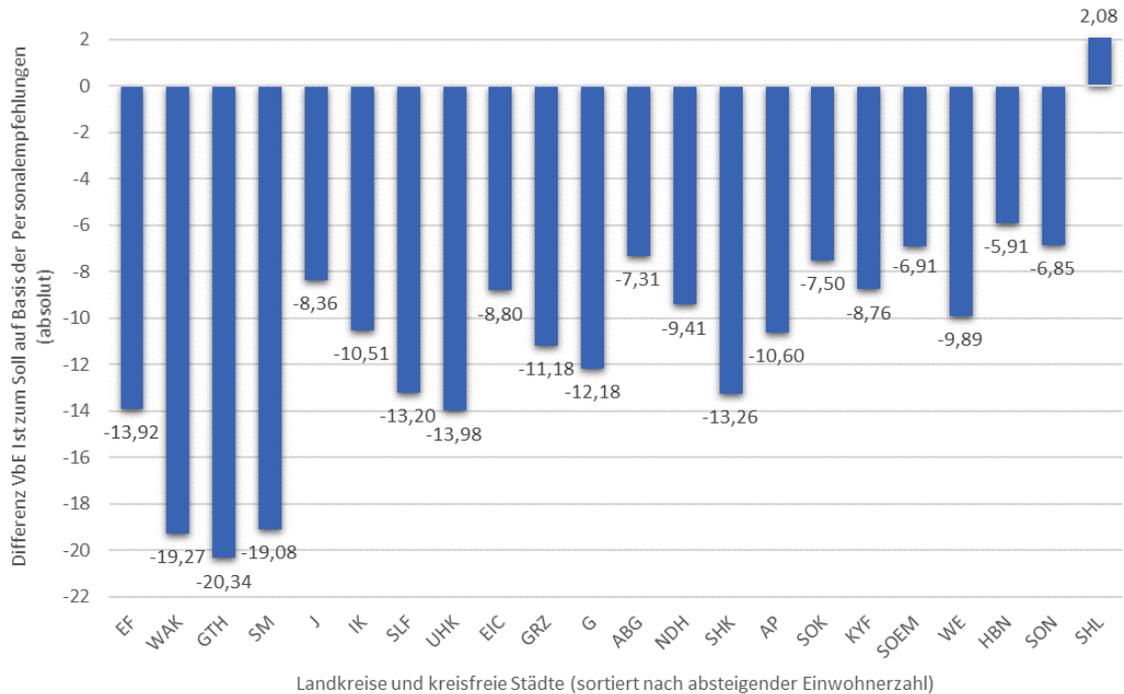
Abbildung 3: Soll-Ist-Vergleich des Personalbestandes auf Basis der Stellenplans in den Landkreisen und kreisfreien Städten (absolute Zahlen)



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Jahresberichterstattung der Gesundheitsämter aus dem Jahr 2017

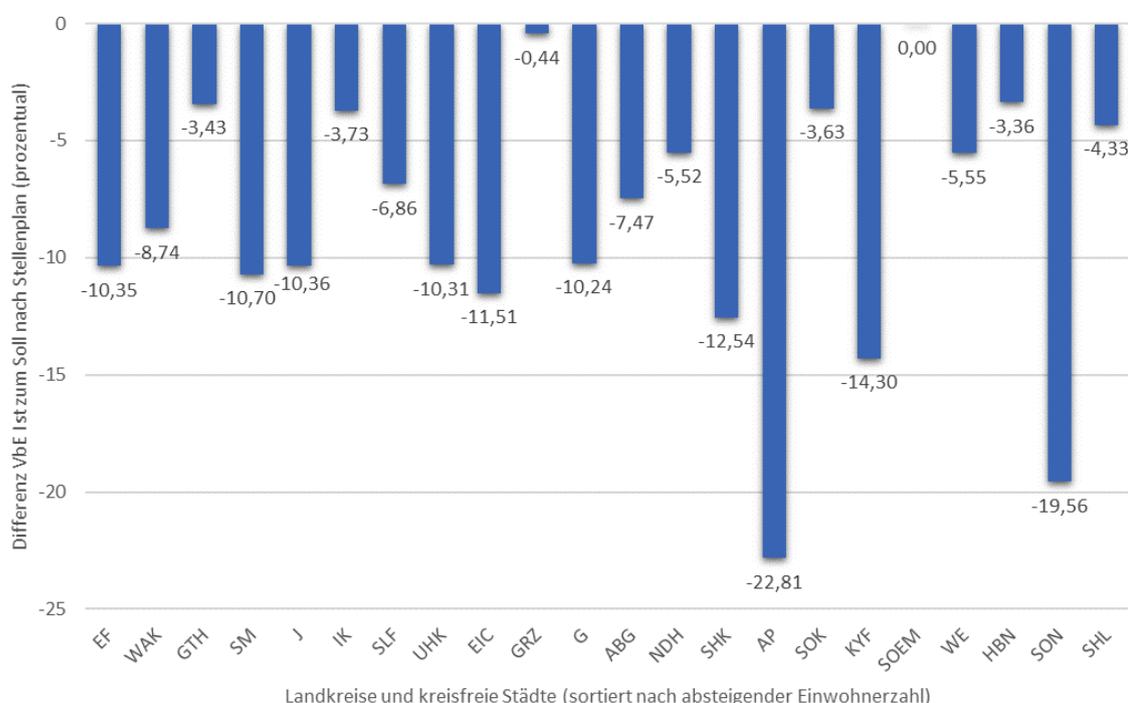
Um zu untersuchen, in welchem Umfang die kommunalen Stellenpläne von der Personalempfehlung des Landes abweichen, haben wir hier die gleiche Information – die Abweichung in absoluten VbE – mit Bezug zur PE zusammengestellt.

Abbildung 4: Soll-Ist-Vergleich des Personalbestandes auf Basis der Personalempfehlungen in den Landkreisen und kreisfreien Städten (absolute Zahlen)



Wie Abbildung 4 zu entnehmen ist, sind insgesamt im Vergleich zur PE in Thüringen **235,14 Stellen nicht besetzt**. Das entspricht fast dem **Fünffachen der Differenz** zu den kommunalen Stellenplänen. Es zeigt sich, dass die Abweichungen von der PE in fast allen Landkreisen und Städten um ein Vielfaches größer sind als vom kommunalen Stellenplan. Nur Suhl liegt über der PE.<sup>7</sup> Die großen Unterschiede zwischen den Personalanforderungen der kommunalen Stellenpläne und der PE geben Anlass, deren Hintergründe zu hinterfragen. Eine mögliche Interpretation ist, dass die PE zu viel Personal für die Gesundheitsämter vorsieht; die alternative Interpretation deutet an, dass die Kommunen (etwa aus Spargründen) weniger Personal für die Gesundheitsämter vorsehen, als eigentlich fachlich geboten wäre.

Abbildung 5: Soll-Ist-Vergleich des Personalbestandes in den Landkreisen und kreisfreien Städten (Anteile am Soll nach Stellenplan)



Da die Abweichungen in absoluten Zahlen immer auch davon abhängen, wie viele Stellen für ein Gesundheitsamt vorgesehen sind, werden hier die Anteile an den Soll-Stellen der kommunalen Stellenpläne dargestellt. Wie Abbildung 5 zeigt, liegt der Personalmangel über alle Stellen in vielen Gesundheitsämtern um 10 %, in Weimar Land und Sonneberg sogar um

<sup>7</sup> Aus den Zahlen des TLVwA geht nicht klar hervor, ob die Referenzangaben 'Soll gemäß PE' auf die jeweils aktualisierten Bevölkerungsdaten angepasst werden. Sollte dies nicht oder zeitverzögert geschehen, könnte eine Erklärung für den Wert in Suhl in seinem überdurchschnittlichen Bevölkerungsrückgang liegen. Gemäß den Angaben des Demografieportals erlitt Suhl zwischen 1990 und 2017 den bundesweit größten Bevölkerungsrückgang mit einem Verlust von 39 % der Einwohner.

20 %. Bildet man im Vergleich hierzu die relative Differenz der besetzten Stellen zu den jeweiligen Personalempfehlungen des Landes, kommt man bei Weimar Land auf ein Defizit von nahezu 40 %, in Erfurt auf rund 20 %.

Insgesamt verdeutlichen die Zahlen der regionalen Verteilung einen nahezu flächendeckenden, teilweise gravierenden Personalmangel, wenn als Referenzgröße die Stellen (in VbE) der kommunalen Stellenpläne herangezogen werden. Vergleich man den Personalbestand in den einzelnen GÄ mit den PE von 1994, erscheint der Personalmangel noch wesentlich größer.

#### *4.1.1.2 Verteilung nach Besoldungsstufen bzw. deren Äquivalenten in Gehaltsgruppen*

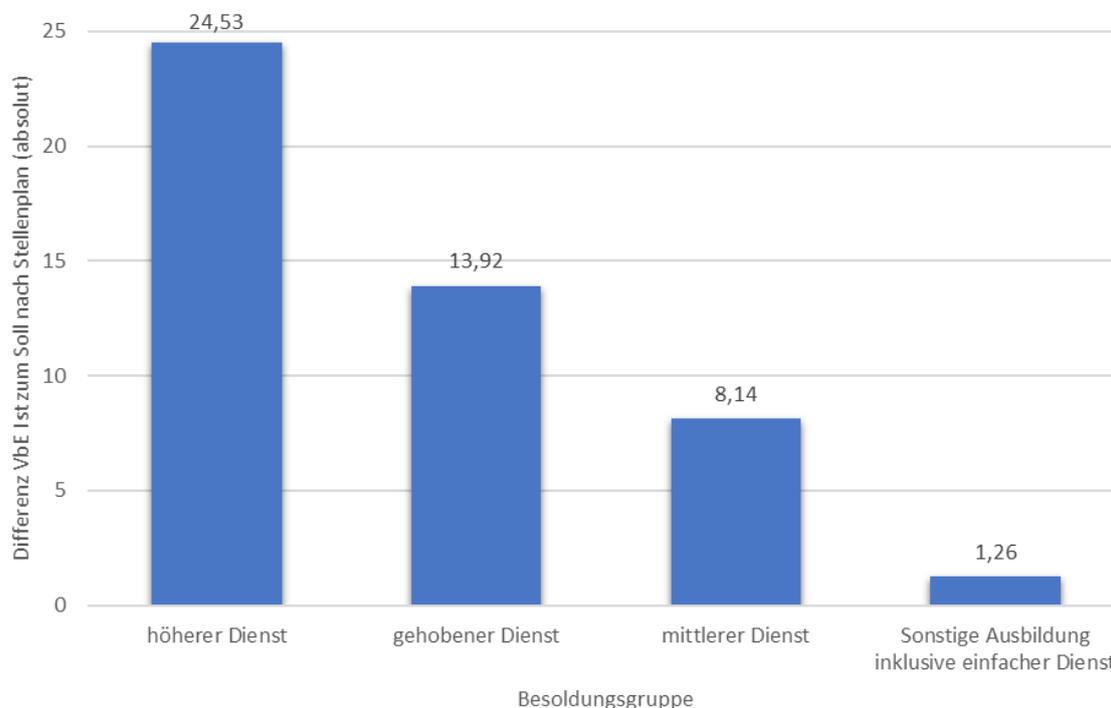
Im vorigen Abschnitt wurde die regionale Verteilung für alle Gesundheitsämter in Thüringen über die Gesamtzahl der Stellen (in VbE) dargestellt. Hierbei ist aber nicht erkennbar, auf welchen Hierarchie-Ebenen innerhalb der Gesundheitsämter und in welchen Berufsgruppen Personal fehlt. Zunächst wird hier der Personalbestand nach Besoldungsstufen (bei Beamtinnen und Beamten) bzw. deren äquivalenten Gehaltsgruppen bei Angestelltenverhältnissen analysiert. Hier zeigt sich, dass der größte Mangel bei den am höchsten qualifizierten und besoldeten Personalstellen besteht. Im höheren Dienst werden vor allem die Ärztinnen und Ärzte (auch Psychologen) beschäftigt, außerdem Sozialwissenschaftler, Heil- und Sozialpädagogen. Gemäß den Stellenplänen sollen in Thüringen insgesamt 105,08 Ärzte, 23,41 Zahnärzte, 4,9 Psychologen, 4 Sozialpädagogen sowie 3 sonstige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des höheren Dienstes eingestellt werden. Doch fehlen im höheren Dienst über alle Gesundheitsämter 24,53 der insgesamt vorgesehenen 140,38 Soll-Stellen, das ist im Schnitt mehr als eine volle Stelle je Amt und ein Anteil von 17,5 %.<sup>8</sup> Wenngleich der Personalmangel über die Qualifikationsstufen hinweg abnimmt, zeigt sich, dass auf allen Dienstebenen Personal fehlt. Im gehobenen Dienst, der im Wesentlichen durch Hygieneingenieure und medizinische Assistenzberufe mit abgeschlossener Berufsausbildung gebildet wird, beträgt der Mangel 13,92 Stellen an 139,94 Soll-Stellen insgesamt oder rund 0,6 Stellen je Amt bzw.

---

<sup>8</sup> Die hier angegebenen Zahlen aus der JBE stimmen nicht vollständig mit den Angaben des Thüringer Ministeriums für Inneres und Kommunales (LT-Drs. 6/4909) überein. Dies kann an den unterschiedlichen Stichtagen liegen – der JBE liegt als Stichtag der 31.12.2017 zugrunde, der LT-Drs. 6/4909 der 30.06.2017. Es können aber auch schlicht Fehler in der Datenerhebung oder -weitergabe entstanden sein, die sich an dieser Stelle jedoch nicht nachvollziehen lassen.

10 %. Auch im mittleren Dienst sind immerhin noch 8,14 der 236,13 Soll-Stellen (3 %) und im einfachen Dienst 1,26 der 43,63 Soll-Stellen (3 %) unbesetzt.<sup>9</sup>

Abbildung 6: Soll-Ist-Vergleich der Besoldungsgruppen auf Basis des Stellenplans (absolute Zahlen)

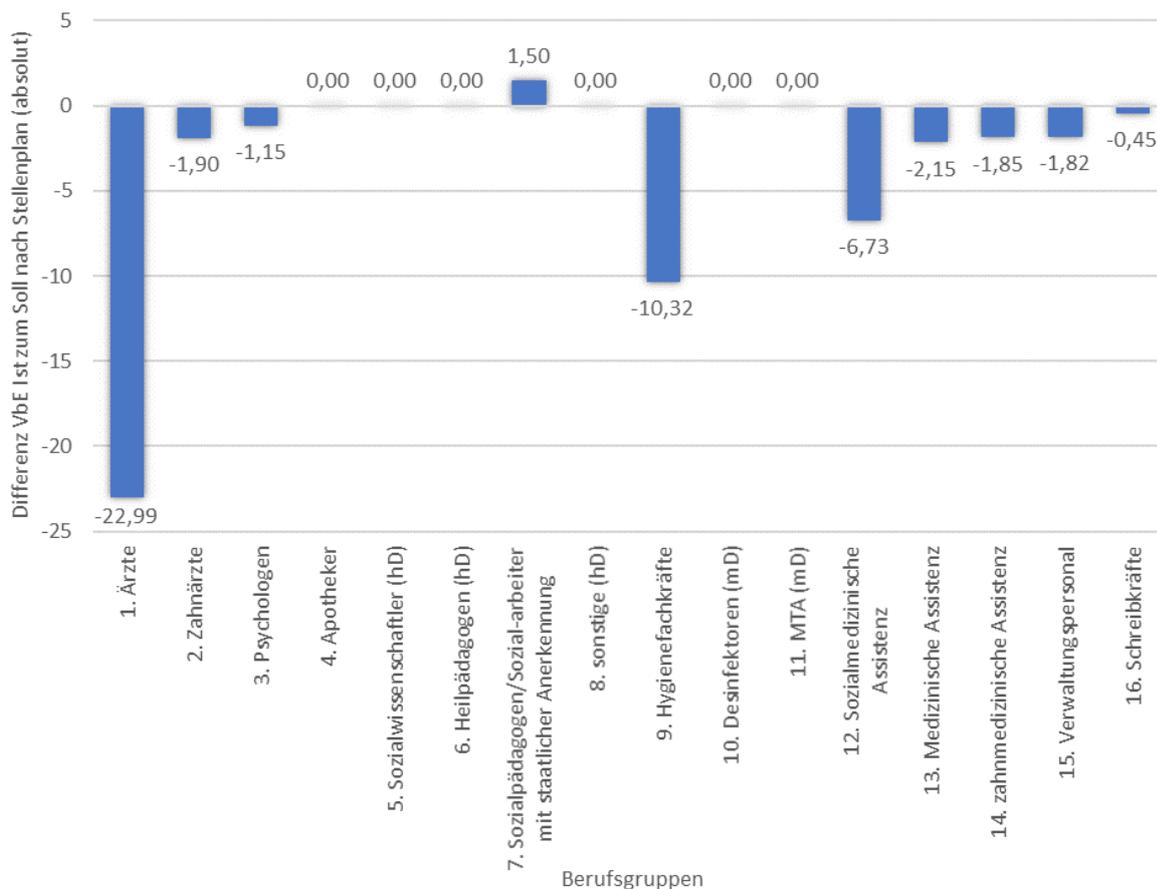


#### 4.1.1.3 Verteilung nach Berufsgruppen

Die Übersicht der Verteilung der nicht besetzten Stellen nach Berufsgruppen verdeutlicht den Befund, dass der Mangel sich auf bestimmte Berufsgruppen konzentriert. Wie aus Abbildung 7 hervorgeht, liegt das Hauptproblem bei den Ärzten. Dort sind knapp 23 Arztstellen und damit 22 % der gemäß Stellenplänen vorgesehenen VbE nicht besetzt. Bei den anderen Berufsgruppen der höheren Dienstes fällt der Befund deutlich moderater aus. Die zweite Problemgruppe stellen offensichtlich die Hygienefachkräfte und die sozialmedizinischen Assistenzen dar. Dort sind knapp 10,3 und 6,7 Stellen respektive nicht besetzt. Für die Amtsärztinnen und Amtsärzte bedeuten die Personalengpässe eine erhebliche Mehrbelastung, da sie neben der Amtsleitung und ihren eigenen ärztlichen Tätigkeiten auch noch Aufgaben aus den anderen fachärztlichen Diensten übernehmen müssen.

<sup>9</sup> Die Soll-Stellen wurden aus Tabelle I 1.1 Personal GÄ.xlsx der JBE-Daten errechnet. Allerdings wurden vom TLVwA in der Summenbildung für den mittleren Dienst die Werte der Zeile 42 nicht berücksichtigt. Dies haben wir an dieser Stelle korrigiert, wodurch sich teilweise Abweichungen zu anderen Werten in diesem Kapitel ergeben.

Abbildung 7: Soll-Ist-Vergleich nach Berufsgruppen (absolute Zahlen)<sup>10</sup>



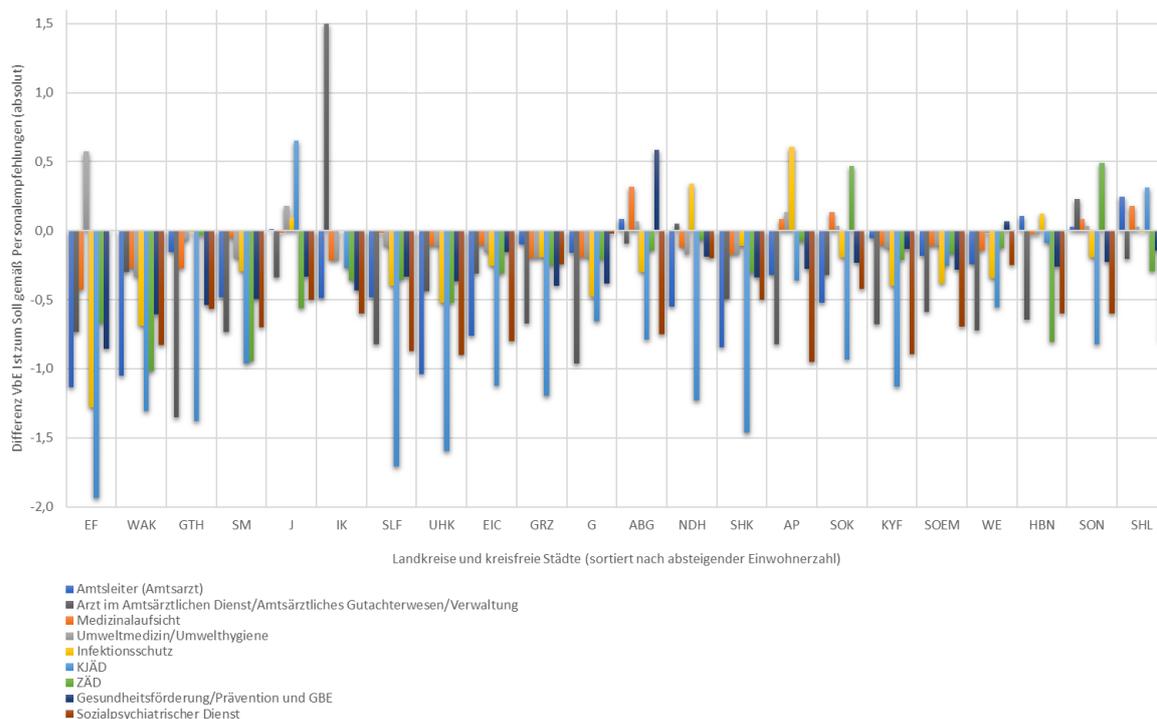
#### 4.1.1.4 Verteilung nach Fachbereichen und Gesundheitsämtern

Als letzter Aspekt der deskriptiven Betrachtung der Personalausstattung wird hier die Stellenbesetzung in einzelnen Fachbereichen, gegliedert nach Gesundheitsämtern, dargestellt. Die **Referenzgrößen** für die Berechnung der Differenzen in Abbildung 8 basieren in diesem Fall **nicht** auf den **kommunalen Stellenplänen**, sondern auf der **PE**. Die Fachbereiche spiegeln das Aufgabenspektrum der ÖGD; somit liefert diese Übersicht bereits einige visuelle Hinweise dafür, dass eine regionale Differenzierung von Aufgaben bzw. die Zusammenlegung von Personal benachbarter Gesundheitsämter für manche Aufgaben sinnvoll sein könnte. Zwar fällt der Personalüberschuss, wo vorhanden, gering aus – abgesehen von einhalb Amtsarztstellen im Ilm-Kreis finden sich einige wenige Fälle von einer halben Stelle Überschuss. Aber auch diese Kapazitäten könnten ggf. sinnvoll an benachbarte GÄ 'ausgeliehen' werden. So könnte bspw. der Kinder- und Jugendärztliche Dienst in Jena im Saale-Holz-

<sup>10</sup> Die Zahlen in den aggregierten Tabellen des TLVwA wurden hier korrigiert, da offensichtlich in der Summenbildung Werte vergessen wurden.

land-Kreis aushelfen oder das Personal für den Infektionsschutz in Weimar Land auch fallweise Aufgaben für Weimar Stadt erledigen. Solche Kooperationen werfen natürlich dienst- und aufsichtsrechtliche sowie finanzielle Fragen auf, die einfacher gelöst werden könnten, wenn die Personalhoheit beim Land anstatt bei den Kommunen angesiedelt wäre. Wichtig ist es zunächst, solches Kooperationspotenzial zu erkennen und Möglichkeiten zu suchen, um Synergieeffekte zu nutzen.

Abbildung 8: Nicht besetzte ärztliche Stellen in den einzelnen Fachbereichen der Gesundheitsämter<sup>11</sup>



#### 4.1.1.5 Folgen der personellen Unterbesetzung

Dass ein fast flächendeckender Personalmangel in den Gesundheitsämtern – über Landkreise und Städte, Qualifikationsstufen und Einsatzbereiche hinweg – negative Folgen für die Qualität und Quantität der Aufgabenerfüllung mit sich bringt, liegt auf der Hand.

*"Das größte Problem ist, dass wir seit Jahren nachweislich die uns durch verschiedene Rechtsnormen zugewiesenen Pflichtaufgaben nicht erfüllen können und wenn man nach der Ursache fragt, ist es ganz klar Personalmangel. Das ist das Hauptproblem."*

<sup>11</sup> Die Differenz zwischen Soll und Ist errechnet sich in dieser Darstellung nicht auf Basis des Vergleichs mit den kommunalen Stellenplänen, sondern mit der Landespersonalempfehlung. Dies erklärt, warum Sömmerda zwar in Abbildung 3 und Abbildung 5 keinen Personalmangel aufweist, aber hier in allen Fachbereichen ein Defizit hat.

Insbesondere, aber nicht nur der Ärztemangel ist das vordringliche Problem. Dies gilt zum einen für die Amtsleitung:

*"Ja, sie müssen beides sein. Also in dem Fall ist es hier so, dass Amtsleiter und Amtsarzt in einer Person sind, es aber nicht machbar ist, beides vollständig auszuführen. Es funktioniert einfach nicht, zeitlich nicht, weil der Tag nur 24 Stunden hat."*

Es gilt aber auch für andere fachärztliche Dienste und Aufgabenbereiche:

*"Überhaupt nicht erfüllen tun wir weitgehend oder fast gar nicht die Gesundheitsberichterstattung und Prävention, weil schlichtweg keiner da ist. ... Wir sind nicht in der Lage vollumfänglich die Überwachungsaufgaben im Bereich der Hygiene zu übernehmen. Da reicht die Ausstattung einfach nicht hin. Im Bereich des sozialpsychiatrischen Dienstes wie gesagt erfüllen wir die Krisenintervention, es geht, auch wenn mir der Arzt fehlt. Eigentlich kann ich es nicht vollumfänglich erfüllen, weil ich einfach keinen Arzt habe. Da helfen wir uns auch mit Hilfskonstrukten, es geht irgendwie. Im Bereich des amtsärztlichen Dienstes habe ich alles abgewählt, was keine Pflichtaufgaben sind. Das heißt, schlichtweg erfülle ich fast nur noch die Dienstfähigkeiten und die Beamtenuntersuchungen, die anderen Sachen übernehmen ehemalige Kollegen, die stundenweise arbeiten."*

*"Ich schaffe die durch die Schulgesundheitspflegeverordnung in Thüringen vorgegebenen Reihenuntersuchungen der vierten und achten Klassen definitiv nicht, weil ärztliche Anteile in dem Bereich fehlen, seit Jahr und Tag."*

Besonders problematisch ist es, diejenigen Aufgaben zu erfüllen, die nicht strikt verpflichtend vorgegeben sind, wie beispielsweise die Netzwerkbildung. Obwohl die Bildung und Pflege der MRE-Netzwerke in den Interviews durchgehend als wichtig angesehen wurde, fällt sie weitgehend dem Personalmangel zum Opfer:

*"Und das MRE-Netzwerk, das ist im Moment mehr oder weniger ruhend. Das haben wir zwar gegründet, aber das ist eigentlich nie zum Laufen gekommen, weil ... da eigentlich nie eine kontinuierliche ärztliche Besetzung war. Das musste ich dann auch immer noch so nebenbei mitbetreuen."*

*"Wir haben ja nicht mal Personal dazu. Ich habe ja niemanden, der das Netzwerk unterhält. Das ist ja unser Problem. Wir müssen jetzt erst einmal schauen, dass wir in Zusammenarbeit mit unserem Personalamt schauen, was wir da noch im Plan regeln können, dass wir eine Person bekommen, die sich auch darum wieder kümmert. Denn die vorhergehende Person ist in Ruhestand gegangen und im Endeffekt war ich noch da. Mehr gibt es nicht, die das MRE-Netzwerk zum Beispiel unterhalten soll."*

*"Es gibt in Thüringen eine Thüringer Medizinische Hygieneverordnung, ... die den Gesundheitsämtern die Aufgabe zuweist, MRE-Netzwerke zu etablieren. Das habe ich definitiv nicht, weil, wie gesagt, da fehlt es einfach an ärztlicher Ressource, definitiv."*

Auch der Mangel auf Ebene der Verwaltungsmitarbeiter beeinträchtigt in qualitätsgefährdender Weise die Arbeit der Gesundheitsämter, da beispielsweise die Amtsleiter bei der Erfüllung ihrer administrativen Tätigkeiten stark auf die verwaltungstechnische Unterstützung angewiesen sind. In der Praxis lässt sich die Verwaltungsarbeit nicht vollständig von der Amtsleitung trennen, da die Amtsleiterin oder der Amtsleiter das Gesundheitsamt nach außen vertritt und gegenüber anderen Gremien, wie dem Kreistag oder dem Stadtrat, sowohl über medizinische als auch verwaltungstechnische Vorgänge Auskunft geben muss. Gut qualifizierte Verwaltungsfachkräfte können die Amtsleitung entlasten, indem sie sie bspw. bei der Durchführung von Verwaltungsakten unterstützen oder die Umsetzung neuer Gesetze planen.

Schließlich leidet auch die Netzwerkarbeit auf den nicht-ärztlichen Arbeitsebenen unter dem Personalmangel. Dies illustriert bspw. die Arbeit des Thüringer Berufsverbandes der Hygieneinspektoren e.V. (TBH e.V.), der zwar eine freiwillige berufsständische Vereinigung ist und somit nicht unmittelbar in das Aufgabenspektrum der GÄ fällt, der sich aber aus den Hygieneinspektoren rekrutiert und im Prinzip sinnvolle Dienstleistungen für die Verbesserung der Arbeit der GÄ anbietet. Der Verband hatte sich 2014 als Landesverband des Bundesverbands der Hygieneinspektoren e.V. gegründet, um den fachlichen Erfahrungsaustausch innerhalb des Landes sowie mit den anderen Bundesländern zu fördern. Da die Mitgliedschaft und Tätigkeit ehrenamtlich ist, gelang es zuletzt nicht mehr, beschlussfähige Mitgliederversammlungen einzuberufen, und der Verband wurde im Sommer 2019 aufgelöst.

#### **4.1.2 Ursachen des Personalmangels**

Der deutlichste Befund der Bestandsanalyse ist ein erheblicher Personalmangel im ÖGD in Thüringen. Bei der Neu- und Nachbesetzung freier Stellen haben die Gesundheitsämter zunehmend Probleme. Insbesondere gestaltet sich die Besetzung von Arztstellen immer schwieriger. Trotz zahlreicher Ausschreibungen gibt es nur wenige oder häufig gar keine Bewerberinnen und Bewerber. Dies gilt insbesondere für die Fachärzte wie bspw. den Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen, für Psychiatrie oder für Hygiene- und Umweltmedizin. Auch an Kinder- und Jugendärzten herrscht Mangel. Das Ausmaß des Mangels variiert zwischen Tarifgruppen, zwischen fachspezifischen Qualifikationsanforderungen sowie zwischen

Standorten. Einige gemeinsame Ursachen des Mangels lassen sich dennoch identifizieren, die bereits erste Hinweise auf Handlungsmöglichkeiten bieten. So ist es einerseits schwierig, qualifiziertes Personal zeitnah zu gewinnen, um freie Stellen zu besetzen. Diese Schwierigkeit rührt aus administrativen Problemen, aus Attraktivitätsproblemen und aus Qualifikationsproblemen. Andererseits wird es zusehends schwieriger, das vorhandene Personal zu motivieren, weiter zu entwickeln und auf den Stellen zu halten. Beide Aspekte des Personalproblems werden, wie oben ausgeführt, durch den Generationenwechsel im öffentlichen Dienst verschärft, aufgrund dessen aktuell und in naher Zukunft große Zahlen von Bediensteten altersbedingt ausscheiden (werden).

#### **4.1.2.1 Gestiegener Personalbedarf**

Grundsätzlich haben die Kommunen die Personalautonomie. Dementsprechend können sie die Stellenpläne für die Gesundheitsämter weitgehend frei gestalten, allerdings nur, sofern sie in der Lage sind, die ihnen übertragenen Aufgaben zu erfüllen, wie aus den Personalempfehlungen hervorgeht, die den Thüringer Landräten und Oberbürgermeistern am 8. August 1994 in einem Brief des damaligen Ministerialdirigenten Herrn Dr. Falk Oesterheld vom Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit zugestellt wurden.

*"Im Rahmen der Fachaufsicht über die Gesundheitsämter wurde festgestellt, daß die in Gesetzen und Rechtsverordnungen genannten Aufgaben im übertragenen und eigenen Wirkungskreis in einigen Gesundheitsämtern nicht oder nicht ausreichend wahrgenommen werden können, weil die personelle Ausstattung die Erfüllung der umfangreichen Aufgaben, insbesondere der Aufgaben nach § 10 des Bundesseuchengesetzes und den §§ 5, 6, 8 der Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst nicht zuläßt.*

*Die gemeinsamen Bemühungen um eine präventive Gesundheitspolitik in unserem Land werden durch Personalabbau in den Gesundheitsämtern gefährdet. Die Kommunen sind gemäß § 2 Abs. 2 der Thüringer Kommunalordnung verpflichtet, für das gesundheitliche Wohl der Bürger Sorge zu tragen."*

Dem Schreiben waren detaillierte Personalempfehlungen beigelegt. Bis heute gelten diese Personalempfehlungen als Grundlage zur Abschätzung des Personalbedarfs, der sich in den kommunalen Stellenplänen niederschlägt.

Diese Empfehlungen sind nach 25 Jahren allerdings mit hoher Wahrscheinlichkeit aktualisierungsbedürftig. Einerseits haben gesellschaftliche und gesundheitliche Entwicklungen zu einer quantitativen Zunahme der Aufgaben des ÖGD geführt. So hat beispielsweise die Zahl

der Diagnosen von psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren erheblich zugenommen.<sup>12</sup> Andererseits hat auch der Bestand an gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben zugenommen. Auch wurden seitdem vom Ministerium für einzelnen Aufgabenbereiche ergänzende Personalempfehlungen herausgegeben, die bislang unverbunden neben der alten PE stehen.

*Tabelle 1: Personalempfehlungen vom 8. August 1994*

<b>Aufgabenbereich</b>	<b>Personalausstattung auf 100.000 Einwohner</b>
Leitung des Amtes	1,0 Amtsarzt
Aufsicht und Überwachung im Gesundheitswesen	0,2 Arzt 0,5 Ingenieur für technische Hygiene
Umwelthygiene	0,2 Arzt 0,5 Ingenieur für technische Hygiene 2,0 nichtärztliche Berufe des Gesundheitswesens
Seuchenhygiene	0,6 Arzt 2,0 nichtärztliche Berufe des Gesundheitswesens
Amtsärztliches Gutachterwesen	1,0 Arzt 1,0 nichtärztliche Berufe des Gesundheitswesens
Schulärztlicher Dienst Schulzahnärztlicher Dienst	2,5 Arzt 3,0 nichtärztliche Berufe des Gesundheitswesens 1,25 Zahnarzt 1,25 Stom-Schwester
Sozialhygienische Dienste	0,4 Arzt 1,4 nichtärztliche Berufe des Gesundheitswesens
Sozialpsychiatrischer Dienst	1,0 Arzt 2,0 nichtärztliche Berufe des Gesundheitswesens

*Quelle: Brief des Thüringer Ministeriums für Soziales und Gesundheit vom 8. August 1994 an die Landräte der Landkreise und Oberbürgermeister der kreisfreien Städte*

Da die Bestandsanalyse bereits gezeigt hat, dass der vorhandene Personalbestand unter dem in den kommunalen Stellenplänen vorgesehenen Soll liegt und die PE von 1994 deutlich unterschreitet, ist anzunehmen, dass im Vergleich zu einer realistischen Personalbedarfseinschätzung der reale Bestand noch geringer ausfällt. Oder, anders ausgedrückt, selbst wenn es ansonsten keine Rekrutierungsprobleme gäbe, würde allein aufgrund des steigenden Personalbedarfs bei ansonsten gleichbleibenden Personalzahlen ein Mangel entstehen.

#### **4.1.2.2 Dezentrale Personalverwaltung**

Die Schwierigkeiten, dem gestiegenen Personalbedarf zu begegnen, werden durch die Kommunalautonomie noch verstärkt. Wie bereits angesprochen, ist die Personalplanung und

<sup>12</sup> <https://www.aerzteblatt.de/archiv/171521/Psychische-Erkrankungen-Die-Diagnosen-nehmen-zu>, letzter Aufruf 30.09.2019.

Personalverwaltung für die Gesundheitsämter Aufgabe der Kommunen, die die Stellenpläne auf der Basis der PE erstellen. In Zeiten knapper kommunaler Finanzen, wie wir sie seit Jahrzehnten fast ununterbrochen erleben, erstreckt sich der Sparanreiz der Kommunen somit auch auf die Gesundheitsämter. Auch auf den wahrgenommenen Aufgabenbestand wirkt sich die Kommunalautonomie im Zusammenspiel mit knappen öffentlichen Kassen aus. Aufgaben, die nicht als pflichtig angesehen werden, können leicht gekürzt werden. Obwohl nach dem Prinzip der Konnexität im Sinne der Gesetzeskausalität die Mittel für Gehälter des ÖGD-Personals vom Land im Rahmen des kommunalen Finanzausgleichs weitergegeben werden, sind diese Mittel bislang im Rahmen des Mehrbelastungsausgleichs nicht zweckgebunden. Eine Zweckbindung der Mittel würde die Transparenz für alle Beteiligten erhöhen und dazu führen, dass die Landesmittel auch tatsächlich dem ÖGD zufließen. In einem Interview wird diese Situation wie folgt beschrieben:

*"Und dann ist es zum Beispiel auch hier bei uns im Landratsamt die Art und Weise, dass es kaum möglich ist, den Stellenplan zu verstehen, weil Stellenanteile, die bei uns unbesetzt sind, woanders untergebuttert werden. Die werden rausgenommen, um zum Beispiel andere Bereiche zu stärken, weil sie hier nicht besetzbar sind. [...] Und dadurch, dass jeder Landrat die Personalhoheit hat, kann er auch seinen Stellenplan so stricken, wie es für ihn günstig erscheint und je nachdem, wo er die Präferenz hinsetzt."*

Eine weitere Schwierigkeit, die an die kommunale Personalautonomie gekoppelt ist, sind die administrativen Verzögerungen in den (Nach-)Besetzungsverfahren. In den Interviews wurde berichtet, dass teilweise ein gesamtes Jahr vergeht, bis freigewordene Stellen wiederbesetzt werden. Nichtbesetzte Stellen durch Elternzeit werden häufig gar nicht ausgeschrieben, weil die Amtsleiterinnen und Amtsleiter im Vorhinein von den komplizierten und bürokratisierten Verfahren der Nachbesetzung wissen und deshalb abwarten, bis die jungen Mütter oder Väter wieder aus der Elternzeit zurückkehren. Ist die Organisation einer Elternzeitvertretung möglich, wird gelegentlich auch versucht, diese Vertretung im Anschluss an die Elternzeit auf einer festen Stelle weiter zu beschäftigen. Insgesamt dauern die Vorgänge zu lange und sind in der Wahrnehmung der Verantwortlichen in den Gesundheitsämtern zu bürokratisiert. Vor der Veröffentlichung von Stellenbeschreibungen werden diese mehrfach abgeglichen und zwischen verschiedenen Ebenen ausgetauscht. Bei höheren Stellen muss vom Kreistag oder Stadtrat erst ein Beschluss gefasst werden. Die verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter äußerten den Eindruck, dass Wiederbesetzungsverfahren absichtlich in die Länge gezogen werden, um Personalkosten einzusparen oder längerfristig

Stellen zu kürzen. Um zu verhindern, dass Interessenten infolge der langen Verfahren vorzeitig abspringen, weil sie in der Zwischenzeit ein anderes Jobangebot angenommen haben, sollten die internen Vorgänge bei Verfahren der Neu- und Nachbesetzung von Stellen beschleunigt werden.

#### **4.1.2.3 Mangelnde Attraktivität der Stellen**

In den Interviews wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass ein Hemmschuh für eine erfolgreiche Personalrekrutierung in der mangelnden Bekanntheit und Attraktivität des ÖGD in der öffentlichen Wahrnehmung und insbesondere bei Ärztinnen und Ärzten gesehen wird. Es fehle dem ÖGD die notwendige Anziehungskraft. Nur noch wenige Menschen entscheiden sich für den ÖGD, was auch eine hohe Personalfluktuationsrate zur Folge hat. Die Fluktuation ist im kinder- und jugendärztlichen Dienst besonders stark ausgeprägt.

Die mangelnde Bekanntheit wird unter anderem darauf zurückgeführt, dass im Medizinstudium der ÖGD nicht oder nur beiläufig thematisiert wird. Einen eigenen Lehrstuhl für den ÖGD gibt es bundesweit bislang nicht. Dadurch fehlen grundlegende Möglichkeiten, das Aufgabenfeld des ÖGD kennenzulernen. Infolgedessen entscheiden sich junge Medizinerinnen und Mediziner hauptsächlich für klinische und therapeutische Fachrichtungen und suchen entsprechende Stellen. Um diesem Problem entgegenzuwirken, wäre es sinnvoll, den öffentlichen Gesundheitsdienst besser in das Medizinstudium, aber auch in die Ausbildung medizinischer Berufe zu integrieren und Angebote für Praktika, beispielsweise im Rahmen des Praktischen Jahres in der Arztausbildung, zu bieten.

Die mangelnde Attraktivität beruht teils auf einem negativen Bild des ÖGD in der Öffentlichkeit, teilweise aber auch auf tatsächlich unattraktiven Arbeitsbedingungen. Grundsätzlich bietet der ÖGD ein vielfältiges und umfangreiches Aufgabenspektrum und die Möglichkeit für selbstbestimmtes und verantwortungsvolles Arbeiten. Aufgrund der im Vergleich zur klinischen und therapeutischen Tätigkeit geregelteren Arbeitszeiten bietet er außerdem gute Ausgangsbedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie oder für Work-Life-Balance im Allgemeinen. Diese Vorteile könnten in Image-Kampagnen noch offensiver betont werden. Andererseits fehlt im ÖGD der therapeutische Aspekt der ärztlichen Tätigkeit, dafür sind die administrativen Anteile relativ hoch. Dies bedeutet für viele Bewerberinnen und Bewerber eine Attraktivitätseinschränkung. Darüber hinaus führen die realen Personalengpässe und die damit einhergehende Begrenzung der Aufgabenvielfalt zu einer hohen Arbeits-

belastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dadurch zu belastenden Arbeitsbedingungen. In dem Maße, wie der Personalmangel effektiv behoben wird, trägt auch dies zu einer Attraktivitätssteigerung bei.

Für die ärztliche Tätigkeit im ÖGD werden häufig zusätzliche Qualifikationen verlangt, etwa ein Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen oder für Hygiene- und Umweltmedizin, oder für die Amtsleitung ein Amtsarztkurs, wobei der Amtsarztkurs nicht in Thüringen erworben werden können. Die mit diesen Weiterqualifikationen verbundene Mehrbelastung wurde in den Interviews wiederholt als Problem geschildert:

*"Da gibt es den Kurs in Meißen. Es gibt jetzt einen neuen Kurs in Berlin. Und es gibt in München einen Kompaktkurs, halbes Jahr. Versuchen Sie doch mal, einem Mitarbeiter, der schon ein paar Jahre im Beruf ist, zu sagen: ‚Du gehst jetzt ein halbes Jahr nach München!‘ Das ist doch Wahnsinn! Und dann die Hotelkosten oder Pensionskosten! Du hast Familie. Wie kommst du freitags von München wieder hierher? Warum das so gekommen ist, kann ich Ihnen auch nicht erklären. Diese völlige Verschulung dieses Amtes. Und dann kommt ja dazu: Dieser Amtsarztkurs ist Pflicht."*

*"Da ich kleinere Kinder hatte, habe ich es in Sachsen gemacht. Dort sind alle vier Wochen eine Woche Lehrgang in der Fachhochschule. Dort wird Amtsarzt gelehrt nach Recht des jeweiligen Bundeslandes. Womit wir schon beim Problem sind. Die Sachsen haben sich sehr viel Mühe gegeben auch Thüringer Besonderheiten zu berücksichtigen [...]. Die Facharztausbildung zum Arzt für öffentlichen Gesundheitsdienst zu machen, das geht theoretisch in Thüringen. Das war primär bei mir unmöglich, weil ich keinen Ausbildungsleiter mehr hier hatte als ich hierherkam."*

#### **4.1.2.4 Tarifvertragliche Bezahlung**

Eine häufig diskutierte Ursache für die mangelnde Attraktivität des ÖGD für Ärztinnen und Ärzte ist die Vergütung. Ärztinnen und Ärzte im ÖGD werden nach den Tarifverträgen für den öffentlichen Dienst bezahlt, die aber deutlich niedriger ausgestaltet sind als die Tarifverträge der Krankenhäuser, die der Marburger Bund ausgehandelt hat. Um die Gehaltsdifferenz zu verringern, wurden in den vergangenen Jahren in Thüringen Zulagenmodelle eingeführt. Die Effekte der Zulagenmodelle sind jedoch umstritten, wie sich in den Interviews zeigte:

*"Man hat in Thüringen, also in dieser Legislaturperiode, schon sehr zeitnah, unter Rot-Rot-Grün, eine Zulagenregelung etabliert, um diese Situation zu entschärfen. [...] Das Ergebnis ist suboptimal, das muss ich mal so sagen, weil diese Zulagen zur Gewinnung [...] von Kollegen gedacht waren. Das ist erst einmal gut gedacht gewesen, aber das hat Auswüchse dahingehend hervorgebracht, dass ältere Kollegen [...] zum Nachweis, dass sie gebunden*

*werden sollten, eine Kündigung vorlegen sollten. Das lässt an Perfidie überhaupt nichts zu wünschen übrig. Wir wollen auf unseren kommunalen Ebenen weiterarbeiten und wir wollen Belange des öffentlichen Gesundheitsdienstes fachlich sicherstellen. [...] Was wir wollen, sind ordentliche Arbeitsbedingungen."*

*"Denn mit Zulagenregelungen lösen wir es nicht, denn es geht nicht alleine ums Geld. Es geht auch um die Sicherheit und die Wertschätzung im Verhältnis mit anderen ärztlichen Tätigkeiten."*

*"Die Lösung des Ministeriums hier in Thüringen, die möglichen Zulagen zu fördern, um ein Abwandern der Leute zu verhindern, beziehungsweise neue zu gewinnen, greift nicht. Weil Zulagen ist immer ein kann und da wird dann immer auch in jedem Landkreis entschieden, die einen Landräte sagen ‚okay, das ist es mir wert, ich brauche die Ärzte, ich will die halten, ich zahle sie‘ und andere sagen ‚nein, ich zahle sie nicht, ich kann sie nicht zahlen, selbst mit der 50 % Förderung‘."*

Mehrfach wurde darauf hingewiesen, dass die Landkreise/ Städte die Zulagen selber beantragen und mitfinanzieren müssten, das Geld grundsätzlich auch eingestellt, aber von den Landkreisen schlussendlich nicht ausgeschöpft werde. Deshalb fordert das ärztliche Personal des ÖGD anstelle der Zulagen-Regelung die Angleichung an die Tarifverträge der Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern. Konkret setzt sich Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD (BVÖGD) dafür ein, dass der Arzttarifvertrag des Marburger Bundes mit der Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände (TVA-VKA) zukünftig auch für die Ärztinnen und Ärzte des ÖGD gilt. Eine Bezahlung der ÖGD-Ärztinnen und -Ärzte nach TV-ÖD sei nicht gerechtfertigt. Die Vereinigung der Kommunalen Arbeitgeberverbände zeigt sich hierzu jedoch scheinbar bislang nicht bereit. Auf ausgeschriebene Stellen gehen deshalb kaum Bewerbungen ein oder Bewerbungsgespräche enden spätestens beim Thema Vergütung (Teichert 2015). Umgekehrt verlassen viele Ärztinnen und Ärzte den ÖGD, wenn sie attraktive andere Angebote erhalten.

Ein Beispiel hierfür liefert der Wartburgkreis. Dort gibt es zahlreiche Kliniken, darunter das Klinikum Bad Salzungen mit überregionaler Bedeutung, die mit dem ÖGD um Ärztinnen und Ärzte konkurrieren. Kliniken bieten ein interessantes und breites therapeutisches Aufgabenspektrum sowie eine deutlich bessere Bezahlung. Im Vergleich zur klinischen Tätigkeit als Arzt umfasst die amtsärztliche Tätigkeit wesentlich mehr administrative Aufgaben. Um hier konkurrenzfähig zu sein und ggf. auch noch Attraktivitätsnachteile auszugleichen, erscheint

eine Angleichung der Gehälter im ÖGD als notwendig Maßnahme zur aktiven Bekämpfung des Personalnotstands.

#### **4.1.2.5 Qualifikationsprobleme**

Neben den Hürden der Personalgewinnung im Hinblick auf Attraktivität, Bezahlung und Personaleinstellung zeigt sich in der Praxis auch noch ein anderes Phänomen: Viele Bewerbungen eignen sich nicht für die ausgeschriebenen Stellen, weil die Bewerberinnen und Bewerber die Qualifikationsanforderungen nicht erfüllen. Die Amtsleitungen äußerten wiederholt den Eindruck, dass sich Personen unabhängig von ihrem Ausbildungsprofil auf offene Stellen bewerben. Es gab sogar schon Bewerbungen von einem Sportwissenschaftler und von Apothekern auf Arztstellen. Die Notwendigkeit der Stellenbesetzung durch ärztliches und für den ÖGD qualifiziertes Personal wird bei den Bewerberinnen und Bewerbern offensichtlich unterschätzt. Wo möglich, sollten in den Ausschreibungen die Anforderungsprofile noch eindeutiger formuliert werden.

Das Problem der falschen oder mangelnden Qualifikation wurde außerdem im Hinblick auf Hygienefachkräfte im gehobenen Dienst thematisiert. Hierbei stellen die Qualifikationsprobleme allerdings weniger ein Rekrutierungshindernis als ein Hindernis in der Personalentwicklung dar. Die Hygienefachkräfte nehmen in den Gesundheitsämtern eine sehr wichtige Rolle ein, da sie wesentliche Aufgaben in den Bereichen der Umwelthygiene, des Infektionsschutzes und der Lebensmittelhygiene wahrnehmen und damit auch das ärztliche Personal entlasten können. Als problematisch wird einerseits angesehen, dass vorhandene Studiengänge zur Aus- und Weiterbildung nicht hinreichend passgenaue Qualifikationsangebote machen; zum anderen wird thematisiert, dass die Teilnahme an diesen Angeboten nicht hinreichend gefördert wird und schwierig umzusetzen ist, unter anderem weil sie geographisch weit entfernt sind, weil sie kostenpflichtig sind oder weil sie nicht oder nicht vollständig berufsbeleitend studiert werden können.

Zentral ist hier das Berufsbild des Hygieneinspektors: Diese Qualifikation konnte bis 1990 als dreijähriges Studium an einer medizinischen Fachschule erworben werden. Die Berufsbezeichnung nach erfolgreich abgeschlossener Prüfung war 'Staatlich geprüfter Hygieneinspektor'. Darüber hinaus gab es die Möglichkeit, in einem dreijährigen Fernstudium den Abschluss 'Ingenieur für Hygiene' zu erlangen. Wegen der besseren Bezahlung der Ingenieure im Vergleich zu den Hygieneinspektoren entschieden sich viele für diese Weiterqualifizie-

rung. Nach der Wiedervereinigung lief der Studiengang aus. Die Berufsbezeichnung Hygieneinspektor ist nach wie vor anerkannt, einen passgenauen Ersatz für den alten Studiengang hat man aber offensichtlich bislang nicht geschaffen. Aktuell werden verschiedene Ausbildungsgänge angeboten, die das Profil der früheren Hygieneinspektoren und Hygieneingenieure annähern sollen, aber alle – zumindest aus Sicht der Interviewpartnerinnen und -partner ihre Probleme aufweisen:

- An der Staatlichen Berufsbildenden Schule Gesundheit, Soziales und Sozialpädagogik in Gera gibt es eine dreijährige Ausbildung zur 'Fachkraft für Hygieneüberwachung'. Die Ausbildungsstätte in Gera ist eine staatliche Schule, an der – das berichten Absolventinnen und Absolventen – jedoch teilweise kein Fachpersonal unterrichtet. So kam es vor, dass beispielsweise ein Deutsch- oder Französischlehrer die Schüler zum Thema Hygiene unterrichtete. Auch die Tatsache, dass während der Ausbildung keine Vergütung gezahlt wird, spricht bei vielen Ausbildungssuchenden gegen diese dreijährige Ausbildung zur staatlich geprüften Fachkraft für Hygieneüberwachung.
- An der Technischen Hochschule Mittelhessen (THM) in Gießen wird ein Studiengang Umwelt-, Hygiene- und Sicherheitsingenieurwesens angeboten. Er hat im Vollzeitstudium eine Regelstudienzeit von sieben Semestern und führt zum Abschluss Bachelor of Science. Kritisiert wurde an diesem Studiengang, dass große Teile des Curriculums nur bedingt für den ÖGD relevant seien.
- An der Fachhochschule Erfurt gibt es die Möglichkeit, den Studiengang Gebäude- und Energietechnik, auch bekannt als Versorgungstechnik, zu studieren. In den Gesundheitsämtern können Versorgungstechniker beispielsweise im Trinkwasserbereich eingesetzt werden. Da es sich hierbei jedoch um einen rein technischen Studiengang handelt, werden verwaltungsrelevante und medizinisch-hygienische Kenntnisse, die für die Arbeit im ÖGD eine wesentliche Rolle spielen, nicht gelehrt.
- An der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf werden berufs begleitende Weiterbildungsstudiengänge angeboten, etwa zum Hygienekontrolleur oder zum sozialmedizinischen Assistenten. Hier scheint das Hauptproblem in der relativ großen Entfernung zu Thüringen zu bestehen.

Wie groß das Problem der mangelhaften Qualifikationsangebote real ist, ließ sich aus den Interviews nur begrenzt ablesen, groß ist aber jedenfalls die subjektive Unzufriedenheit, die aus der Steuerungsperspektive des Landes auch ernst genommen werden sollte – immerhin

ist die Gruppe der Hygienefachkräfte nach der Ärzteguppe diejenige Berufsgruppe im ÖGD mit dem zweitgrößten Personalmangel:

*"Also wir hoffen alle, dass es irgendwann vielleicht einmal einen Studiengang in Thüringen geben wird, dass auch die Kollegen die Möglichkeit haben, sich vor Ort hier weiter zu bilden. Ja, gerade die, die aus dem Fach sind. Weil die anderen Studiengänge, die es zurzeit gibt, sind nicht so richtig passend."*

#### **4.1.2.6 Probleme der Personalerhaltung**

Neben den genannten Problemen der Personalgewinnung stellt auch die Erhaltung des Personalbestandes die Amtsleiterinnen und Amtsleiter der Gesundheitsämter vor Herausforderungen. Die Interviews zeigen beispielsweise, dass sich in der jüngeren Vergangenheit Kündigungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gehäuft haben, die die Personalknappheit weiter verschärfen. Mehrfach wurde auf die sehr langen Nachbesetzungsverfahren von Stellen nach Kündigungen und Stellenwechseln hingewiesen. Auch Stellenanteile bei Teilzeitstellen können häufig nicht vollständig aufgefüllt und durch Elternzeit freigewordene Stellen nicht nachbesetzt werden. In vielen Gesundheitsämtern ist zudem ein hoher Krankenstand zu verzeichnen. Bei hohem Krankenstand und in den Urlaubszeiten verschärft sich die ohnehin schwierige Personalsituation deutlich. Alle diese Befunde deuten auf einen Teufelskreis hin, bei dem der Personalmangel dazu führt, dass die Arbeitsbedingungen für das Bestandspersonal zunehmend belastend werden, was zu weiteren Ausfällen führt, die den Personalmangel noch verstärken und so fort.

Auch bestehen Probleme darin, dass Aufgaben von Personen wahrgenommen werden, die nicht hinreichend oder einschlägig für die Aufgabenbeschreibung qualifiziert sind (was nichts darüber aussagt, dass die Aufgaben von diesen Personen vielleicht sehr kompetent erfüllt werden können!).

Ein Präzedenzfall für eine solche Situation ist der Unstrut-Hainich-Kreis, der seit rund einem Jahr nicht mehr ärztlich geleitet wird. Die Amtsarztstelle konnte seit Herbst 2016 nicht mehr nachbesetzt werden. Seit dem 9. November 2018 muss das Gesundheitsamt komplett ohne Arzt auskommen. Der derzeitige Fachdienstleiter ist Jurist. Die nichtärztliche Amtsleitung widerspricht der VO-ÖGD. Zudem müssen Amtsärztinnen und Amtsärzte und ihre Vertreterinnen und Vertreter die Prüfung für den höheren öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt haben. Da die VO-ÖGD für die Leitung des Gesundheitsamtes einen Amtsarzt/eine Amtsärztin

vorsieht und die Fachgebiete, wie beispielsweise der Sozialpsychiatrische Dienst (SPDi) gemäß § 4 Absatz 1 ThürPsychKG, fachärztlich geleitet werden sollen, besteht im Fall des Unstrut-Hainich-Kreises ein organisatorischer und rechtlicher Mangel zugleich. Bei einer nicht-ärztlichen Amtsleitung bestehen grundsätzlich dienstrechtliche, strafrechtliche und tatsächliche Risiken bei der Ausübung von Verwaltungsakten und Amtshandlungen. In Ermangelung einer ärztlichen Leitung erschien jedoch die vorübergehende Amtsleitung durch einen Juristen im Unstrut-Hainich-Kreis für die tägliche Arbeitserfüllung als die beste denkbare Alternative. Die persönliche Unterstützung der Angestellten durch eine Führungskraft ist unerlässlich. Der Fachdienstleiter ist für die Personalführung verantwortlich, er trifft Entscheidungen bei verschiedenen Handlungsvarianten und genehmigt und unterstützt Handlungsvorschläge der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Da auf diese Weise die alltägliche Arbeit aufrechterhalten werden kann, hat man sich im Unstrut-Hainich-Kreis im Einvernehmen mit dem Landesverwaltungsamt auf diese Übergangslösung eingelassen, die von den beteiligten Personen bestmöglich unterstützt wird. Trotzdem kann ein solcher Zustand bei den Verantwortlichen zu einer psychischen Mehrbelastung führen. Um die Durchführung elementarer Pflichtaufgaben wie Schuleingangsuntersuchungen sicherzustellen, wird der Unstrut-Hainich-Kreis auch von anderen Kreisen und von pensionierten Ärzten mitbetreut. Die Beschäftigung von externem Personal oder Honorarkräften ist in der Praxis jedoch nicht einfach umsetzbar. Da es sich um hoheitliche Aufgaben handelt, müssen mit pensionierten Ärztinnen und Ärzten Arbeitsverträge geschlossen werden, die das Arbeitsverhältnis detailliert vorgeben. Dieser erhöhte bürokratische Aufwand schreckt potenzielle Interessentinnen und Interessenten ab.

Um langfristig weitere Personalausfälle und nicht sachgerechte Stellenbesetzungen zu vermeiden, muss auch mit Blick auf das Bestandspersonal ein gezieltes Personalmanagement betrieben werden, das darauf gerichtet ist, die Qualifikation, Arbeitskraft und Motivation der im ÖGD Tätigen zu erhalten und zu steigern.

## **4.2 Materiell-technische Ausstattung**

Die materiell-technische Ausstattung umfasst neben der Grundausstattung auch die Ausstattung mit Software, Hardware und Dienstfahrzeugen. Die Grundausstattung beinhaltet einerseits die Ausstattung zur medizinischen Diagnostik in den Untersuchungsräumen der Gesundheitsämter, beispielsweise Blutdruckmessgeräte, Stethoskope, Notfallmedikamente, Desinfektionsmittel u.v.m. Andererseits gehören hierzu alle Geräte und Utensilien, die für

die Aufgabenerfüllung in den einzelnen Fachbereichen notwendig sind, beispielsweise pH-Messgeräte, Reagenzien, Thermometer, Messbecher, Sicherheitskleidung, und Fotoapparate für die Trink- und Badewasserüberwachung. Die Hard- und Software-Ausstattung umfasst Geräte und Programme zur digitalen Datenerhebung, Datenverarbeitung und Kommunikation. Als Datenquelle für die Bestandsanalyse diente wiederum die Jahresberichterstattung der Gesundheitsämter zum Stand 31.12.2017, ergänzt um Informationen, die in den Interviews erfragt wurden. Der deutlichste Befund betrifft Defizite bei der Soft- und Hardwareausstattung.

#### **4.2.1 Grundausrüstung**

Wie die Tabelle der Standard-Grundausrüstung (s. Anhang VI und Anhang VII) zeigt, ist die Grundausrüstung der Gesundheitsämter im Wesentlichen vorhanden.<sup>13</sup> Dieser Befund wurde in den Interviews bestätigt, sodass die Aufgaben mit der vorhandenen Ausrüstung ordnungsgemäß erledigt werden können. Dennoch vermissen die Verantwortlichen in den Gesundheitsämtern einheitliche Vorgaben bei der Beschaffung der Grundausrüstung. Die Fachaufsicht gibt keine geeigneten Produkte und Geräte vor, sondern überlässt die Beschaffung in aller Regel den Gesundheitsämtern. In der Praxis sind die Amtsleiterinnen und Amtsleiter beispielsweise damit beschäftigt, über Onlineshops das passende Thermometer für die Kühlung von Medikamenten und Impfstoffen zu finden. In den Interviews wurde mehrfach der Wunsch geäußert, dass die Beschaffung oder zumindest die Auswahl von Produkten für die Beschaffung zentralisiert werden solle, um Informationskosten zu sparen, eine einfachere Austauschbarkeit und Kompatibilität zwischen den Gesundheitsämtern herzustellen und ggf. auch Mengenrabatte nutzen zu können.

#### **4.2.2 Softwareausstattung und Datenkoordination**

Defizite werden hingegen bei der Softwareausstattung gesehen. Obwohl im Prinzip genügend PC-Arbeitsplätze zur Verfügung stehen (s. Abschnitt 4.2.3 unten), wurde vereinzelt in den Interviews erwähnt, dass Lizenzen für bestimmte Software nicht ausreichend vorhanden sind. Dies kann gegebenenfalls dazu führen, dass eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter das Programm verlassen muss, damit eine andere Mitarbeiterin/ ein anderer Mitarbeiter eine Zugriffsmöglichkeit bekommt. Standardsoftware für PCs sollte eigentlich zur Grundausrüstung

---

<sup>13</sup> Die Tabellen basieren auf einer Zusammenstellung, die uns vom TLVwA zur Verfügung gestellt wurde.

gehören und so ausreichend vorhanden sein, dass sich hieraus keine Verzögerungen im Arbeitsablauf ergeben.

Problematischer ist die Ausstattung mit spezifischen Software-Anwendungen, die auf den ÖGD zugeschnitten sind, etwa zur Erfassung von Mess- oder Behandlungsdaten. Aufgrund der dezentralen Aufsichtsstruktur gibt es für die einzelnen Gesundheitsämter keine Vorgaben zur Verwendung von Softwareanwendungen. Infolgedessen haben sich die Ämter für unterschiedliche Anwendungen entschieden. Teilweise unterscheiden sich die Programme und Fachanwendungen sogar innerhalb eines Amtes zwischen den Sachgebieten.

Auf dem Markt existieren einige Fachanwendungen mit modularen Anwendungen für die einzelnen Fachgebiete der Gesundheitsämter. Mehrmals wurde in den Interviews die Fachanwendung *OctoWare* genannt, aber auch andere Module, wie *MicroPro* und *BADO-K* (Basisdokumentation Komplementäre Hilfen), kommen zum Einsatz. Diese Programme werden in regelmäßigen Abständen durch die Anbieter aktualisiert und durch die IT-Abteilungen der Kreis- und Stadtverwaltungen auf den Rechnern der Gesundheitsämter installiert.

In der Praxis ergeben sich hieraus eine Reihe von Schwierigkeiten. Zunächst einmal sind nicht alle Fachbereiche der Gesundheitsämter mit Softwaremodulen ausgestattet. In vielen Fällen existieren verschiedene Module parallel, die nicht migrationsfähig sind. Durch die unterschiedlichen Programme und Module fehlen ein einheitliches Datenbanksystem und Schnittstellen, die für eine effektive Erfassung und Weiterverarbeitung der Daten notwendig sind. In einem Interview wurde die ineffiziente Arbeitsweise am Beispiel der Erfassung von Totenscheinen veranschaulicht. Die Amtsärztinnen und Amtsärzte geben die Totenscheine in das entsprechende Modul des Programms *Octoware* ein. Zusätzlich müssen die Totenscheine noch in die separate Software des Statistischen Bundesamtes eingegeben werden, sodass jeder Totenschein doppelt erfasst werden muss. Durch Updates und neue, aktualisierte Versionen kommt es vor, dass die Gesundheitsämter teilweise einen Teil der Daten in der alten Version und einen Teil in der neuen Version haben, sodass zwei Datenbanken administrativ verwaltet werden müssen. Bis eine einheitliche Softwareversion genehmigt und implementiert wird, dauert es häufig sehr lange. Eine Amtsärztin berichtete, dass für eine veraltete Programmversion keine Updates mehr verfügbar seien, sodass bestimmte Änderungen im Datenbestand, beispielsweise in Folge von gesetzlichen Vorgaben, nicht vorgenommen werden könnten. Auch Fortbildungsangebote für neue Programme werden in Folge der uneinheitlichen Strukturen nicht zentral angeboten. Stattdessen besuchen die Mitarbeiterinnen

und Mitarbeiter der Gesundheitsämter die unterschiedlichsten Fortbildungen. Zentral organisierte Fortbildungen wären wesentlich effektiver und kostengünstiger.

Das Hauptproblem ist aber die Datenkoordination, also die Schaffung von Schnittstellen für einen Datenaustausch oder Datenabruf aus zentralen Datenbanken, horizontal zwischen den Gesundheitsämtern sowie vertikal zwischen den hierarchischen Ebenen in der Gesundheitsverwaltung des Landes. Die Möglichkeit, Daten zentral zusammenzuführen und zu analysieren, die von den einzelnen Gesundheitsämtern eingegeben und gepflegt werden, ist bspw. für die integrierte Gesundheitsberichterstattung sowie für eine überregionale Gesundheitsplanung von großer Bedeutung. Da die Verantwortung für die materiell-technische Ausstattung und die Datenpflege zunächst bei den Kommunen liegt, ist verständlich, dass aus Sicht der einzelnen Kommune die Sicherstellung von Datenkompatibilität über die kommunalen Grenzen hinaus nur eine sehr nachrangige Priorität hat. Hier müsste daher von hierarchisch übergeordneter Stelle eine integrierte Datenverwaltung aufgebaut und verwaltet werden. Bislang wird selbst innerhalb eines Amtes sowie zwischen den Ämtern und der Stadt- bzw. Kreisverwaltung bzw. zwischen den Ämtern und der Landesebene die Problematik des Datenaustauschs nicht systematisch berücksichtigt.

In den Interviews wurden die fehlenden Schnittstellen vielfach angesprochen, weil diese den täglichen Arbeitsablauf stark beeinträchtigen. Einzelne Prozesse werden teilweise mehrfach erfasst, weil die unterschiedlichen Programme einen Datenaustausch nicht zulassen. Außerdem müssen die freien Träger, die bestimmte ausgelagerte Aufgaben des ÖGD wahrnehmen, sich wiederum selbst um Software kümmern. Dies bedeutet in der Praxis, gerade in den Bereichen Psychiatrie, Sucht und Prävention, dass eine Verknüpfung der gesammelten Daten nicht möglich ist.

Die Verantwortlichen in den Gesundheitsämtern wiesen deshalb in den Interviews darauf hin, wie dringend die einheitliche Ausstattung mit geeigneter Software benötigt wird, damit Schnittstellen zukünftig gewährleistet werden können. Dies gilt in allererster Linie innerhalb von Ämtern, aber ebenso zwischen den Ämtern sowie mit externen Leistungserbringern und den übergeordneten Aufsichtsbehörden.

#### **4.2.3 PC-Arbeitsplätze, Tablets und digitale Eingabegeräte**

In unmittelbarem Zusammenhang zum Bedarf an einheitlicher oder zumindest kompatibler Software steht die Analyse des Bestandes an PC-Arbeitsplätzen, Tablets und digitalen Eingabegeräten. PC-Arbeitsplätze sind flächendeckend eingerichtet. Die Mitarbeiterinnen und

Mitarbeiter können weitgehend (mit den oben gemachten Einschränkungen) problemlos auf Programme und Netzwerke zugreifen.

Größere Defizite bestehen bei der Ausstattung mit Tablets und Laptops in den Außendienstbereichen, beispielsweise im kinder- und jugendärztlichen Dienst, bei Hygienekontrollen oder dem SPDi. Bei schulärztlichen Untersuchungen werden die Ergebnisse zunächst handschriftlich in Papierform erfasst und erst anschließend digitalisiert. Im Rahmen der Rufbereitschaft fehlen Laptops, die notwendig sind, um BADO-K, das Internet oder bestimmte Online-Dienste, wie die Dolmetscherfunktion, nutzen zu können. BADO-K ist eine für den SPDi entwickelte Software bei der psychiatrischen Betreuung und als Grundlage für die Psychiatrieberichte vorgesehen. Auf effiziente Art und Weise können hier Beratungen dokumentiert und anschließend weiterverarbeitet werden. Analog zu diesem Programm gibt es auch für die anderen Sachgebiete, die im Außendienst arbeiten, entsprechende Software, beispielsweise für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz. Zumeist sind diese Sachgebiete jedoch nicht ausreichend ausgestattet und können daher solche arbeitserleichternden Dienste nutzen. Dies führt zu einem erheblichen Mehraufwand bei der jährlichen Berichterstattung.

Auch fehlen geeignete Programme für Tablets, mit denen Arbeitsabläufe und Ergebnisse effizient erfasst und weiterverarbeitet werden können. Einheitliche Vorgaben und Softwareempfehlungen gibt es nicht. Dies gilt auch für die JBE-Daten, die an das TLVWA geliefert werden. Am Ende eines Berichtsjahres müssen die Daten häufig manuell aus den Ordnern herausgesucht und anschließend in Excel-Tabellen eingefügt werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kritisieren insgesamt die Vorgehensweise bei der Erstellung der Jahresberichterstattung. Die dafür vorgesehenen Excel-Tabellen des TLVWA seien in ihrer Gestaltung zu detailliert und kompliziert. Die Erfassung sei sehr zeitaufwändig, der Nutzen im Verhältnis dazu jedoch eher gering. In einem Interview wurde der zeitliche Aufwand für die Erfassung der Daten für die jährliche Berichterstattung der Gesundheitsämter quantifiziert. In diesem Gesundheitsamt benötigen die zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bis zu einem Monat, um die geforderten Daten manuell zu erfassen.

Darüber hinaus ist die Jahresberichterstattung in ihrer gegenwärtigen Form nicht geeignet, um unmittelbar als Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung verwendet zu werden. Häufig wird aber genau dies getan. In Ermangelung von Zeit und Personal, um die Pflichtaufgabe der Gesundheitsberichterstattung inhaltlich sinnvoll zu erfüllen, wird in den GÄ auf die

Daten der JBE zurückgegriffen, die jedoch mit einer anderen Zielsetzung, nämlich die Fachaufsicht des Landes zu ermöglichen, erhoben werden. Grundsätzlich werden die Zweckmäßigkeit und der erhebliche Nutzen einer gehaltvollen Gesundheitsberichterstattung von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern befürwortet und in keiner Weise in Frage gestellt. Die statistische Erfassung und Auswertung von Arbeitsabläufen, Kontroll- und Untersuchungsergebnissen sowie Besonderheiten jeglicher Art seien ein wichtiges Element, um daraus bevölkerungsbezogene Schlüsse zur Verbesserung der Gesundheit abzuleiten. So können beispielsweise aus Erfahrungen in Krisensituationen Leitfäden entstehen, die zukünftig die Arbeitsabläufe vereinfachen und ein schnelles situationsangemessenes Handeln erleichtern. Die aktuelle Praxis für beide Arten der Berichterstattung – die JBE und die Gesundheitsberichterstattung – ist jedoch unbefriedigend. Einerseits könnte in der Tat die Struktur der JBE – wenigstens in Teilen – den Bedarfen der Gesundheitsberichterstattung angepasst zu werden, um Synergieeffekte zu nutzen. Andererseits ist letztlich die Gesundheitsberichterstattung keine Aufgabe, die sinnvoll auf der Ebene des einzelnen Gesundheitsamtes geleistet werden kann. Sie müsste vielmehr auf Landesebene koordiniert und integriert werden (s. Punkt 7.4.3 unten).

#### **4.2.4 Dienstfahrzeuge**

Zu den Zuständigkeiten der Gesundheitsämter zählt auch die Wahrnehmung von Rufbereitschaften und anderen Aufgaben im Außendienst. Hierzu ist die uneingeschränkte Mobilität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von erheblicher Bedeutung. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die häufig im Außendienst unterwegs sind, beklagen jedoch einen Mangel an Dienstfahrzeugen. Intensive zeitliche Absprachen mit Kolleginnen und Kollegen seien erforderlich, um die Aufgaben im Außendienst mit den vorhandenen Fahrzeugen zu erledigen. Die Termine im KJÄD und KJZÄD sind weitgehend längerfristig planbar, sodass Dienstfahrzeuge rechtzeitig reserviert werden können. Da sich der KJÄD und KJZÄD in der Regel planmäßig an mehreren Tagen mit mehreren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gleichzeitig im Außendienst befinden, stehen zu diesen Zeiten für die anderen Fachbereiche von vornherein nur wenige Dienstfahrzeuge zur Verfügung. Teilweise lässt sich das Problem über Zeitfenster regeln. So werden Auswärtstermine für den KJÄD und den KJZÄD hauptsächlich in den Vormittagsstunden wahrgenommen, Hygienebegehungen hingegen nachmittags. Konflikte sind hierbei jedoch vorprogrammiert, da bestimmte Tätigkeiten, wie die Durchführung von Was-

serproben, nur in einem bestimmten Zeitfenster bearbeitet werden können. Andere Bereiche, wie der SPDi oder die Hygiene- und Umweltmedizin, müssen häufig kurzfristig zu dringlichen Terminen ausrücken.

Im Fall von Engpässen bei den Dienstfahrzeugen, weil etwa kurzfristig reagiert werden muss oder Fristen eingehalten werden müssen, müssen die betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf ihre Privat-PKW zurückgreifen. Da Dienstfahrzeuge nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen, ist die dienstliche Nutzung von privaten PKW prinzipiell genehmigt und wird aus Sicht der Leitungen auch als gewünschte Alternative angesehen. Ein Umstieg auf den öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) ist in den wenigsten Fällen eine Alternative zum PKW, da bei einer Vielzahl von Aufgaben im Außendienst das notwendige Equipment mitgeführt werden muss. Hinzukommt, dass der ÖPNV insbesondere in den ländlichen Landkreisen nicht flächendeckend entwickelt ist und so eine effiziente und schnelle Aufgabenerfüllung nicht möglich ist. In einem Interview wurde darauf hingewiesen, dass die Bereitschaft zur dienstlichen Nutzung des privaten PKW sogar im Arbeitsvertrag verankert sei. Von dieser Regelung sind insbesondere die Rufbereitschaften im SPDi betroffen. Rufbereitschaften müssen mit dem Privat-PKW erledigt werden. Die Ärztinnen und Ärzte des SPDi sind mit dieser Situation unzufrieden, da sie darin eine potenzielle Gefahr für ihre persönliche Sicherheit sehen. Wenn sie mit ihren privaten Fahrzeugen bei psychisch kranken Menschen Besuche machen, könnten diese sich die Kennzeichen merken und auf diesem Wege die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ggf. persönlich aufsuchen, belästigen oder bedrohen.

### **4.3 Weitere Problemfelder des ÖGD in Thüringen – Einsichten aus den Interviews**

In den Gesprächen wurden grundlegende Schwierigkeiten in den Organisations- und Koordinationsstrukturen des ÖGD in Thüringen deutlich, die hier zusammengefasst noch einmal dargelegt werden sollen.

#### **4.3.1 Zentralisierung von Kompetenzen**

Die Zuordnung der Gesundheitsämter unter die kommunale Organisations-, Finanz- und Personalautonomie stellt eine zusätzliche Schwierigkeit für einen zielgerichteten und effizienten Umgang mit den identifizierten Problemen im ÖGD dar, wenngleich sie nicht notwendig ursächlich hierfür sein muss. Dies wurde an mehreren Stellen deutlich. Im Bereich der Perso-

nalgewinnung erschwert die dezentrale Personalverantwortung eine koordinierte Attraktivitätsstrategie sowie den Austausch von Personal oder die Zusammenlegung von Stellenprozenten über Gesundheitsämter hinweg. Die Finanzierung der Stellen unterliegt kommunalen Sparzwängen. Obwohl das Land die Mittel hierfür im Rahmen von Schlüsselzuweisungen über den kommunalen Finanzausgleich zur Verfügung stellt, ist nicht gewährleistet, dass diese Mittel auch für Gehälter des ÖGD-Personals verausgabt werden. Besetzungsverfahren unterliegen der kommunalen politischen Gewaltenteilung und ziehen sich dadurch unnötig in die Länge. Auch im Bereich der zentralen Organisation und Beschaffung von Ausstattungsgegenständen, Hard- und Software sowie der Schnittstellenkoordination stellt sich die dezentrale Struktur als Hindernis dar. Eine Zentralisierung der Personalstellenplanung, des Personalmanagements sowie der Beschaffung und des IT-Managements allgemein wurde wiederholt von Befragten als Wunsch geäußert.

#### **4.3.2 Kommunikation und Informationsaustausch mit dem TLVwA**

Ein weiterer Problembereich scheint in der Kommunikation mit dem TLVwA zu liegen, das als Landesbehörde die Fach- und die Rechtsaufsicht gegenüber den Gesundheitsämtern ausübt. Dies wurde einerseits deutlich in Äußerungen, dass auf Anfragen von den Gesundheitsämtern das TLVwA keine hilfreichen Informationen liefere und dass zentrale Koordinationsleistungen, etwa mit Blick auf Aus- und Fortbildung oder die Gesundheitsberichterstattung, nicht von dort übernommen werden. Dies wurde andererseits deutlich in der Kritik an den Vorgaben zur Jahresberichterstattung. Die Tabellen, die in Excel eingepflegt werden müssen, sind sehr detailliert, dabei aber recht unübersichtlich. Sie fordern einen hohen Zeitaufwand bei den Gesundheitsämtern, um die Daten aus unterschiedlichen Quellen zusammensuchen und einzupflegen. Der Mehrwert dieser Berichte ist jedoch – zumindest mit Blick auf die Gesundheitsberichterstattung – begrenzt. Auch steigt naturgemäß mit der Anzahl und Unübersichtlichkeit der erhobenen Informationen die Fehleranfälligkeit und damit die Fehlerquote im Datenbestand.

Insgesamt wird der Austausch von Daten und Informationen zwischen den oberen Behörden und den Gesundheitsämtern kritisiert. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter würden mit zu viel, aber nicht passgenauer Information versorgt:

*"Ich habe zweimal andeutungsweise sagen wir mal Krisensituationen erlebt. Wissen Sie was dann hier passiert? Dann kriegen Sie von überall her Informationen. Das Robert-Koch-Institut schickt Ihnen was, das Ministerium schickt Ihnen was, das Landesverwaltungsamt schickt Ihnen was. Das*

*kriegen Sie per Post, per Fax, per Mail. Und Sie verbringen Ihre Zeit damit erstmal zu gucken, gibt es hier eine Änderung und wenn ja wo? Ich rede hier nicht von einem Blatt, das sind teilweise 20, 30, 40, 50 Seiten. Wir können uns sonst auch selber lähmen. Auch dieses ganze Krisenmanagement, die Kommunikation im Krisenmanagement von unten nach oben und von oben nach unten bedarf dringendster Überprüfung!"*

*"Ich muss dazu sagen, dass es dank des Zeitalters E-Mail manchmal etwas zu viel wird, da wird man mit allem Möglichen, ob wichtig oder nicht wichtig, konfrontiert. Das erschlägt einen dann teilweise, wo man nachher sagt: ‚Okay, was machst du jetzt zuerst?‘ [...] In manchen Bereichen klappt es relativ gut, aber wir erleben halt manchmal auch, dass dann halt die Beantwortungen der Fragen für uns eigentlich wenig hilfreich sind. Da wird da auf Gesetze verwiesen [...] [und] wir bekommen Auszüge des Gesetzestextes, den wir selber kannten und ‚es tut uns leid, dass wir Ihnen keine andere Mitteilung machen können‘. [...]. Das sind gerade solche schwierigen Sachen, wo wir sagen, wir wissen auch nicht, wie wir es am günstigsten machen und da wird gesagt, das muss der Arzt bei euch entscheiden."*

Ein Aspekt der Reformüberlegungen sollte daher sein, wie man die praxisnahe Fachkompetenz auf Landesebene – im TLVwA oder auch anderweitig – stärken und die Kommunikation mit der operativen Ebene verbessern kann. Dies ist insbesondere dann von zentraler Bedeutung, wenn tatsächlich weitere Kompetenzen im Bereich des ÖGD zentralisiert werden sollten.

## 5 Analyse der Aufgabenerfüllung und Aufgabenkritik

Der Aufgabenbestand der Gesundheitsämter ist weitgehend gesetzlich vorgegeben und lässt daher nur einen sehr geringen Ermessensspielraum, Aufgaben nicht zu erfüllen oder sich zusätzliche Aufgaben zu suchen. Ein Großteil der gesetzlich vorgegebenen Aufgaben liegt im sogenannten 'übertragenen Wirkungskreis' (im Folgenden: ÜWK), fällt also unter diejenigen Aufgaben, die vom Land per Gesetz an die Gesundheitsämter übertragen werden. Ergänzt wird dieser Aufgabenbestand durch Aufgaben im 'eigenen Wirkungskreis' (im Folgenden: EWK). Das sind Aufgaben, die die Kommunen im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung autonom wahrnehmen, bei denen also nur die Rechts-, aber nicht die Fachaufsicht beim Land liegt. Diese Aufgaben sind ebenfalls überwiegend pflichtig, also durch Gesetz oder Verordnung normiert. Ob sie tatsächlich von den Gesundheitsämtern wahrgenommen werden müssen oder gegebenenfalls auch von anderen Behörden oder privaten Leistungserbringern, ist aufgrund der teilweise unspezifischen Formulierungen zu einem großen Teil in das Ermessen der kommunalen Entscheidungsträger gestellt. Diese teilweise unklare Zuordnung von Aufgaben wurde in den Interviews als problematisch thematisiert, da sich hieraus potenziell eine Aufgabenüberlastung ergibt:

*"Prinzipiell besteht erstmal die Frage: Was sind überhaupt Pflichtaufgaben, was sind hoheitliche Aufgaben, was ist eigener Wirkungskreis? Da gibt es nämlich in Thüringen überhaupt keine konkreten Vorgaben. Da gibt uns das Landesverwaltungsamt einen Aufgabenkatalog, der wiederum mit dem, was das Ministerium an Fach- und Personalempfehlungen entwickelt hat, gar nichts zu tun hat. Es gibt immer viele Diskussionen darüber, was überhaupt Pflicht ist."*

Vor dem Hintergrund der Unterscheidung zwischen ÜWK-Aufgaben und EWK-Aufgaben erscheint es so, dass tendenziell EWK-Aufgaben eher reduziert oder ausgelagert werden können als ÜWK-Aufgaben. Dennoch soll dies nicht daran hindern, auch im Einzelnen die Notwendigkeit von ÜWK-Aufgaben zu hinterfragen. Umgekehrt können EWK-Aufgaben zum notwendigen Kernbestand des Aufgabenbereiches des ÖGD gehören. Prüfmaßstab für die Beurteilung der Notwendigkeit von Aufgaben sollte stets die Kombination aus gesundheitsbezogenem und hoheitlichem Charakter einer Aufgabe sein. Ist der gesundheitsbezogene Charakter nicht vordergründig, kann die Aufgabe möglicherweise auch von einer anderen Behörde übernommen werden. Ist der hoheitliche Charakter nicht vordergründig, kann die Aufgabe möglicherweise auch von Privaten übernommen werden.

Bei der Aufgabenkritik ist grundsätzlich außerdem zu bedenken, was dadurch gewonnen wird, dass bestimmte Aufgaben als nicht notwendigerweise durch den ÖGD zu erbringend identifiziert werden. Denn dass Aufgaben ersatzlos wegfallen können, dürfte nur sehr selten der Fall sein. Vielmehr käme eine Verlagerung von Aufgaben – auf andere Behörden oder auf Private – in Frage. Hierbei muss die Frage nach der Effizienz einer Aufgabenverlagerung gestellt werden, die in der Regel mit hohen Transaktionskosten einhergehen dürfte. Gegebenenfalls müssen ganze Prozesse neu organisiert, Datenbestände transferiert und zusätzliche Kontrollschleifen eingezogen werden.

Um ein Beispiel zu geben: Gemäß § 7 Abs. 3 VO-ÖGD i. V. m. § 15 Thüringer Bestattungsgesetz fällt es in den Zuständigkeitsbereich der Gesundheitsämter (ÜWK), Totenscheine zu kontrollieren. Das Fallaufkommen ist sehr hoch – im Jahr 2017 gingen insgesamt in den Gesundheitsämtern 48.626 Totenscheine ein, die auf Plausibilität geprüft werden und zu statistischen Zwecken an weitere Stellen (Statistisches Landesamt, Deutsches Tumorzentrum, regionale Krebsregister) teilweise mehrfach weitergeleitet werden mussten. Es ist leicht vorstellbar, dass der Zeitaufwand für diese Aufgabe erhebliche Personalstunden in den einzelnen Gesundheitsämtern bindet. Zwar ist die Aufgabe gesetzlich normiert, aber prinzipiell wäre es denkbar, sie im Wege einer Gesetzesänderung anderen Stellen zu übertragen. Die Totenscheine könnten auch von hierzu ermächtigten Ärzten geprüft werden, die Erfassung und Weitergabe der Totenscheine könnte man den Standesämtern übertragen. Damit würden die Gesundheitsämter deutlich entlastet, es fiel aber derselbe Arbeitsaufwand an anderer Stelle an, die ganzen Prozesse müssten umgestellt und ggf. die Entscheidungen der ermächtigten Ärzte doch noch einer staatlichen Kontrolle unterzogen werden. Ob also bei einer Aufgabenverlagerung letztlich die Entlastung der Gesundheitsämter nicht durch einen Mehraufwand an anderer Stelle gewonnen wird, muss jeweils im Detail durchdacht werden.

Dieses Beispiel verdeutlicht zugleich die Grenzen dieses Berichtes. Gemäß dem Auftrag durch das TMASGFF soll es das Ziel dieses Kapitels sein, eine Aufgabenkritik auf Basis der Bestandsanalyse durchzuführen. Hierbei sollen Grade der Aufgabenerfüllung berücksichtigt sowie untersucht werden, welches Personal mit welchem Zeitaufwand die Aufgaben erfüllt und somit, ob das Personal für die Aufgabenerfüllung ausreicht. Infolge der Bestandsanalyse, der Analyse der Aufgabenerfüllung und der Personalkapazitäten sollte sich bei einer Aufgabenkritik die Überlegung anschließen, welche Aufgaben beibehalten werden und welche ggf.

aufgegeben, in Kooperation oder durch Dritte erfüllt werden können. Schließlich sollen auf Basis der Aufgabenkritik Arztprofile erarbeitet werden.

In der Tat wird gemeinhin die Aufgabenkritik als "zwingende Vorstufe von Geschäftsprozessanalysen und Personalbedarfsermittlungen" (Bundesministerium des Innern/Bundesverwaltungsamt 2018) verstanden. Die Aufgabenkritik sollte sinnvollerweise in zwei Schritten durchgeführt werden. Zunächst ist der vorhandene Aufgabenbestand einer Zweckkritik zu unterziehen. Hierbei werden Empfehlungen zum Wegfall oder zur Fortführung einzelner Aufgaben erarbeitet. Im zweiten Schritt sollte sich eine Vollzugskritik anschließen. Diese fokussiert auf den verbleibenden Aufgabenbestand, der im Rahmen der Zweckkritik zur Fortführung empfohlen wurde. Die Vollzugskritik verfolgt das Ziel, den bereinigten Aufgabenkatalog zu optimieren, indem die Arbeitsprozesse evaluiert und die Art und Weise der Aufgabenerfüllung überprüft werden. Teil der Vollzugskritik muss demnach auch eine Analyse des Personalbedarfs sein. Die Ermittlung des erforderlichen Personalbedarfs sowie die Reorganisation von bestehenden Organisationsstrukturen kann jedoch nur dann gelingen, wenn zuvor alle Arbeitsprozesse und Aufgabenbereiche im Detail analysiert und optimiert wurden (Bundesministerium des Innern/Bundesverwaltungsamt 2018). Eine in diesem Sinne interpretierte umfassende Aufgabenkritik kann durch die Autoren des Berichts nicht geleistet werden. Sie würde wesentlich mehr Zeit, Informationen und Arbeitsstunden erfordern, als für diesen Bericht vorgesehen. Darüber hinaus sind hierfür detaillierte Informationen über Arbeitsabläufe in den Ämtern erforderlich, die nur in enger Kooperation mit den in den Gesundheitsämtern tätigen Personen erhoben werden können und für diesen Bericht nicht zur Verfügung standen. Letztlich müssen für eine so verstandene Aufgabenkritik fachliche und auch politische Entscheidungen getroffen werden, die nur in kooperativen Prozessen vieler beteiligter Akteure hinreichend fundiert werden können, aber nicht von außenstehenden Gutachtern angemessen bewertet werden können. Im Folgenden erläutern wir daher, wie wir die Aufgabenkritik in diesem Kapitel umsetzen:

- **Eine Analyse des Aufgabenbestandes wird vorgelegt.** Der Aufgabenbestand ergibt sich im Wesentlichen durch eine Analyse der rechtlichen Grundlagen (Gesetze und Rechtsverordnungen). Allerdings ist dieser Aufgabenbestand, wie oben dargelegt, auch nicht ganz eindeutig bestimmt. In der Auswahl und Reihenfolge der untersuchten Aufgaben folgen wir daher einer vom TLVwA zusammengestellten Übersicht der verschiedenen Aufgabenbereiche, deren Rechtsgrundlagen sowie der Entwicklung

der Rechtsgrundlagen und des Aufgabenspektrums seit 1990. Diese Übersicht findet sich in Anhang X. Sofern die Gesundheitsämter weitere Aufgaben wahrnehmen, die nicht rechtlich normiert sind, entzieht sich dies unserer Kenntnis, da wir zwar in den Gesundheitsämtern Interviews geführt haben, darüber hinaus aber über keine vertiefte Kenntnis der Alltagsarbeit in den Ämtern verfügen.

- **Eine Analyse der Aufgabenerfüllung wird vorgelegt.** Diese basiert – wie die Analyse der personellen und materiellen Ausstattung in Kapitel 2 – auf den JBE-Daten des Jahres 2017. Zu den einzelnen Aufgabenbereichen wurden hier vom TLVWA Informationen in verschiedenem Umfang und unterschiedlicher Qualität zusammengetragen. Sofern diese Zahlen vollständig und belastbar scheinen, werden sie in Übersichtsgrafiken oder Tabellen zusammengestellt und im Hinblick auf auffallende strukturelle Merkmale interpretiert, die Anhaltspunkte für eine Aufgabenkritik liefern könnten. Die Interpretation wird zusätzlich durch die Interviews informiert, die teilweise Anhaltspunkte für Probleme bei der Aufgabenerfüllung liefern. Nur aus wenigen Tabellen der JBE lassen sich jedoch unmittelbar Grade der Aufgabenerfüllung ableiten, da die Daten der JBE wenig Kontext-Informationen bieten, die es etwa ermöglichen einzuschätzen, wie hoch ein durchschnittliches Fallaufkommen wäre.
- **Eine Überprüfung der Personalkapazität ist auf dieser Datenbasis nicht möglich,** da man nicht zuordnen kann, durch welches Personal (Qualifikationsstufe, eigenes Personal, Honorarkräfte oder andere Träger) die Aufgabe erfüllt wurde und welcher Zeitaufwand für die Aufgabenerfüllung angefallen ist.
- **Arztprofile können ebenfalls nicht detailliert aus den Daten abgeleitet werden.** Aus der Analyse der Aufgabenerfüllung im Vergleich zwischen den einzelnen Gesundheitsämtern sowie aus den Interviews ergeben sich vereinzelte Hinweise darauf, Aufgaben ggf. regional zu konzentrieren. Wo die Bestandsanalyse Strukturen zeigt, die in diese Richtung deuten, werden entsprechende Hinweise in der Dateninterpretation formuliert.
- Sollte eine umfassende Aufgabenkritik im Sinne der Handreichungen des BMI, wie oben ausgeführt, tatsächlich angestrebt werden, müsste hierfür eine Projektorganisation unter der Leitung des TMASGFF in enger Kooperation mit dem Personal der Gesundheitsämter über einen längeren Zeitraum detailliert den täglichen Aufgabenanfall und seine Erledigung erheben. Man müsste Arbeitstagebücher des Personals führen, um festzustellen, wer mit welchem Zeitaufwand und in welcher qualitativen

Tiefe welche Aufgaben übernimmt. Ob allerdings das Personal in den Gesundheitsämtern angesichts der hohen Arbeitsbelastung überhaupt Kapazitäten hätte, seine eigene Tätigkeit in diesem Umfang zu dokumentieren, erscheint uns fraglich. Aber nur auf diese Weise könnten die notwendigen Informationen über den Arbeitsaufwand für bestimmte Aufgaben, über Auslastung und Erfüllungsquoten sowie über die notwendigen fachlichen Anforderungen für die ärztlichen Tätigkeiten gewonnen werden. **Die Analysen, die wir in diesem Bericht anstellen, können hierfür allenfalls Hinweise und Ansatzpunkte liefern.**

Die in der JBE erfassten Aufgabenbereiche des ÖGD sind:

1. Koordination und Leitung der Gesundheitsämter durch die Amtsleitung und die Fachdienstleitungen, die auch die Aufsicht und Überwachung im Gesundheitswesen (Medizinalaufsicht) sowie in der Regel das amtsärztliche Gutachterwesen übernehmen
2. Infektionsschutz/ Umwelthygiene / umweltbezogener Gesundheitsschutz
3. Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (KJÄD) sowie Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst (KJZÄD)
4. Gesundheitsförderung/ Prävention/ Gesundheitsberichterstattung
5. Sozialpsychiatrischer Dienst (SPDi)

In den folgenden Unterkapiteln werden der Aufgabenbestand sowie der Aufgabenerfüllung im Rahmen der oben erläuterten Beschränkungen entlang dieser Aufgabenliste dargestellt. Die Reihenfolge der einzelnen Aufgabenbereiche und Dienste folgt hierbei der Logik der Tabellen zur JBE, die uns durch das TLVwA zur Verfügung gestellt wurden.

## 5.1 Amtsärztliche Aufgaben

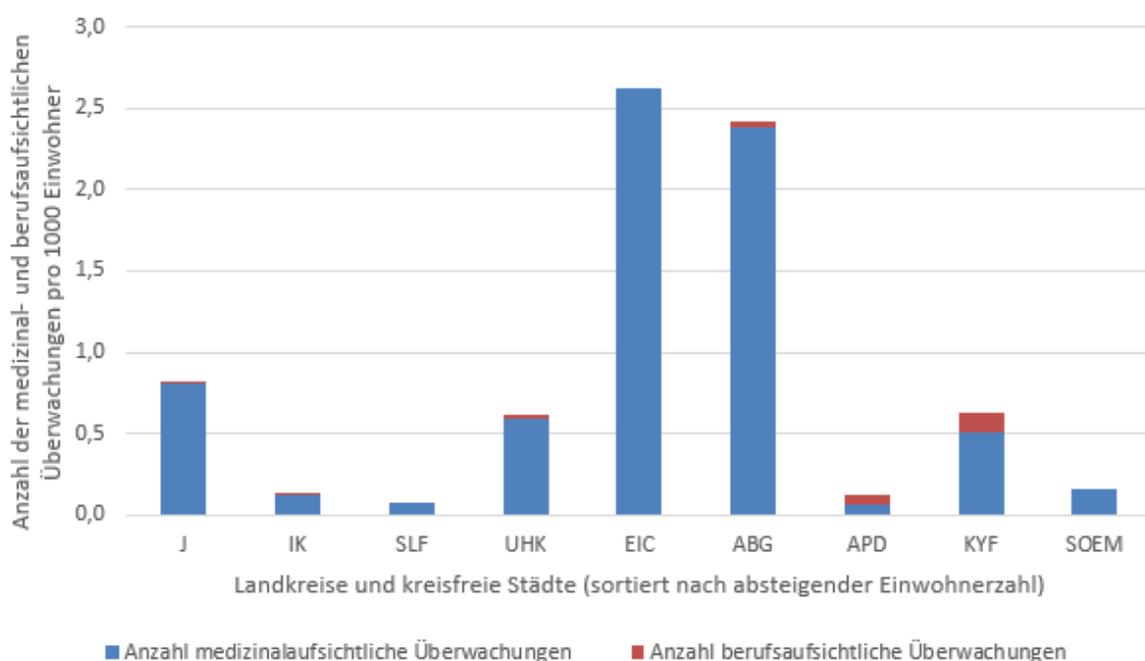
In Thüringen muss ein Gesundheitsamt gemäß § 2 Abs. 4 VO-ÖGD von einem Amtsarzt geleitet werden. Die Bezeichnung des Amtsarztes ist also – in Abweichung vom Sprachgebrauch in anderen Bundesländern – gleichbedeutend mit der Leitungsfunktion. Die Amtsärztin oder der Amtsarzt sollte eine Facharztqualifikation haben, es muss aber nicht notwendig ein Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen sein. Aus dem breiten Spektrum der amtsärztlichen Tätigkeit werden in der JBE Teile der Medizinalaufsicht sowie das amtsärztliche Gutachterwesen erhoben. Diese Aufgabenbereiche werden hier analysiert.

### 5.1.1 Medizinalaufsicht

Die Medizinalaufsicht bildet einen der Kernbereiche der ÖGD-Zuständigkeiten. Hierunter fällt unter anderem die berufsaufsichtliche Überwachung der ärztlichen oder nichtärztlichen Heilberufe sowie der Heilhilfs-, Gesundheitsfach- und Pflegeberufe in freier, selbstständiger Berufsausübung. Die Gesundheitsämter führen ein Register über die zugelassenen Personen in ihrem Zuständigkeitsbereich. Außerdem überwachen sie im Rahmen von Kontrollen berufsausübungsrechtliche Anzeigepflichten und die Einhaltung der beruflichen Befugnisse. Im Falle von Befugnisüberschreitungen können sie die Berufsausübung einschränken oder sogar verbieten.

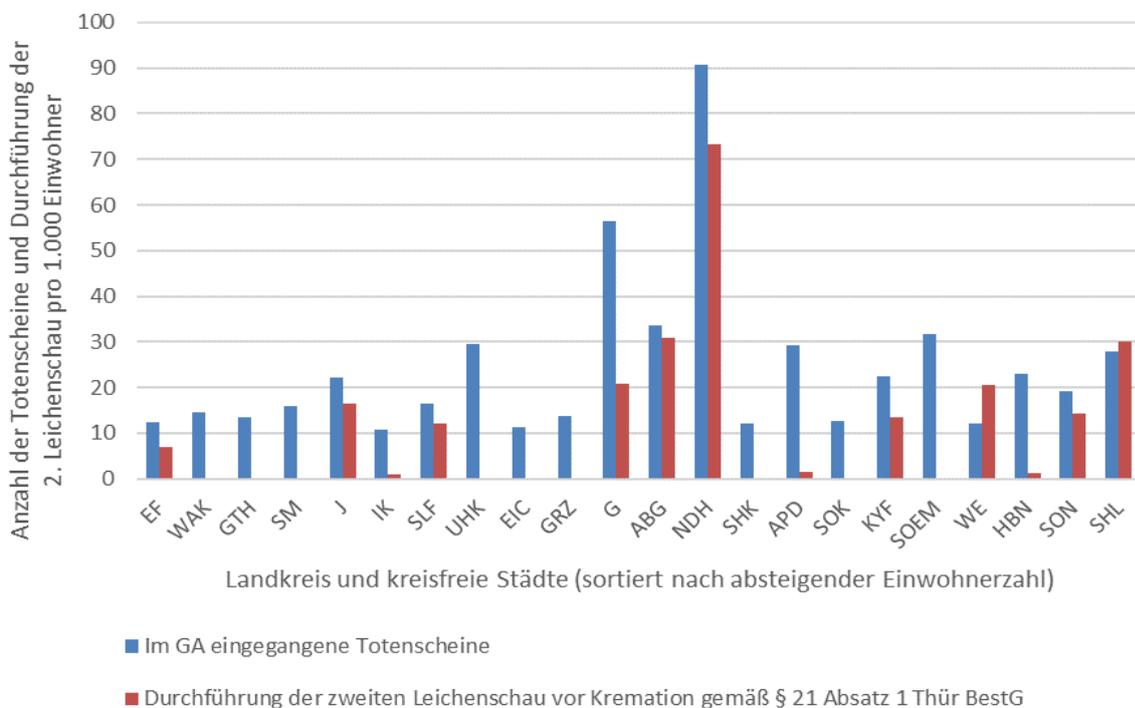
Unter die Medizinalaufsicht fällt auch die Prüfung und Zulassung von Heilberufen. Kenntnisprüfungen für die Berufsausübungszulassungen für Heilpraktiker werden ausschließlich vom Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Erfurt durchgeführt (142 uneingeschränkte und eingeschränkte Kenntnisprüfungen). Das Gesundheitsamt Jena hat insgesamt neun Berufsausübungszulassungen (vier Berufsausübungszulassungen mit Kenntnisprüfung, eine mit eingeschränkter Kenntnisprüfung und vier ohne Kenntnisprüfung) und das Gesundheitsamt des Unstrut-Hainich-Kreises hat zwei Berufsausübungszulassungen mit Kenntnisprüfung vorgenommen. Wir stellen hier also eine klare regionale Konzentration der Kenntnisprüfung und der Berufsausübungszulassung auf wenige Orte fest.

Abbildung 9: Medizinal- und berufsaufsichtliche Überwachungen pro 1.000 Einwohner



Auch medizinische- und berufsaufsichtliche Kontrollen haben nur in neun Landkreisen und Städten stattgefunden. Die Hintergründe dieser regionalen Verteilung entziehen sich unserer Kenntnis. Es mag an Absprachen zwischen den Kreisen liegen, dass einige diese Prüfungen stellvertretend für andere mit übernehmen. Es mag daran liegen, dass in einigen Kreisen nur wenig medizinische freiberufliche Zulassungen existieren. Oder die unterschiedliche Kontrollintensität ist auf eine unterschiedliche Prioritätensetzung zwischen den Gesundheitsämtern zurückzuführen, die angesichts einer knappen Personaldecke bestimmte Aufgaben nicht vollumfänglich ausführen können. Diese Hintergründe müssten im Rahmen einer vertieften Aufgabenkritik eruiert werden.

Abbildung 10: Medizinalaufsicht - Totenscheine und zweite Leichennachschau



Ein weiterer Teilaspekt der Medizinalaufsicht ist die Kontrolle der Totenscheine sowie – im Falle der Kremation – die Durchführung einer zweiten Leichenschau. Primär kann davon ausgegangen werden kann, dass die Todesfälle sich in der regionalen Verteilung im Wesentlichen proportional zur Bevölkerung verhalten. Davon abweichend kann erwartet werden, dass in Krankenhäusern, Altenpflegeheimen und geriatrischen Reha-Einrichtungen mehr Menschen sterben. Tatsächlich liegt in Abbildung 10 die Streuung bei der Anzahl der Totenscheine pro 1.000 Einwohner zwischen 11 im Ilm-Kreis und 91 in Nordhausen. Die hohe Fallzahl in Nordhausen dürfte auf das Südharz Klinikum Nordhausen zurückzuführen sein, das einen überregionalen Versorgungsauftrag hat. Ob die Unterschiede vollständig durch die regionale Konzentration medizinischer Einrichtungen oder ggf. auch auf eine Arbeitsteilung

zwischen Gesundheitsämtern zurückzuführen erklärt werden können, müsste im Detail überprüft werden.

*Tabelle 2: Anzahl der Krematorien im Zuständigkeitsbereich und mit überregionalem Einzugsbereich sowie die Durchführung der zweiten Leichenschau vor Kremation durch Ärztinnen und Ärzte des Gesundheitsamtes und durch beauftragte Ärzte*

Kreis	Anzahl Krematorien im Zuständigkeitsbereich	Anzahl Krematorien mit überregionalem Einzugsbereich	Durchführung der 2. Leichenschau vor Kremation durch	
			Ärzte des GA	beauftragte Ärzte
EF	1	0		Ja
WAK	0	0		
GTH	1	0		Ja
SM	2	2		Ja
J	1	0		Ja
IK	0	0	Ja	
SLF	1	0		Ja
UHK	0	0		
EIC	0	0		
GRZ	1	1		Ja
G	1	1		Ja
ABG	1	1		Ja
NDH	2	1	Ja	Ja
SHK	0	0		
APD	0	0	Ja	
SOK	0	0		
KYF	1	0		Ja
SOEM	0	0		
WE	1	1	Ja	
HBN	0	0	Ja	Ja
SON	1	1		Ja
SHL	1	1	Ja	
<b>Summe</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>12</b>

Auch bei der zweiten Leichenschau erwartet man eine regionale Konzentration. Gemäß § 21 ThürBestG muss die zweite Leichenschau vor einer Kremation durchgeführt werden. Sie kann von einer Ärztin oder einem Arzt des Gesundheitsamtes oder auch von einer ermächtigten Fachärztin oder einem Facharzt durchgeführt werden. Zweite Leichenschauen sollten demgemäß nur in Städten oder Landkreisen durchgeführt werden, in denen auch Krematorien vorhanden sind, wie in Tabelle 2 ausgewiesen (rote Zeilen zeigen die Kreise oder Städte, in denen sich Krematorien mit überregionalem Einzugsbereich befinden). Im Wesentlichen entspricht dies den roten Balken in Abbildung 10. Erklärungsbedürftig ist allerdings, warum zweite Leichenschauen durch Ärzte der Gesundheitsämter auch durchgeführt werden, wenn gar kein Krematorium im Kreis vorhanden ist (Ilm-Kreis, Apolda und Hildburghausen). Auch

zeigt sich, dass die Möglichkeit, Ärzte mit der zweiten Leichenschau zu beauftragen, noch weitergehend genutzt werden könnte. Während Sömmerda die Aufgabe konsequent externalisiert, verfolgt Nordhausen eine gemischte Strategie. Gera, Altenburg und Sonneberg geben zwar an, dass keine eigenen Ärzte die zweiten Leichenschauen durchführen (Tabelle 2), weisen aber dennoch Fallzahlen aus (Abbildung 10). Das könnte auf Inkonsistenzen bei der Dateneingabe hinweisen.

### 5.1.2 Gutachten

Das Erstellen von Gutachten hat sich wohl in den vergangenen Jahren zu einer der umfangreichsten Tätigkeiten entwickelt, die Ärztinnen und Ärzte im ÖGD in Thüringen ausüben. In der VO-ÖGD (§ 2 und § 3) wird recht allgemein formuliert, dass die Gesundheitsämter Gutachten, Zeugnisse und Bescheinigungen erstellen, wenn dies durch Rechtsvorschriften vorgesehen ist. Die Formulierung zeigt schon, dass die Interpretationsmöglichkeit der Vorschrift breit ist. Durch Rechtsvorschriften vorgesehen ist die amtsärztliche Begutachtung durch eine ganze Reihe von Einzelnormen (s. Punkt 2 in Anhang X). Darüber hinaus werden die Gesundheitsämter von den Kommunen in Amtshilfe zu gutachterlicher Tätigkeit herangezogen, insbesondere dann, wenn sie ohnehin bereits beratend oder diagnostisch tätig sind, wie etwa bei der Eingliederungshilfe nach SGB XII. Einerseits erscheint es naheliegend, in allen Fragen, in denen man eine möglichst neutrale Einschätzung benötigt, amtsärztliche Gutachten einzuholen. Andererseits führt diese Neigung, insbesondere bei Gutachten, die nicht gesetzlich vorgeschrieben sind, zu einer Überlastung der Gesundheitsämter.

Informationen zum Gutachterwesen sind in der JBE des TLVWA sehr detailliert enthalten. Wie in Tabelle 3 zu erkennen ist, ist das Gutachterwesen in zweierlei Hinsicht umfangreich. Zum einen ist die absolute Fallzahl hoch: Allein im Bereich der Einstellung, Dienstfähigkeit und im Beihilfewesen wurden 2.451 Gutachten angefertigt, dazu kamen 195 weitere tarifrechtliche Gutachten auf Basis von Vereinbarungen einzelner Gesundheitsämter mit den gesetzlichen Krankenkassen. Über 11.000 Gutachten wurden zum Entwicklungsstand, Förderbedarf und der Hilfebedürftigkeit von Kindern mit Blick auf den Schulbesuch erstellt, wovon insbesondere der KJÄD betroffen ist.<sup>14</sup> Zum anderen fällt auf, dass die Gesundheitsämter in sehr vielen unterschiedlichen Themenbereichen gutachterlich tätig werden, unter anderem weil die Liste der Rechtsverordnungen sehr lang ist.

---

<sup>14</sup> Diese Zahl bezieht sich nicht auf die so genannten Reihenuntersuchungen zum Entwicklungsstand von Kindern, die bei ganzen Kohorten durchgeführt werden (vgl. Kapitel 5.3), sondern auf Einzelgutachten.

Tabelle 3: Amtsärztliches Gutachterwesen, Anzahl Gutachten nach Regelungsbereichen absolut

<b>Gesamt</b>	<b>Anzahl Gutachten nach Regelungsbereichen (absolut)</b>
<b>Gutachten im Dienst- und Versorgungsrecht/Beihilfe</b>	<b>3.441</b>
davon nach Beamtenrecht	2.451
nach Beihilferecht	798
nach Tarifrecht	195
<b>Gutachten nach SGB II-XII</b>	<b>5.782</b>
<b>Gutachten nach Spezialvorschriften</b>	<b>11.090</b>
<b>Gerichtsärztliche Gutachten</b>	<b>1.226</b>
<b>Gutachten im Ausländer- und Asylrecht</b>	<b>3.102</b>
<b>sonstige Gutachten</b>	<b>2.979</b>
<b>Summe</b>	<b>27.623</b>

In Tabelle 4 zeigt sich, dass die Fallzahlen pro 1.000 Einwohner zwischen den einzelnen Landkreisen und Städten und auch nach Themenbereich stark variieren. Zur besseren Übersicht wurden die einzelnen Zellen farblich markiert. Grüne Zellen weisen Fallzahlen pro 1.000 Einwohner unter 1 aus, rote Zellen weisen auf Fallzahlen größer 10 hin. Mit 25 Gutachten pro 1.000 Einwohner führt der Kreis Altenburger Land die Liste an. Woher diese Unterschiede zwischen den einzelnen Gesundheitsämtern rühren, können wir nicht beurteilen. Im Rahmen einer vertieften Aufgabenkritik wäre es aber vermutlich lohnenswert, diese Unterschiede einmal genauer in den Blick zu nehmen.

Tabelle 4: Amtsärztliches Gutachterwesen, Anzahl Gutachten je 1.000 Einwohner

	EF	WAK	GTH	SM	J	IK	SLF	UHK	EIC	GRZ	G	ABG	NDH	SHK	APD	SOK	KYF	SOEM	WE	HBN	SON	SHL
Gutachten im Dienst- und Tarifrecht	2,32	1,22	2,12	1,46	2,46	1,62	1,01	1,30	1,09	1,65	1,50	1,93	1,27	1,16	1,02	1,35	0,80	1,11	2,92	1,33	1,53	2,86
Gutachten nach SGB II-XII	0,92	3,70	5,31	6,09	4,26	3,66	0,25	3,46	3,82	3,77	4,91	2,86	0,05	0,05	2,37	0,87	0,79	0,44	0,36	0,16	0,73	9,15
Gutachten nach Spezialvorschriften <sup>15</sup>	1,24	1,15	9,61	8,98	3,30	9,75	0,78	15,16	13,91	1,42	2,09	8,15	0,00	0,00	12,54	0,21	14,92	0,84	2,81	0,22	0,23	5,98
Gerichtsärztliche Gutachten	0,00	0,00	0,07	0,08	0,06	4,30	0,04	1,10	0,11	1,84	0,30	0,48	0,32	0,98	0,13	0,52	0,09	0,43	0,69	0,03	0,46	2,12
Gutachten im Ausländer- und Asylrecht	0,68	0,00	0,68	2,57	4,02	0,75	0,93	1,44	0,44	1,65	3,47	1,50	0,13	1,11	3,68	0,46	4,96	0,68	1,87	0,16	1,56	0,29
sonstige Gutachten <sup>16</sup>	0,26	0,01	0,16	0,41	4,76	2,51	0,76	1,07	0,26	1,02	2,74	10,09	0,21	0,50	0,68	1,64	0,38	0,93	1,87	0,22	1,31	1,14
Summe	5,41	6,08	17,95	19,60	18,86	22,59	3,77	23,53	19,62	11,37	15,03	25,01	1,98	3,81	20,43	5,05	21,93	4,44	10,52	2,11	5,82	21,53

<sup>15</sup> § 7 ThürKitaG (Behinderung Förderbedarf)

§ 16 ThürKitaG (Aufnahmegutachten)

§ 18 Abs. 2 ThürSchulG (zum altersgerechten Entwicklungsstand)

§ 18 Abs. 3 ThürSchulG (zur Zurückstellung der Einschulung)

§ 53 Abs. 2 ThürSchulG i. V. m. § 1 Abs. 2 ThürFSG (+SGB) Integrationshelfer Schule

§§ 5 u. 6 ThürSchulO (Verhinderung, Befreiung)

§ 4 ThürSchFG (Behinderten-Fahrdienst)

§ 8 ThürFSG i. V. m. §§ 4 u. 12 ThürFöschulO (Aufnahme in eine Förder- / Sonderschule)

§ 18 a ThürFSG (Sicherstellg. Pflege u. Therapie d. Schulträger)

§ 9 ThürBligg

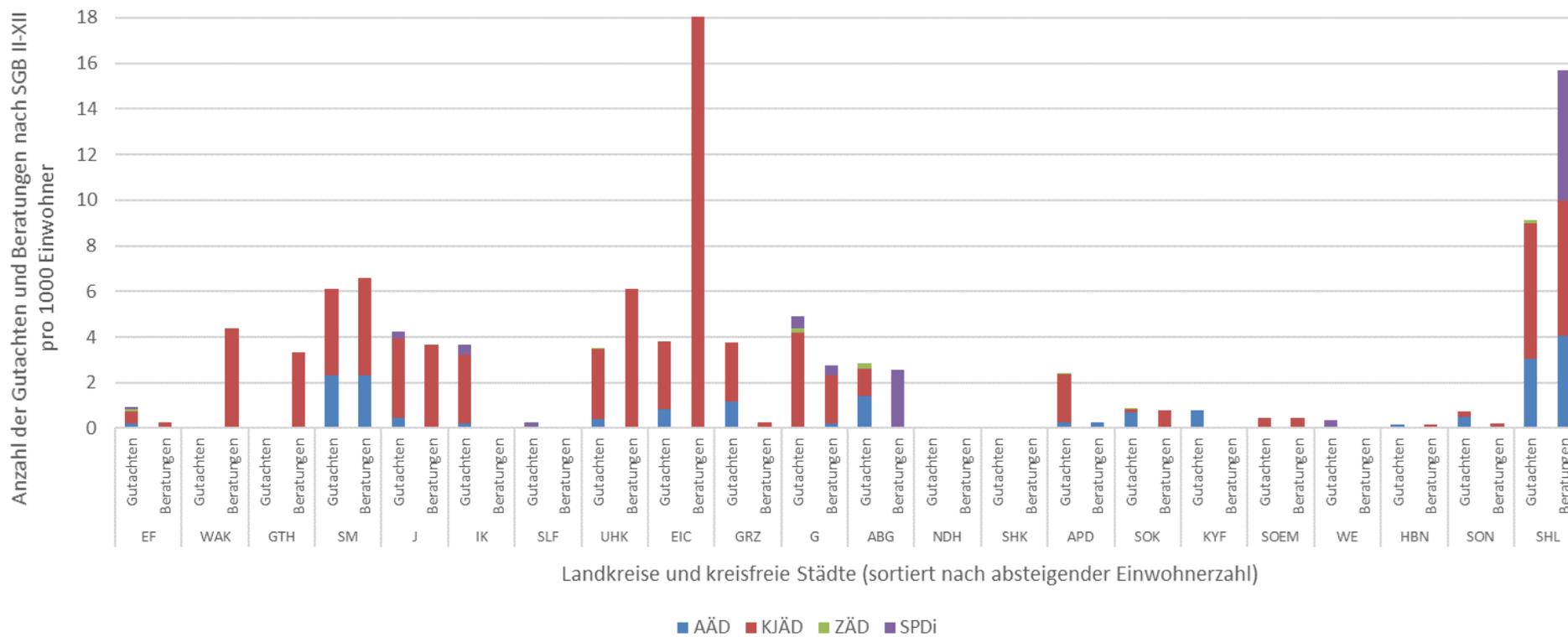
<sup>16</sup> Gutachten/Leistungen nach der VO über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr und zur Änderung straßenverkehrsrechtlicher Vorschriften vom 18.08.1998 Artikel 1 – VO über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr (Fahrerlaubnis-VO – FeV in der jeweils gültigen Fassung)

§ 4 WaffG vom 11.10.2002 i. V. m. § 10 Thür. VO zur Durchführung des Waffengesetzes Gutachten über die persönliche Eignung

Gutachten Pflegegeld/Pflegestufen/Pflegegrade/Health and Welfare Plans

Gutachten und Bescheinigungen zur Feststellung der Prüfungsfähigkeit, Sporttauglichkeit, Alkohol- und Drogenscreening u. a.

Abbildung 11: Gutachten nach SGB II-XII (Eingliederungshilfen/Teilhabe/Mehrbedarf) pro 1.000 Einwohner<sup>17</sup>



<sup>17</sup> Im Landkreis Eichsfeld liegt die Zahl der Beratungen mit **41,43** pro 1.000 Einwohner am höchsten. Zur besseren optischen Vergleichbarkeit zwischen den Kreisen und Städten wurde die Abbildung an der Y-Achse bei 18 abgeschnitten.

Abbildung 11 illustriert, wo ohne ausdrückliche rechtliche Grundlage den Gesundheitsämtern weitere gutachterliche Verpflichtungen zuwachsen. Im Bereich der Sozialgesetzgebung, insbesondere bei Fragen der Eingliederungshilfen, der Teilhabe und des Mehrbedarfs, haben die Gesundheitsämter primär die Pflicht zur Beratung, werden dann aber häufig in Amtshilfverfahren hinzugezogen, um entsprechende Gutachten zu erstellen. In einzelnen Fällen übersteigt die Zahl der Gutachten sogar die Zahl der Beratungen. Noch augenfälliger als in Tabelle 4 oben werden hier die regionalen Unterschiede, wobei Eichsfeld mit über 41 Fällen und Suhl mit knapp 16 Fällen pro Einwohner die Liste anführen. Schließlich zeigt sich in Abbildung 11 auch die große Belastung des KJÄD. Ebenso wie die schulbezogenen Untersuchungen (vgl. Tabelle 5) belasten diese gutachterlichen Aufgaben fast ausschließlich den KJÄD. Vor diesem Hintergrund wäre zu erwägen, ob man weitere gutachterliche Verpflichtungen aus dem amtsärztlichen Dienst auslagern könnte. Allerdings deuten die Interviews an, dass die Erfahrungen mit der Auslagerung der Verbeamtungsgutachten für Lehrerinnen und Lehrer seit 2014 nicht unproblematisch sind. Auch hier gilt es wieder eine Kosten-Nutzen-Abwägung anzustellen. Für eine Auslagerung spräche eine unmittelbare Reduktion der Gutachtenbelastung in den GÄ. Gegen die Auslagerung spricht, dass im Gegenzug bei den beauftragten Ärztinnen und Ärzten Verträge ausgehandelt, Schulungen durchgeführt, Honorare gezahlt und letztlich auch Kontrollen durchgeführt werden müssen.

Tabelle 5: Gutachten, Bescheinigungen oder Zeugnisse nach Spezialvorschriften (absolute Zahlen für gesamt Thüringen)

Gesetzliche Grundlage	AÄD	KJÄD	ZÄD	SPDi	Summe
§ 7 ThürKitaG (Behinderung Förderbedarf)	0	1175	0	0	1.175
§ 16 ThürKitaG (Aufnahmegutachten)	0	138	0	0	138
§ 18 Abs. 2 ThürSchulG (zum altersgerechten Entwicklungsstand)	0	7252	0	0	7.252
§ 18 Abs. 3 ThürSchulG (zur Zurückstellung der Einschulung)	0	689	0	0	689
§ 53, Abs. 2 ThürSchulG i. V. m. § 1 Abs. 2 ThürFSG (+SGB) Integrationshelfer Schule	0	295	0	0	295
§§ 5 u. 6 ThürSchulO (Verhinderung, Befreiung)	0	63	0	0	63
§ 4 ThürSchFG (Behinderten-Fahrdienst)	0	352	0	0	352
§ 8 ThürFSG i. V. m. §§ 4 u. 12 ThürFöschulO (Aufnahme in eine Förder-/ Sonderschule)	0	145	0	0	145
§ 18 a ThürFSG (Sicherstellung Pflege u. Therapie d. Schulträger)	0	32	0	0	32
§ 9 ThürBligg	0	0	0	0	0
sonstige, Erfassung bitte nur, wenn Sachverhalt oder Rechtsgrundlage nicht aufgeführt	76	758	85	30	949
<b>Summe</b>	76	10.899	85	30	11.090

## 5.2 Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz

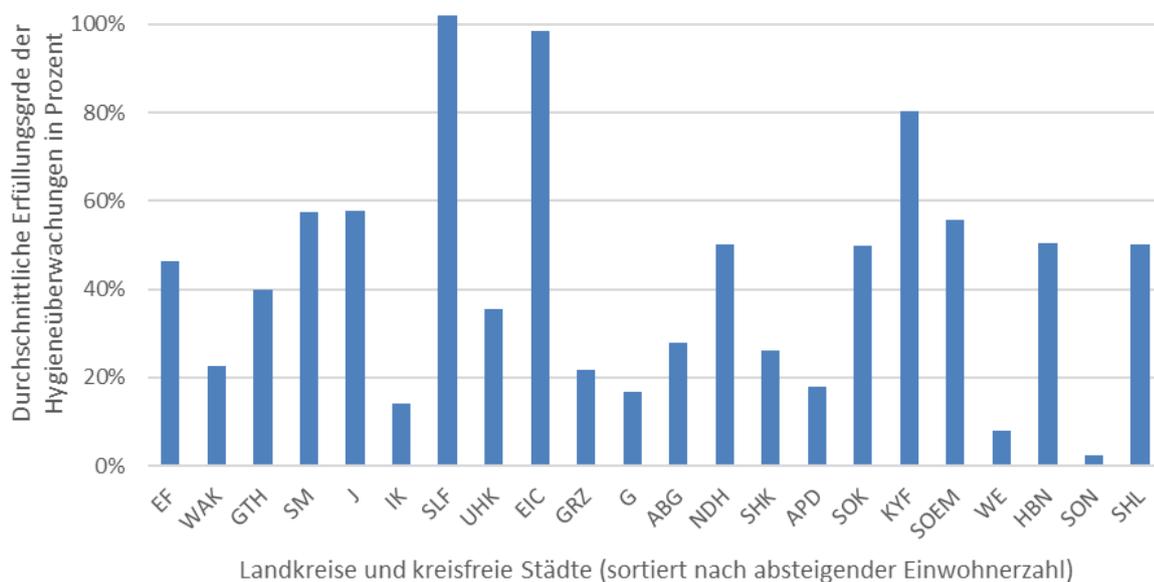
Das wohl breiteste Aufgabenspektrum bilden die Aufgaben im Bereich des Infektionsschutzes, der Hygieneüberwachung und des (auch umweltbezogenen) Gesundheitsschutzes. Insbesondere die Überwachung öffentlicher Einrichtungen, Gewässer und des Trinkwassers ist eine sehr breit gefächerte Querschnittsaufgabe, da sich hier die Medizinalaufsicht und die infektionshygienische Überwachung teilweise überlagern. Insofern ist es auch schwierig, diese Aufgaben trennscharf zu betrachten. Die JBE-Daten bieten wieder Ausschnitte aus dem Aufgabenspektrum im Hinblick auf die Überwachung von Einrichtungen sowie die Durchführung von Schutzimpfungen.

### 5.2.1 Hygieneüberwachung

Gemäß VO-ÖGD sowie Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes müssen die Gesundheitsämter regelmäßige Hygienekontrollen in öffentlichen Einrichtungen durchführen. Zu den zu kontrollierenden Einrichtungen gehören unter anderem Krankenhäuser, Kliniken

und Reha-Einrichtungen; Rettungsdienste; öffentlich betriebene Wohnunterkünfte; Schulen, Kindergärten und Kindertagesstätten; Justizvollzugsanstalten; Sportstätten und Kinderspielflächen; öffentliche Toiletten; Campingplätze; Mülldeponien; Häfen und Flughäfen; Anlagen zur Trinkwassergewinnung und -versorgung; Heilquellen; Badestellen, Badegewässer und Schwimmbäder. Das TMSFG hat hierzu 2014 eine Empfehlung herausgegeben, die zwischen drei Stufen der Kontrolldichte unterscheidet, je nachdem ob das Infektionsrisiko in der Einrichtung als gering, mittel oder hoch eingeschätzt wird. Einrichtung mit geringem Infektionsrisiko sollten mindestens einmal alle drei bis fünf Jahre kontrolliert werden, Einrichtungen mit mittlerem Infektionsrisiko mindestens einmal in ein bis drei Jahren und Einrichtung mit hohem Infektionsrisiko sollten jährlich kontrolliert werden. In der JBE geben die einzelnen Landkreise und Städte jeweils an, in wie vielen Einrichtungen sie im Berichtsjahr Kontrollen durchgeführt haben. Werden aus diesen Angaben Mittelwerte gebildet<sup>18</sup>, ergeben sich durchschnittliche Erfüllungsquoten, wie in der folgenden Abbildung 12 gezeigt.

Abbildung 12: Durchschnittliche Erfüllungsquoten der Überwachungen von Einrichtungen und Anlagen (turnusübergreifend)

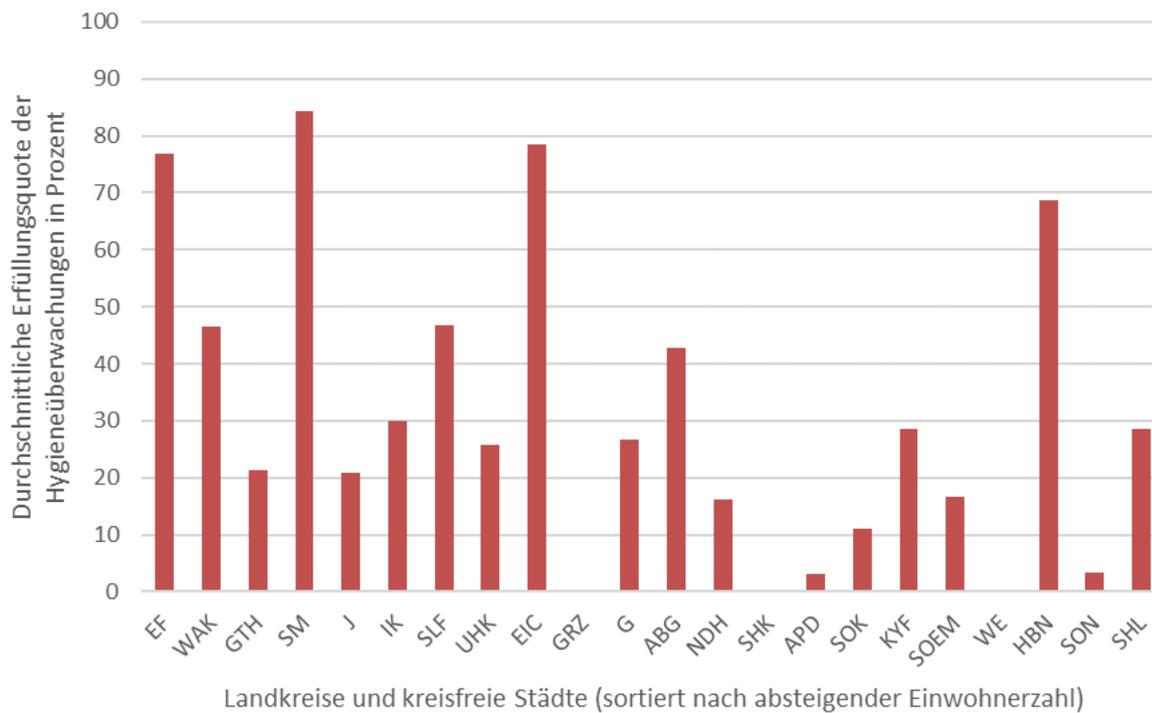


<sup>18</sup> Um zu große Verzerrungen zu vermeiden, werden die Mittelwerte in der JBE nochmals um den Kontrollturnus in einer groben Annäherung kontrolliert. Das heißt, die Erfüllungsquoten für einen Kontrollzeitraum von eins bis drei Jahre werden mit 2, die für einen Kontrollzeitraum von drei bis fünf Jahre werden mit 4 multipliziert.

Die Balken weisen jedenfalls aus, dass von allen Gesundheitsämtern jährlich Kontrollen durchgeführt werden. Die Quoten variieren hierbei zwischen 2 und 101 %. **Aus diesen Zahlen lässt sich jedoch schwerlich auf Erfüllungsgrade der Hygieneüberwachung schließen.** Hierfür müsste man die Zahlen über einen fünfjährigen Berichtszeitraum aggregieren. Jahresberichte hingegen stellen in Bezug auf einen mehrjährigen Kontrollturnus 'Momentaufnahmen' dar. Die Zahlen werden auch nicht aussagekräftiger, wenn man sie, wie in den Auswertungstabellen zur JBE, die uns zur Verfügung gestellt wurden, geschehen, durch Multiplikation auf den durchschnittlichen Kontrollturnus relativiert (so wird es auch in Abbildung 12 dargestellt). Denn es kann nicht unhinterfragt angenommen werden, dass sich die Kontrolldichte im Zuständigkeitsbereich eines Gesundheitsamtes gleichmäßig über den Zeitraum der Kontrollspannen verteilt.

Diese Problematik soll an einem Beispiel verdeutlicht werden. Nehmen wir an, im Landkreis X existieren 10 Einrichtungen der Infektionsrisikostufe 2, die also in einem ein- bis dreijährigen Turnus zu kontrollieren sind. Das bedeutet, dass nach Ablauf einer Dreijahresfrist alle Einrichtungen mindestens einmal kontrolliert worden sein sollten. Wie sich die Kontrollen auf diesen Zeitraum verteilen, ist jedoch zunächst nicht ersichtlich. Das zuständige Gesundheitsamt kann die Kontrollen gleichmäßig verteilen und jedes Jahr drei oder vier Einrichtungen kontrollieren, oder es kann sie bspw. konzentrieren, sich in einem Jahr personelle Verstärkung suchen und alle Einrichtungen auf einmal kontrollieren. Je nachdem, in welchem Jahr unsere Momentaufnahme stattfindet, fänden wir dann eine Erfüllungsquote von 0, 30, 40 oder 100 % vor. Auch die Quote mit dem durchschnittlichen Kontrollzeitraum Zeitraum zu multiplizieren (bzw. die Anzahl der kontrollpflichtigen Anlagen durch den durchschnittlichen Kontrollzeitraum zu dividieren), wie in den Auswertungstabellen zur JBE vorgeschlagen, würde hier wenig Aufhellung bieten. Die Ergebnisse wären dann 0, 60, 80 oder 200 % respektive. Die einzig sinnvolle Quotierung ist daher bei denjenigen Einrichtungen möglich, bei denen eine jährliche Kontrolle empfohlen wird.

Abbildung 13: Erfüllungsquoten der Überwachung bei Anlagen und Einrichtungen (jährlicher Turnus)



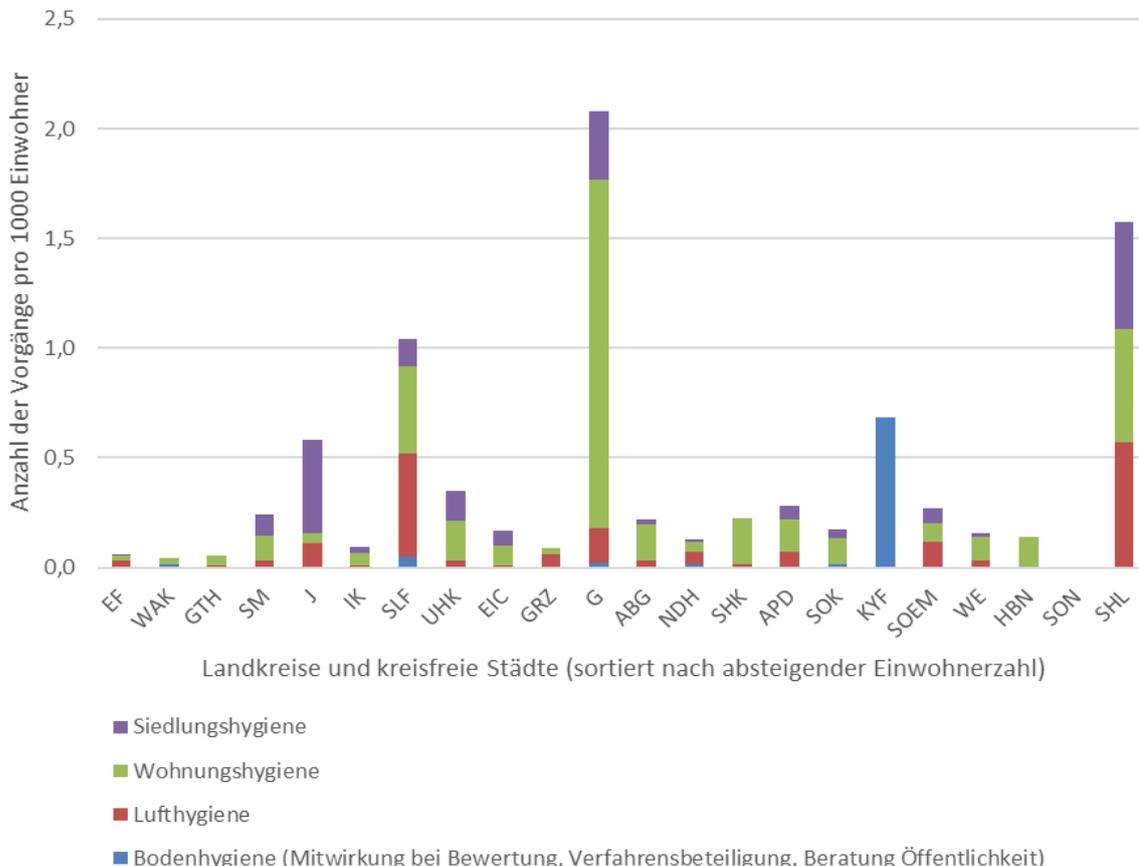
In Abbildung 13 zeigen sich große Schwankungen in der Erfüllungsquote zwischen 0 und 84 %. Da diese Zahlen sich auf Anlagen und Einrichtungen beziehen, die eigentlich im jährlichen Turnus geprüft werden sollen, scheinen sie eine deutliche Aufgaben-Untererfüllung auszudrücken. Auch hier müsste im Einzelnen geprüft werden, ob die Zahlen tatsächlich eine mangelnde Prüfaktivität der Gesundheitsämter spiegeln, oder ob sie durch Fehler oder Missverständnisse bei der Datenerhebung verursacht, also letztlich Daten-Artefakte sind. Dies zu unterscheiden, ist rein auf Basis der Analyse des Datenmaterials nicht möglich. Sollten hier reale Mängel in der Kontrolldichte ausgedrückt sein, ist dringender Handlungsbedarf zu konstatieren. Handlungsoptionen bestehen darin, das Personal in den Ämtern aufzustocken, damit diese ihren Verpflichtungen wieder im gesetzlichen Umfang nachkommen können.

Die JBE enthält des Weiteren Tabellen zur Hygieneüberwachung von öffentlichen Einrichtungen wie Schulen, Kindergärten, Sportstätten u. ä. Insgesamt zeigen diese Daten nur, dass Überprüfungen in allen Bereichen vorgenommen wurden, die Erfüllungsgrade lassen sich jedoch nicht sinnvoll aggregieren oder interpretieren.

Zur Hygieneüberwachung gehört schließlich noch die Trink- und Badewasserüberwachung sowie der umweltbezogene Gesundheitsschutz im Bereich der Boden-, Luft und Wohnungshygiene. Untersuchungen der Boden-, Luft- und Wohnungshygiene werden in der

Mehrzahl der Fälle in Reaktion auf Anfragen oder Beschwerden durch Bürger durchgeführt. Ggf. werden auch Beratungen oder Aufklärungen vor Ort vorgenommen, und in einigen Fällen werden Berichte verfasst.

Abbildung 14: Anzahl der Vorgänge im Bereich Boden, Luft-, Wohnungshygiene pro 1.000 Einwohner



Die ausgewiesenen Beratungs- und Bewertungsvorgänge zeigen wiederum große Unterschiede zwischen den einzelnen Landkreisen und Städten. Da das Fallaufkommen aber wesentlich durch Eingaben oder Beschwerden von Bürgern initiiert wird, lassen sich hieraus keine unmittelbaren Schlüsse auf Auslastung oder Überforderung der Ämter ziehen.

Informationen aus den Interviews bestätigen jedoch den generell aus den JBE-Daten gewonnenen Eindruck, dass die Kontrollen trotz ihrer Wichtigkeit nicht mehr vollumfänglich in regelmäßigem Abstand durchgeführt werden. Die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner bestätigten, dass Kontrollen und Überwachungen von bestimmten Einrichtungen, wie zum Beispiel Hotels, öffentlichen Sportstätten, Kinderspielplätzen, öffentlichen Toiletten und öffentlichen Beherbergungsstätten, in aller Regel nur noch anlassbezogen stattfinden. Um sachgemäße Begehungen in Krankenhäusern und anderen öffentlichen

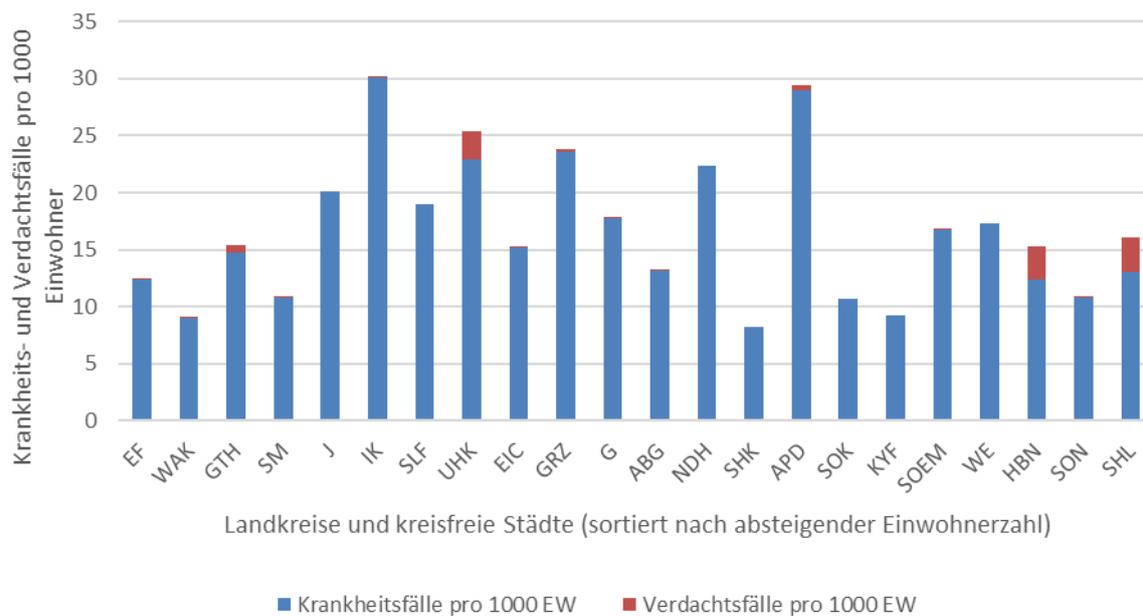
Einrichtungen zu ermöglichen, bedarf es gerade im Bereich Hygiene mehr qualifizierter Arbeitskräfte, die aktuell nicht von allen Gesundheitsämtern bereitgestellt werden können (s. den Mangel an Hygienefachkräften in Abbildung 7). Die Sicherung der Fachkompetenz vor Ort ist notwendig, da die Gesundheitsämter im Krisenfall als zentrale Kontakt- und Beratungsstellen zur Verfügung stehen müssen.

Insbesondere für hochspezialisierte Bereiche fehlt jedoch gerade in kleineren Landkreisen die Qualifikation vor Ort. Daher wäre zu erwägen, die fachlichen und personellen Ressourcen des Hygiene- und umweltbezogenen Gesundheitsschutzes zu bündeln und auf Landesebene mit anderen Behörden, die der Gefahrenabwehr dienen, zu vernetzen. Durch eine Spezialisierung auf Landesebene können Leitlinien und Notfallpläne von Arbeitsgruppen erarbeitet und landesweit implementiert werden. Einheitliche Qualitätsstandards schaffen Transparenz und erhöhen den Hygiene- und Gesundheitsschutz der Bevölkerung. Durch Netzwerkarbeit kann sichergestellt werden, dass sich die Gesundheitsämter gemeinsam mit den übergeordneten Behörden über gefährliche Umwelteinflüsse austauschen und entsprechende Maßnahmen einleiten.

### **5.2.2 Schutzimpfungen und MRE-Netzwerke**

Die Aufgabe des Infektionsschutzes ist durch das Infektionsschutzgesetz (IfSG) bestimmt. Das IfSG ist ein Bundesgesetz und ersetzte 2001 das Bundesseuchengesetz. Die Prozesse zur Meldung von Infektionskrankheiten werden durch die Thüringer Infektionskrankheitenmeldeverordnung (ThürIfKrMVO) präzisiert. Neben der bzw. überlappend mit der Hygieneüberwachung ist der Infektionsschutz die zentrale Aufgabe des ÖGD zum gesundheitlichen Bevölkerungsschutz. Eine wichtige Aufgabe hierbei ist das Entgegennehmen und Prüfen von Meldungen über Verdachtsfälle von Infektionskrankheiten mit dem Ziel, Häufungen von Infektionsgeschehen zu bemerken und somit möglicherweise dem Ausbruch von Epidemien vorzubeugen. Auf Grundlage dieser Informationen ermitteln die Gesundheitsämter Infektionsquellen und Verbreitungswege und verhängen ggf. Tätigkeitsverbote oder schließen Einrichtungen (Schröder et al. 2011). Für den Erfolg ist es unerlässlich, dass alle Beteiligten sehr zügig handeln und informieren. Neben weiteren Aufgaben der Kontrolle, Information und der Anordnung von Handlungen zur Vermeidung von Ansteckungen führen die Gesundheitsämter auch selbst Schutzimpfungen durch.

Abbildung 15: Meldung von Krankheits- und Verdachtsfällen gemäß IfSG je 1.000 Einwohner



Die Verteilung der Meldungen über die Landkreise und Städte in Abbildung 15 zeigt insgesamt ein hohes Aufkommen an Meldungen bei einer moderaten Streuung zwischen den Gesundheitsämtern.

Tabelle 6: Angebot und Durchführung von öffentlichen Schutzimpfungen durch den ÖGD

	EF	WAK	GTH	SM	J	IK	SLF	UHK	EIC	GRZ	G	ABG	NDH	SHK	APD	SOK	KYF	SOEM	WE	HBN	SON	SHL	Summe GÄ
öffentliche Impfsprechstunde		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x		x	x	x		x	x			x	16
KiTa/Schule						x			x			x											3
Asylbewerber/ Migranten/ Flüchtlinge	x	x		x	x	x	x	x	x	x		x		x	x	x	x	x		x			16
Risikopersonen (Drogen- und Alkoholabhängige, Strafentlassene)																							0
im GA und/oder in Gemeinschaftseinrichtungen (Angebot für sozial Benachteiligte)	x			x		x			x														4
Durchgeführte Schutzimpfungen insgesamt	988	720	60	135	88	132	56	66	2254	38	318	263	0	111	83	565	99	43	65	319	0	65	6468
davon durch niedergelassene Ärzte (Vertragsärzte i. A. des GA)	0	0	0	0	0	0	0	61	0	0	11	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	75

Deutlicher sind die Unterschiede bei der Durchführung von Schutzimpfungen (s. Tabelle 6). Auffällig ist zunächst, dass es kein flächendeckendes Angebot an öffentlichen Impfungen gibt. Eine Impfsprechstunde wird nur in 16 der 22 Gesundheitsämter angeboten, aufsuchende Impfangebote in Kitas und Schulen werden nur in 3 Gesundheitsämtern durchgeführt. Auch die Zahl der insgesamt im Jahr 2017 durchgeführten Schutzimpfungen variiert stark zwischen über 2000 Impfungen in Eichsfeld und nur rund 40 Impfungen in Sömmerda. Besonders auffällig sind schließlich die Unterschiede im Umfang, in dem Schutzimpfungen durch die Gesundheitsämter selbst oder durch niedergelassene Ärztinnen oder Ärzte durchgeführt werden. Konsequenterweise ausgelagert hat diese Aufgabe der Unstrut-Heinich-Kreis (in der Tabelle rot umrandet). Dieses Beispiel zeigt, dass auch hier ein Potenzial zur Reduktion des Aufgabenbestandes besteht, das noch nicht weitgehend ausgeschöpft wurde.

Abbildung 16: Spezielle Impfungen absolut

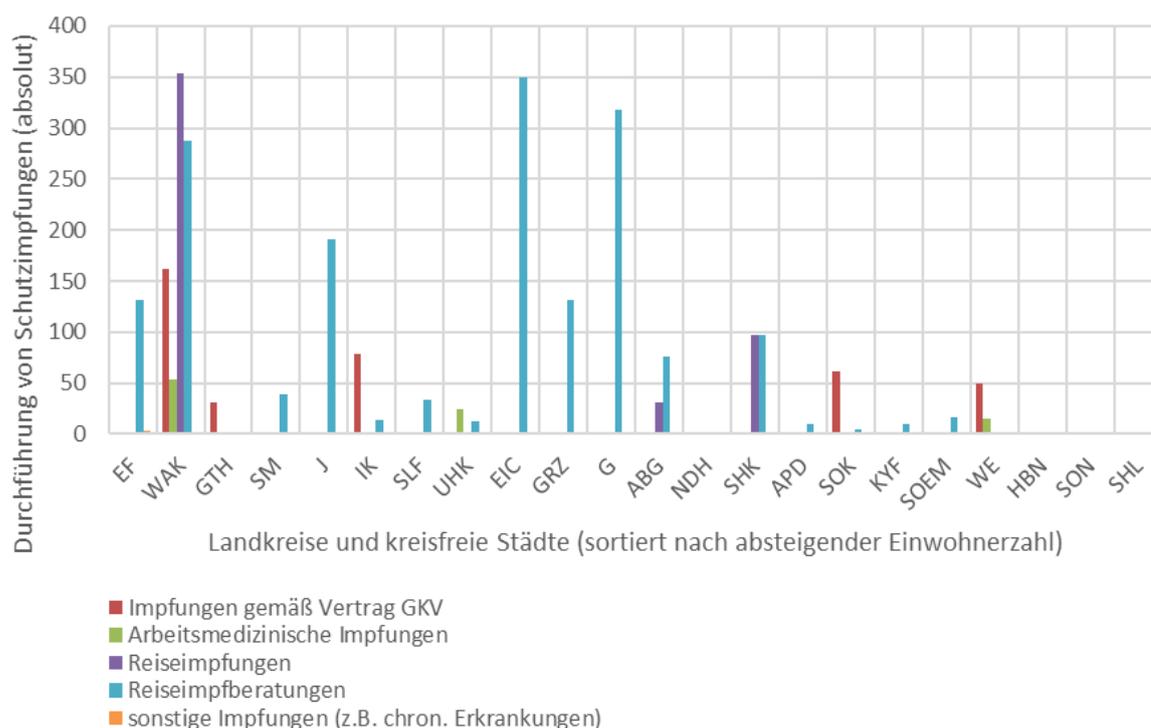


Abbildung 17: Spezielle Impfungen pro 1.000 Einwohner

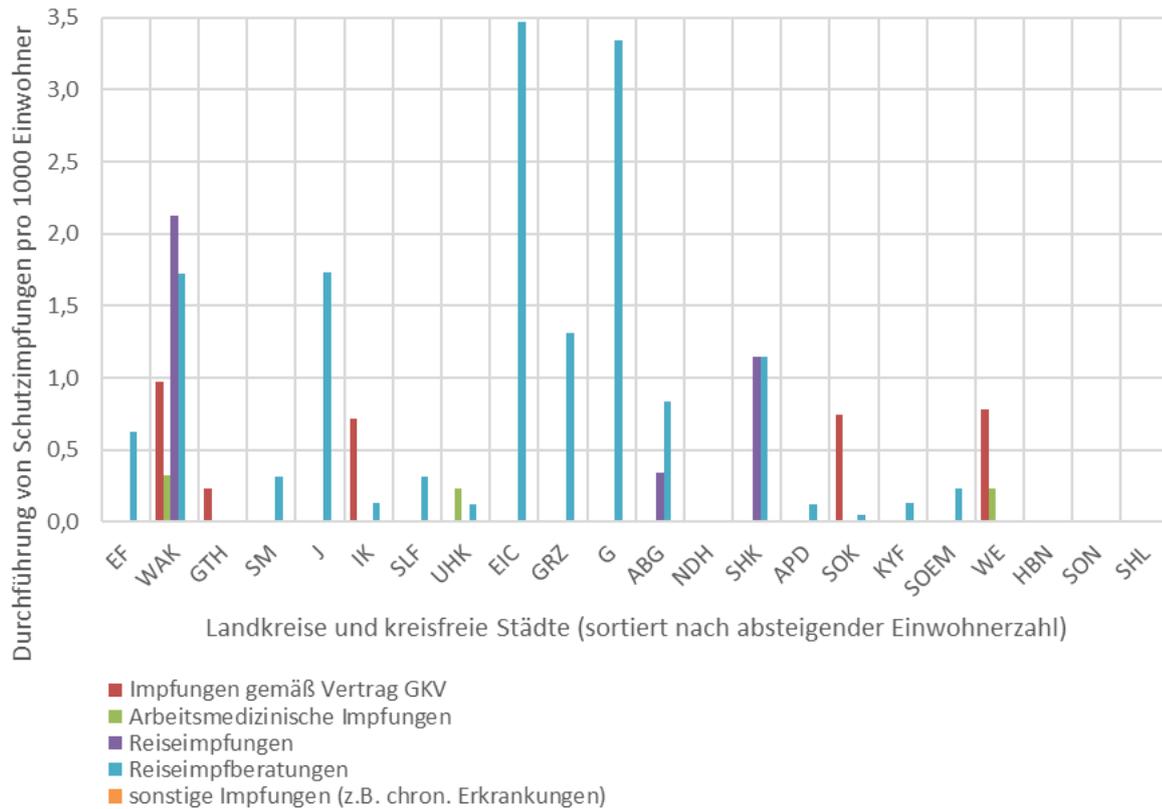


Abbildung 16 und Abbildung 17 weisen noch die Aktivität der Gesundheitsämter bei speziellen Impfungen aus. Die höheren Impffzahlen und Impffquoten in der Reiseimpfung und Reiseimpfberatung im Wartburgkreis sowie in Jena, Eichsfeld, Greiz und Gotha stechen deutlich hervor, ohne dass sich eine unmittelbare Erklärung anbieten würde. Auch diese Befunde weisen wieder darauf hin, dass die Prozesse in den einzelnen Gesundheitsämtern erst einmal genauer erfasst werden müssten, um sie informiert vergleichen zu können.

Die Interviews ergaben darüber hinaus wichtige Hinweise auf die Bedeutung der MRE-Netzwerke (Multiresistente-Erreger-Netzwerke) für den Infektionsschutz. Sie sind ein Beispiel für einen gezielten netzwerkartigen Austausch von verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens. Sie dienen der Eindämmung von multiresistenten Erregern, indem Informationen frühzeitig und regelmäßig ausgetauscht werden. Trotz der bedeutenden Rolle der MRE-Netzwerke zeigt sich, dass die Netzwerkbildung nur langsam vorangeht, obwohl es eine gesetzliche Verpflichtung zur Netzwerkbildung nach ThürmedHygVO gibt. Die Etablierung von MRE-Netzwerken erfordert zeitliche und ärztliche Ressourcen, die in den wenigsten Gesundheitsämtern zu Verfügung stehen. In den Interviews betonen die Amtsleiterinnen und Amtsleiter die wichtige Rolle der MRE-Netzwerke, die Befragten weisen jedoch

darauf hin, dass die Netzwerke nur unzureichend mit Inhalt und Ergebnissen gefüllt sind. Auch hier könnte die Bündelung von fachspezifischen und personellen Ressourcen dazu beitragen, dass dieser zentrale Aufgabenbereich des ÖGD zukünftig gestärkt wird.

Die folgende Tabelle zeigt, dass in acht der 22 Gesundheitsämter ein MRE-Netzwerk besteht und in zehn Gesundheitsämtern sich ein solches im Aufbau befindet. Insgesamt besteht also noch Nachholbedarf bei diesem zentralen Aufgabenbereich.

*Tabelle 7: MRE-Netzwerkarbeit*

Kreis	MRE-Netzwerkarbeit	
	bestehendes MRE-Netzwerk	MRE-Netzwerk im Aufbau
EF		x
WAK	x	
GTH	x	
SM	x	
J	x	
IK	x	
SLF		
UHK	x	
EIC		x
GRZ		x
G		x
ABG	x	
NDH		
SHK		
APD		x
SOK	x	
KYF		x
SOEM		x
WE		x
HBN		x
SON		
SHL		x
Summe GÄ	8	10

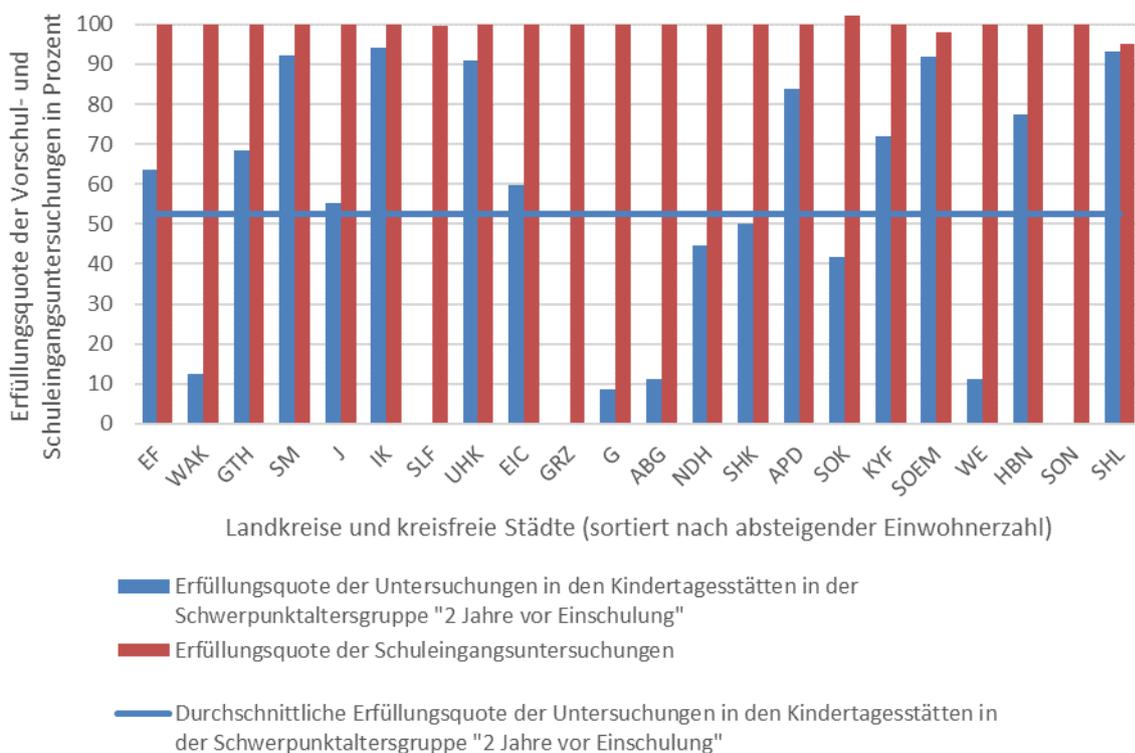
### 5.3 KJÄD und KJZÄD

Die Thüringer Verordnung über die Schulgesundheitspflege (ThürSchulgespfIVO) vom 26. September 2002 regelt den schulärztlichen und schulzahnärztlichen Dienst in Thüringen. Die Schulgesundheitspflege obliegt demnach den Gesundheitsämtern. Neben der schulärztlichen Schulaufnahmeuntersuchung sind weitere Vorsorgeuntersuchungen im Sinne von Reihenuntersuchungen standardisiert durchzuführen (§ 4 Abs. 2 ThürSchulgespfIVO).

Demzufolge müssen für mindestens zwei weitere Klassenstufen, in der Regel für die Schülerinnen und Schüler der Klassenstufen 4 und 8, Vorsorgeuntersuchungen angeboten werden.

Die Schuleingangsuntersuchungen als Pflichtuntersuchung können in der Regel vollständig durchgeführt werden. Im Jahr 2017 wurden von insgesamt 19.356 einzuschulenden Kindern 19.341 untersucht. Das entspricht einer Erfüllungsquote von 99,92 Prozent. In der Praxis zeigt sich jedoch ein Mangel bei den weiteren gesetzlich vorgeschriebenen Reihenuntersuchungen in den Kindertagesstätten und Schulen. In den wenigsten Fällen können zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen erschöpfend angeboten werden.

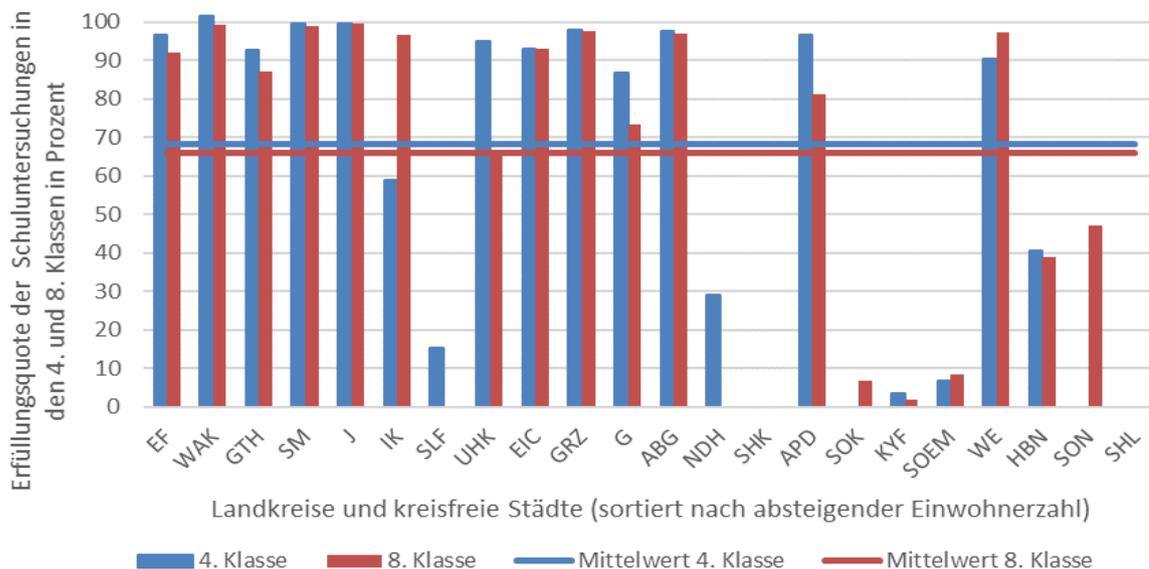
Abbildung 18: Erfüllungsquoten der Vorsorgeuntersuchung in der Altersgruppe "Zwei Jahre vor Einschulung" und der Schuleingangsuntersuchung



Die durchschnittliche Erfüllungsquote bei der Vorsorgeuntersuchung "Zwei Jahre vor der Einschulung" bspw. liegt nur bei 52,46 Prozent. Von insgesamt 15.759 Kindern in dieser Altersgruppe wurden im Jahr 2017 nur 8.267 untersucht. Abbildung 18 zeigt außerdem deutliche regionale Unterschiede. In drei Landkreisen wurden für Jahr 2017 in der JBE keine Untersuchungen in der genannten Kategorie ausgewiesen. In den meisten Fällen liegt die Erfüllungsquote unter oder knapp über 50 %. Im besten Fall liegt sie bei über 93 Prozent.

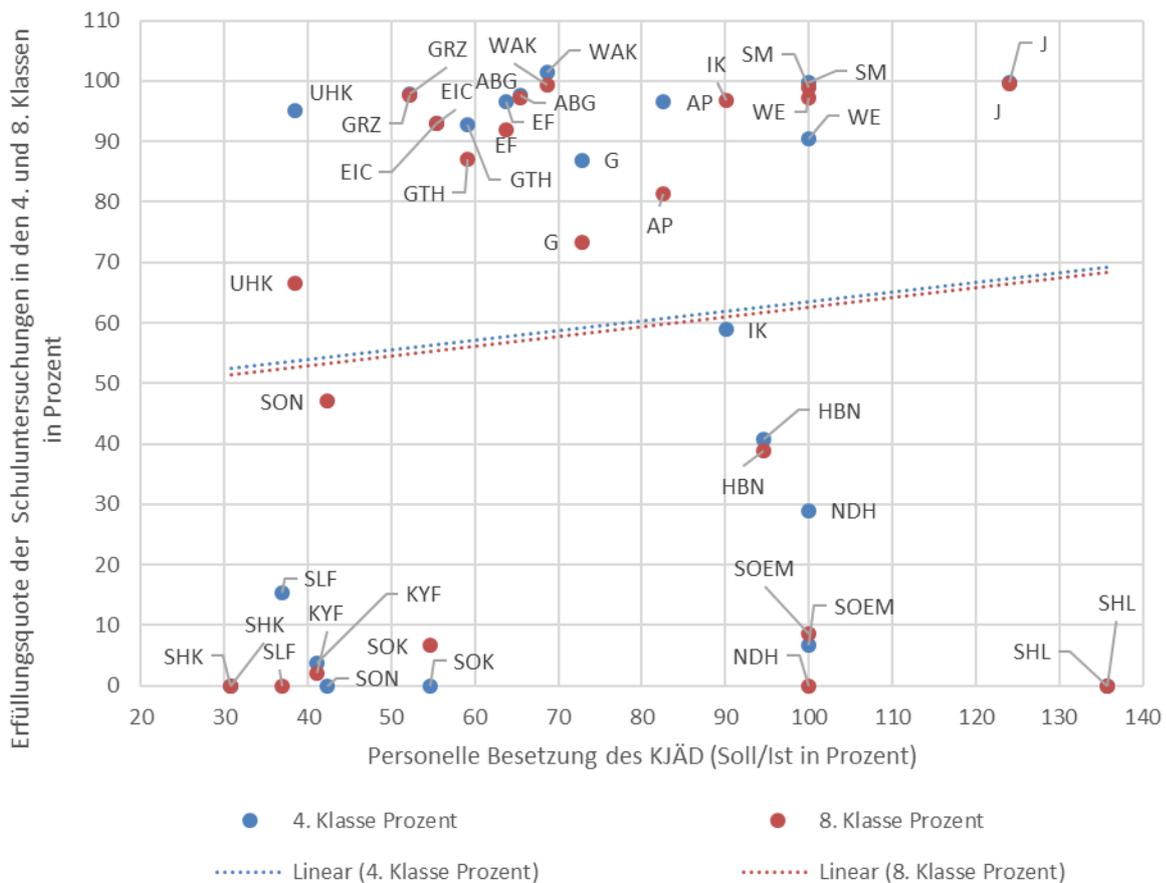
Die Gründe für die Erfüllungsquote von 0 Prozent in den drei Landkreisen Saalfeld-Rudolstadt, Greiz und Sonneberg müssen im Einzelnen geprüft werden.

Abbildung 19: Erfüllungsquote der Schuluntersuchungen in den 4. und 8. Klassen



Besser sieht es im Schnitt bei den Reihenuntersuchungen in den vierten und achten Klassen aus (vgl. Abbildung 19). Der durchschnittliche Erfüllungsgrad der Reihenuntersuchungen in den vierten Klassen liegt bei 68,2 Prozent, in den achten Klassen bei 66,0 Prozent. Dennoch gibt es eine große Bandbreite. Einige Kreise weisen Erfüllungsquoten nahe 0 Prozent aus. Die Vermutung liegt nahe, dass sehr geringe Erfüllungsquoten der personellen Notsituation einiger Gesundheitsämter geschuldet sind. Eine Regressionsgerade, die den bivariaten Zusammenhang von Erfüllungsquote und Personalausstattung annähern soll, zeigt einen schwach positiven Zusammenhang (Abbildung 20). Im unteren Wertebereich der Personalausstattung (30-40 %) liegen mehr Gesundheitsämter mit sehr niedrigen als mit hohen Erfüllungsquoten, und im mittleren Wertebereich der Personalausstattung (50-90 %) sind die Erfüllungsquoten deutlich höher. Jenseits der 90 %-Marke verschwindet der Zusammenhang. Es gibt jeweils ungefähr gleich viele Ämter mit sehr hohen und mit sehr geringen Erfüllungsquoten. Hier müsste genauer untersucht werden, warum diese Verteilung zustande kommt.

Abbildung 20: Aufgabenerfüllungsquote im KJÄD bei den schulärztlichen Untersuchungen in den 4. und 8. Klassen in Abhängigkeit der personellen Situation des KJÄD<sup>19</sup>



In den Interviews wird jedoch dieser Zusammenhang wiederholt bestätigt. Neben den personellen Engpässen kommt erschwerend hinzu, dass die Untersuchungen grundsätzlich nur in einem limitierten Zeitfenster in den Vormittagstunden stattfinden können. In den Ferien sind die Untersuchungen nicht möglich. In einem begrenzten Zeitraum stehen viele Untersuchungstermine an, die mit dem vorhandenen Personal nur noch bedingt wahrgenommen werden können. Während die Kinder früher durch den amtsärztlichen Dienst über Jahre hinweg betreut wurden, ist die jahrelange Begleitung von Kindern und Jugendlichen heutzutage unter den gegebenen personellen Umständen nicht mehr möglich. Dadurch fehlt meist der persönliche Kontakt zu den Kindern und Jugendlichen sowie zu deren Familien, so dass familiäre Gegebenheiten, Krankheitsverläufe und Auffälligkeiten nicht in die Diagnose von Erkrankungen und Missständen miteinbezogen werden können.

<sup>19</sup> Personalquoten bezogen auf PE, vgl. Abbildung 7 auf S. 24.

Abbildung 21: Erfüllungsquoten schulzahnärztlicher Reihenuntersuchungen

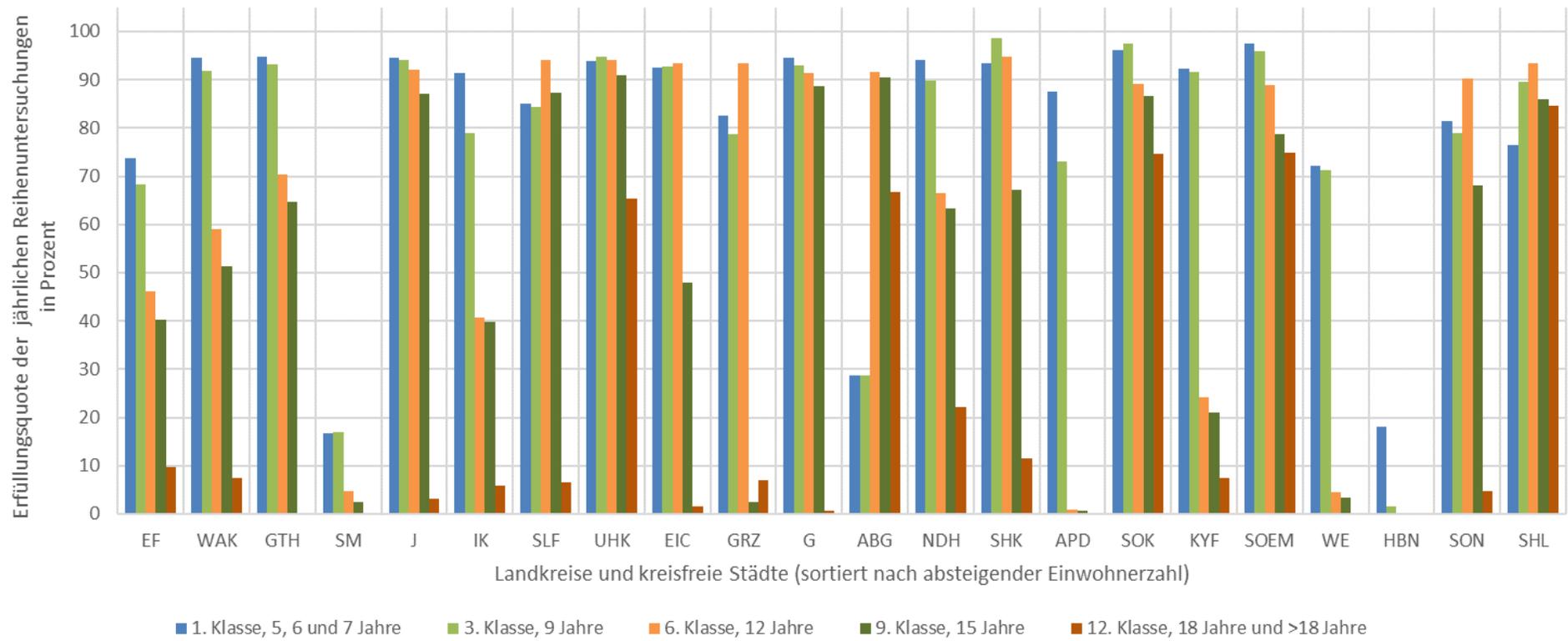
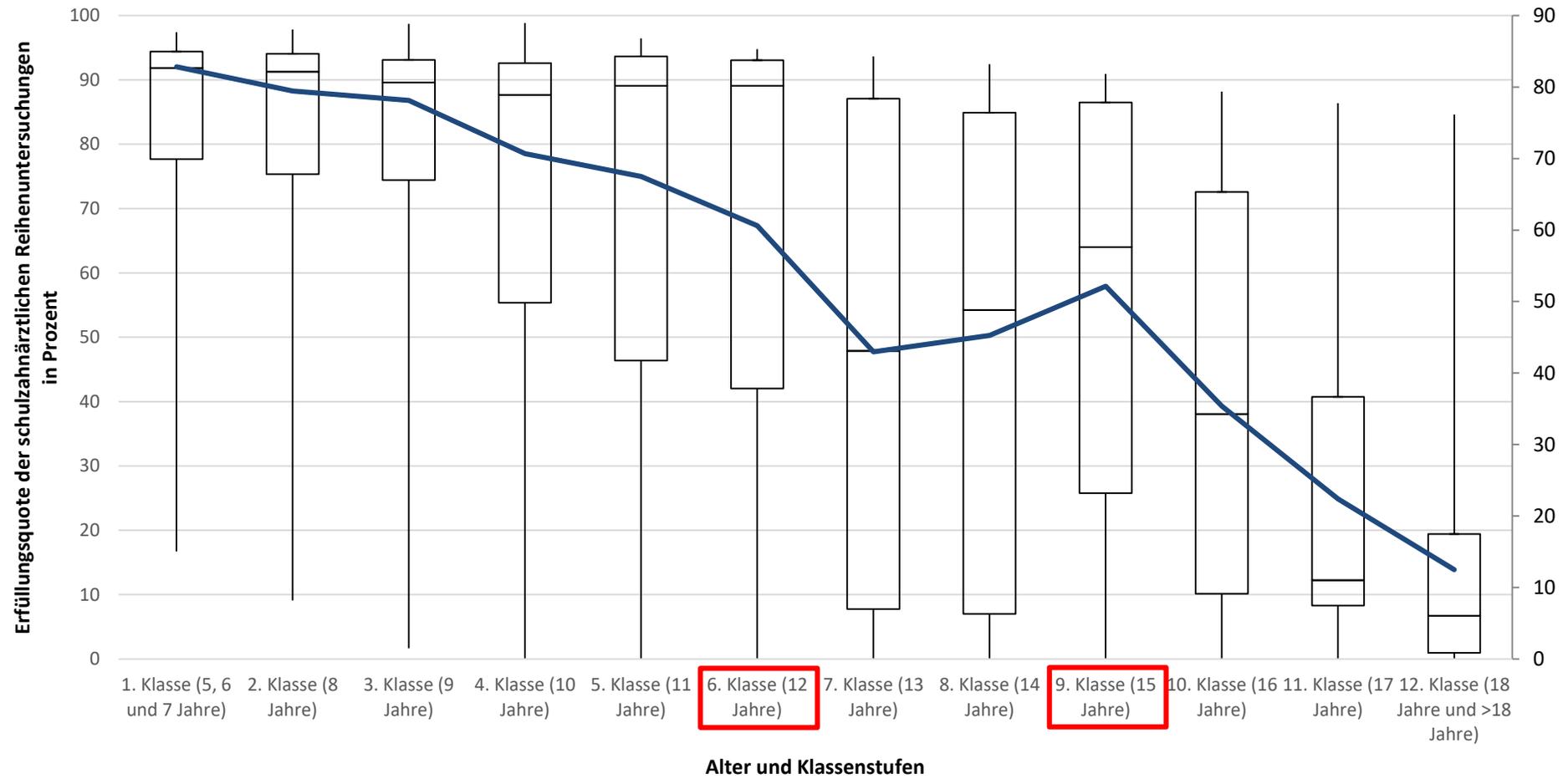


Abbildung 22: Boxplot und Trendlinie der schulzahnärztlichen Reihenuntersuchung über Alterskohorten



Kernzielgruppen für Thüringer Mundgesundheitsbericht

— Durchschnittliche Erfüllungsquote aller Gesundheitsämter bei der Durchführung der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen

Im kinder- und jugendzahnärztlichen Dienst können Prophylaxeassistentinnen und -assistenten vor allem im Bereich der Prävention und Prophylaxe wichtige Tätigkeiten eigenständig wahrnehmen. Für den KJZÄD ist es demzufolge wichtig, eine ausreichende Zahl an zahnmedizinischen Assistenzkräften zu beschäftigen, damit sich die Zahnärztinnen und Zahnärzte auf die wesentlichen zahnärztlichen Aufgaben fokussieren können. Die Aufgabenerfüllungsquoten im KJZÄD liegen in der 1. Klasse im Schnitt bei knapp 90 %.<sup>20</sup> Bis zur 7. Klasse sinkt die Kurve langsam, in der 8. und 9. Klasse werden noch Erfüllungsquoten bei um die 50 % erreicht, danach sinkt sie steil ab. Die sinkende Durchschnittsquote ist eine Folge der zunehmenden Streuung zwischen den Gesundheitsämtern.

Um das große Aufgabenspektrum des schulärztlichen Dienstes sowie des KJÄD und KJZÄD bewältigen zu können, ist der aktuelle Personalbestand im Schnitt zu niedrig. Dies gilt insbesondere dann, wenn dauerhaft und flächendeckend hohe Erfüllungsquoten bei den schulärztlichen und schulzahnärztlichen Reihenuntersuchungen angestrebt werden. Ähnliches gilt für Impfungen bei Kindern, wie im vorangehenden Abschnitt ausgeführt. Es ist allerdings anhand der vorhandenen Zahlen nicht möglich abzuschätzen, ob die teilweise geringen Durchführungsquoten von Schutzimpfungen, die durch die Gesundheitsämter ausgewiesen werden, nur auf den Personalmangel zurückzuführen sind, oder ob viele Impfungen durch beauftragte Ärztinnen und Ärzte übernommen werden. Gemäß § 20 Abs. 5 IfSG können Dritte mit der Durchführung der Schutzimpfungen beauftragt werden, und in Thüringen sind eigentlich die GÄ nur subsidiär für die Impfungen zuständig. Um diesen Zusammenhang aufzuklären, müssten weitere Daten erhoben werden. Jedenfalls sind auch die Impfstatuserhebung und Datenübermittlung von Schutzimpfungen im Kindes- und Jugendalter vielfach nur begrenzt möglich.

Teilweise ist der Ärztemangel dadurch aufzufangen, dass mehr Assistenzkräfte eingestellt werden. Im KJZÄD geht dies etwas einfacher als im KJÄD. Eine alternative Möglichkeit, auf

---

<sup>20</sup> Hierbei wird von einem Ziel von 100 % ausgegangen. Dieses Ziel ist gesetzlich jedoch nicht konkretisiert. § 18 Absatz 3 ThürKitaG macht nur über die ärztliche, nicht über die zahnärztliche Untersuchung Vorgaben: "Das Gesundheitsamt führt in der Kindertageseinrichtung mit Zustimmung der Eltern zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen und eine ärztliche Vorsorgeuntersuchung der Kinder durch. Die Eltern können an der Untersuchung teilnehmen und sind über das Ergebnis zu informieren. Die ärztliche Untersuchung soll spätestens zwei Jahre vor dem Schuleintritt der Kinder stattfinden." In den Vorgaben des TLVwA für die JBE wird noch auf den alten § 16 ThürKitaG verwiesen, in dem eine jährliche ärztliche und zahnärztliche Untersuchung vorgeschrieben war. Dies ist jedoch nicht mehr der aktuelle Rechtsstand.

die Gesundheitsämter vermehrt zurückgreifen, ist die Kooperation mit pensionierten Kinderärztinnen und –ärzten. Die wünschenswerte und qualitätssichernde Lösung wäre aber die Rekrutierung von mehr ärztlichem Personal.

Andererseits zeigt die jüngere Rechtsentwicklung, dass es durchaus möglich ist, im Wege der Gesetzgebung den Aufgabenbestand zu reduzieren, indem Verpflichtungen zur regelmäßigen amtsärztlichen Untersuchung von Kita- und Schulkindern eingeschränkt werden. In welchem Umfang die Gesundheitsvorsorge der Kinder eine staatliche Angelegenheit sein sollte, ist letztlich eine politisch zu treffende Entscheidung.

## **5.4 Gesundheitsförderung, Information und Gesundheitsberichterstattung**

### **5.4.1 Informationsangebote und Öffentlichkeitsarbeit**

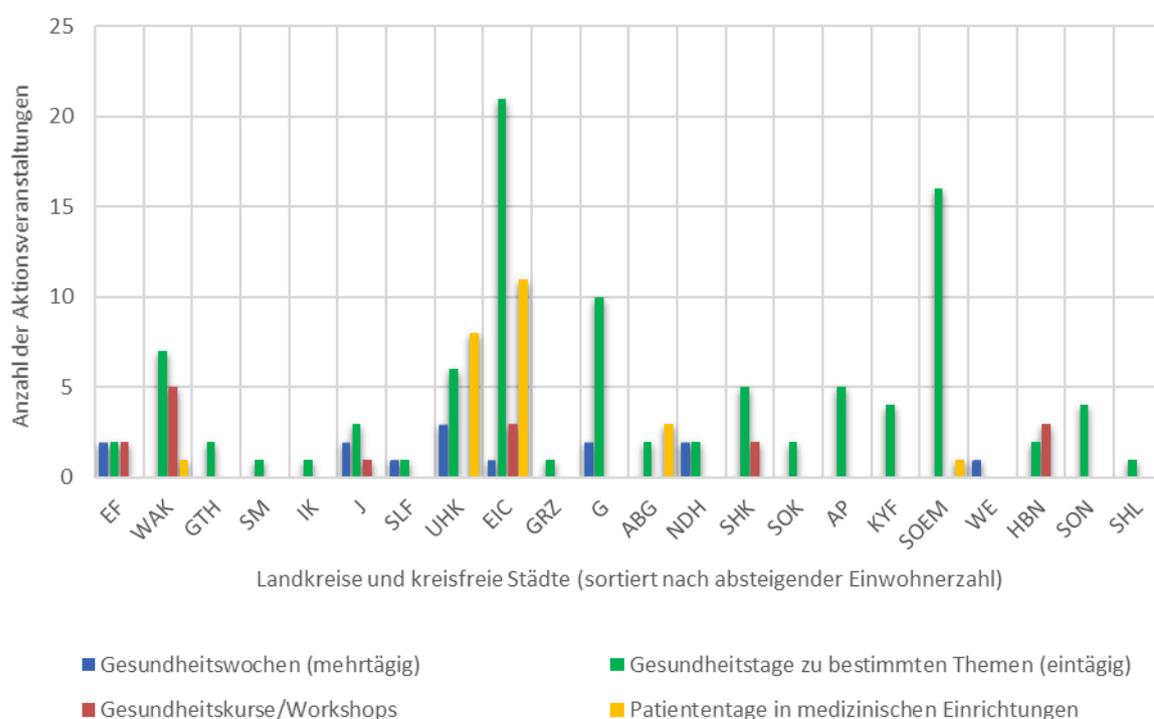
Der ÖGD verfolgt mit seinem bevölkerungsmedizinischen Ansatz den Erhalt und die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, indem er bevölkerungs- und umweltbezogene sowie demografische Aspekte der Landkreise und kreisfreien Städten bewertet und bei der täglichen Zielverfolgung berücksichtigt. Daher zählen die Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zu den Kernaufgaben der Gesundheitsämter. Um die gesundheitliche Lage der Bevölkerung vor Ort beurteilen und daraus entsprechende medizinische und umweltbezogene Maßnahmen ableiten zu können, ist die Bürgernähe für die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention von erheblicher Bedeutung (vgl. Fachempfehlungen zur Umsetzung von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im öffentlichen Gesundheitsdienst des Freistaats Thüringen 2006, S. 1). In Anerkennung der Bedeutung dieses Aufgabenbereichs wurden 2006 ergänzend zu den allgemeinen Personalempfehlungen gesonderte "Personalempfehlungen für die Umsetzung von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sowie der Suchtberatung im öffentlichen Gesundheitsdienst des Freistaats Thüringen" verabschiedet.

Ein wichtiges Instrument zur Unterstützung der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention ist die Aufklärung der Bevölkerung. Je mehr die Gesundheitsämter im Bewusstsein der Bevölkerung präsent sind, desto eher können sie auch ihre Rolle als Anlaufstelle sowie als Kontakt- und Informationsstelle, bspw. in der Suchtberatung, wahrnehmen. Daher soll-

ten die Gesundheitsämter eine aktive Öffentlichkeitsarbeit betreiben und Informationsveranstaltungen und Fortbildungen für Entscheidungsträger und Akteure in der kommunalen Politik, Bildung, Jugendarbeit, sowie im Sport und Ehrenamt anbieten.

Abbildung 23 verdeutlicht, dass das Informations- und Fortbildungsangebot zwischen den einzelnen Gesundheitsämtern variiert. Während Gesundheitstage in den meisten Landkreisen und Städten angeboten werden, sind Gesundheitswochen, Workshops oder Patiententage deutlich seltener. Eichsfeld und auch Sömmerda (gemessen an der Einwohnerzahl) stechen mit weit überdurchschnittlicher Aktivität hervor, wohingegen Erfurt und die bevölkerungsreichen Landkreise eher wenig Aktivitäten zeigen.

Abbildung 23: Informations- und Fortbildungsangebote zur Gesundheitsförderung und -prävention in den Thüringer Landkreisen und kreisfreien Städten im Jahr 2017



Ähnlich variiert auch die Öffentlichkeitsarbeit über gedruckte und elektronische Informationsangebote (vgl. Abbildung 24). Wieder sind Erfurt und die großen Landkreise auffallend inaktiv, wohingegen einige der kleineren Landkreise viele Flyer und Informationsbroschüren erstellen. Jena fällt durch überdurchschnittlich viele Artikel auf seinen Webseiten auf, wohingegen Internetauftritte über die Homepages und sozialen Netzwerke der Landrats- und Gesundheitsämter im Jahr 2017 noch nicht flächendeckend verfügbar waren (vgl. Abbildung 25). Das Internet und die sozialen Medien können noch intensiver genutzt werden.

Abbildung 24: Öffentlichkeitsarbeit über Printmedien im Jahr 2017

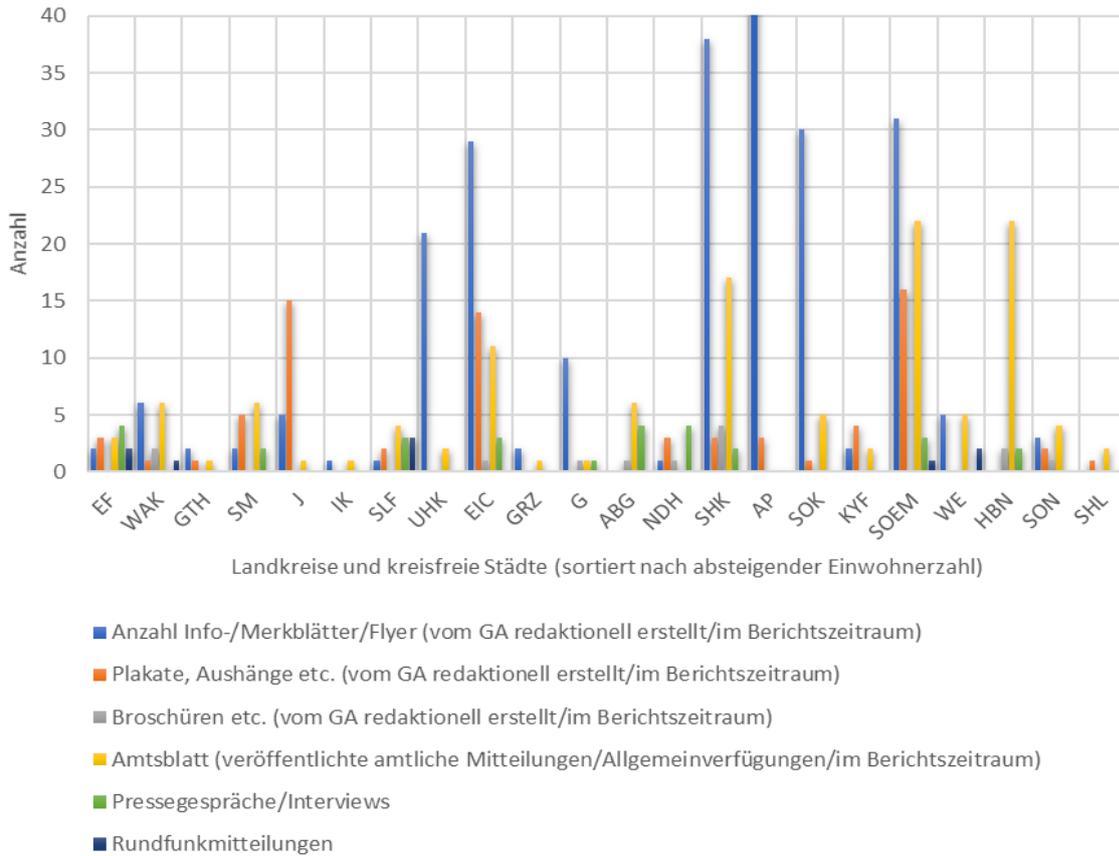
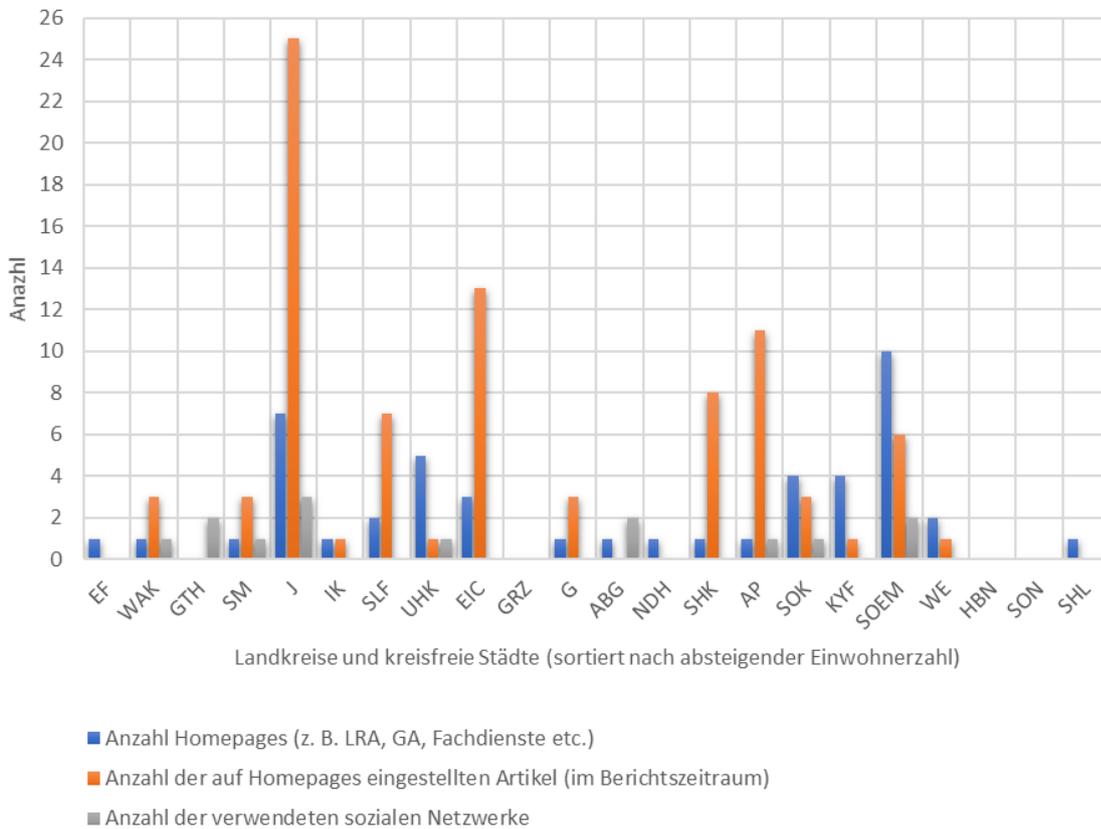


Abbildung 25: Öffentlichkeitsarbeit über Homepages und soziale Netzwerke im Jahr 2017



Auch die Interviews ergaben, dass der Öffentlichkeitsarbeit in den kommunalen Behörden eine nur untergeordnete Bedeutung zugemessen wird. Die Amtsleiterinnen und Amtsleiter beklagen die mangelnde Öffentlichkeitsarbeit und Lobby des ÖGD, was dazu führt, dass über die Aufgabenvielfalt des ÖGD und die Zuständigkeitsbereiche der Gesundheitsämter nicht ausreichend informiert wird. Die Arbeit der Gesundheitsämter rücke nur in Krisen- und Katastrophensituationen in den Fokus. Die alltäglichen Aufgaben, die einen enormen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben, werden hingegen kaum wahrgenommen.

Gründe für die relativ geringe Aktivität in der Öffentlichkeitsarbeit werden primär im Personalmangel gesehen, da das vorhandene Personal in den Gesundheitsämtern völlig mit der Erledigung der Pflichtaufgaben beschäftigt ist. In vielen Ämtern fehle außerdem das Knowhow. Ein weiterer Grund ist der Mangel an finanziellen Ressourcen, der die Realisierung von nachhaltigen Projekten nicht zulässt. Im Gesundheitsamt Erfurt standen für den Bereich Suchtprävention bisher jährlich 1.500 € zur Verfügung. Wirksame Maßnahmen konnten damit nicht in die Wege geleitet werden. Dass für Öffentlichkeitsarbeit nur wenig Mittel zur Verfügung gestellt werden, liegt auch daran, dass die Landkreise und Städte für die Verwaltungsaufgaben der Gesundheitsämter aufkommen müssen, sie unterliegen aber in Zeiten chronischer Finanzknappheit dem kommunalen Sparzwang. Eine Zweckbindung der Mittel, die das Land im Rahmen des kommunalen Finanzausgleichs den Kreisen und Städten für die Gesundheitsförderung zur Verfügung stellt, könnte den finanziellen Spielraum der Ämter für Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit erhöhen.

Um die Bedeutsamkeit und Tragweite der Aufgaben der Gesundheitsämter transparent und öffentlich darzustellen, hat das Robert Koch-Institut am 19. März 2019 erstmalig einen Tag des Gesundheitsamtes veranstaltet. Diese Aktion, die auch von Thüringer Gesundheitsämtern im Rahmen eines Tages der offenen Tür unterstützt wurde, diente dazu, über das vielfältige Aufgabenspektrum des ÖGD zu informieren. Im Rahmen dieser Veranstaltung sollte die Arbeit der Gesundheitsämter gewürdigt und der hohe Stellenwert des ÖGD für die Gesundheit der Bevölkerung in den Mittelpunkt gerückt werden. Derartige Veranstaltungen sind nach Ansicht der Amtsärztinnen und Amtsärzte sinnvoll, um die Bekanntheit des ÖGD in der Öffentlichkeit zu stärken.

Eine Steigerung der Effektivität der Gesundheitsförderung über Öffentlichkeitsarbeit bei begrenzten Ressourcen ließe sich auch über verstärkte Kooperation zwischen den Ämtern

erreichen. Inhalte, etwa von Broschüren, Webseiten oder Seminaren, könnten gemeinsam oder arbeitsteilig oder von einer Stelle stellvertretend für andere entwickelt werden, und jedes einzelne Amt müsste diese dann nur noch personalisieren. Ein praktisches Beispiel hierfür liefert das Netzwerk "Gesunde Kommune", zu dem sich der Wartburgkreis und die kreisfreien Städte Gera, Weimar und Erfurt zusammengeschlossen haben. Formal wurde im Mai 2018 eine dreijährige Kooperationsvereinbarung mit der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringer e.V. (AGETHUR) unterzeichnet, um die interdisziplinäre Vernetzung von Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene zu fördern. Durch das Netzwerk "Gesunde Kommune" können fachliche Expertise, Angebote für unterschiedliche Altersgruppen und gemeinsame Aktionen gebündelt und zentral organisiert werden, um mit den vorhandenen knappen Ressourcen möglichst viel erreichen zu können. Die Mitglieder des Netzwerks verfügen beispielsweise über einen gemeinsamen Veranstaltungs- und Fortbildungskalender. Zentral für den Erhalt und Erfolg solcher Netzwerke ist jedoch wiederum ausreichendes Personal.

#### **5.4.2 Aufklärung und Beratung**

Auch die Beratungsaufgaben der Gesundheitsämter sind vielfältig und personalintensiv. Wie Tabelle 8 verdeutlicht, bieten viele Gesundheitsämter spezielle Beratungen gar nicht an, vermutlich weil die personellen Kapazitäten und möglicherweise auch das spezifische Fachwissen fehlen. Lediglich zu HIV werden in den meisten Gesundheitsämtern Beratungen angeboten, zu Geschlechtskrankheiten immerhin in der Hälfte der Ämter. Aber eine Schwangerenberatung beispielsweise findet nur in drei der 22 Ämter statt.

Um dennoch in einem breiteren Umfang Beratungsleistungen anbieten zu können, wird in einigen Gesundheitsämtern ergänzend oder auch sehr weitgehend die Beratung an freie Träger übertragen. Im Saale-Orla-Kreis wird beispielsweise die Suchtberatung vollständig vom Diakonieverein Orlatal e.V. übernommen. Das Aufgabenfeld der Beratung bietet daher Erfahrungswerte über ein breites Spektrum an Formen der Aufgabenwahrnehmung von der reinen Wahrnehmung durch die Gesundheitsämter über Kooperation mit freien Trägern bis hin zur kompletten Auslagerung. Zwar weisen die Amtsleiterinnen und Amtsleiter darauf hin, dass die Gesundheitsämter für betroffene Personen weiterhin als erste Anlaufstelle fungieren sollten, um auf die zuständigen Beratungsstellen verweisen zu können. Auch sollten die Koordination und Qualitätssicherung der Beratung weiterhin von den Gesundheitsämtern mit übernommen werden. Aber die Auslagerung der Beratung hat sich in

vielen Bereichen gut bewährt, da die Beratungsstellen über die notwendige Expertise verfügen. Indem noch stärker und flächendeckend mit freien Trägern kooperiert wird, könnte der ÖGD entlastet und zugleich der Umfang der Beratung ausgeweitet werden. Eine Alternative oder Ergänzung zur Auslagerung könnte darin bestehen, bestimmte Beratungsleistungen gemeinsam für benachbarte Gesundheitsämter anzubieten, die sich dann jeweils spezialisieren könnten. Allerdings muss hierbei die räumliche Erreichbarkeit gewährleistet sein. Es könnte also vor allem ein Modell der Kooperation zwischen Städten und umgebenden Landkreisen darstellen.

Tabelle 8: Beratung durch die Gesundheitsämter und (mindestens teilweise) Auslagerung an freie Träger

Beratungskategorien	EF	WAK	GTH	SM	J	IK	SLF	UHK	EIC	GRZ	G	ABG	NDH	SHK	APD	SOK	KYF	SOEM	WE	HBN	SON	SHL	Summe
Beratungen von Schwangeren, Wöchnerinnen, Familien								x	x										x				3
Beratungen zu sportmedizinischen Fragen/ Sportförderungsmaßnahmen				x					x														3
Beratungen zu Tumorerkrankungen			x	x					x									x			x		6
Beratungen zu chronischen Krankheiten		x		x		x			x												x		6
Beratungen zu Infektionskrankheiten (außer HIV/ Geschlechtskrankheiten)			x		x	x			x	x	x					x	x		x		x		11
Beratungen zu HIV	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x	x	x	x	x	x	19
Beratungen zu Geschlechtskrankheiten	x		x		x	x	x	x	x	x	x				x		x					x	13
Beratungen zu Hygiene und gesundheitlicher Umweltschutz (Umwelteinflüsse/-gefährdungen)					x	x	x	x	x								x		x	x			9
sonstige spezielle Beratungs- und Hilfeleistungen		x	x	x	x	x	x	x	x							x	x	x	x	x	x		15

x: Die Beratungsleistung wird vom Gesundheitsamt angeboten

 Die Beratungsleistung wird mindestens teilweise von freien Trägern angeboten.

### 5.4.3 Gesundheitsberichterstattung

Auch die Gesundheitsberichterstattung ist formal Teil des Aufgabenbereichs Gesundheitsförderung und Prävention und nach der VO-ÖGD pflichtig im ÜWK. Ziel der Gesundheitsberichterstattung ist es, über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung sowie über Strukturen des Gesundheitswesens regelmäßig und systematisch Auskunft zu geben. Die Daten, die die Gesundheitsämter beispielsweise im Rahmen der schulärztlichen Reihenuntersuchungen ganzjährig erheben, dienen als wichtige Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung. Diese strukturierte Informationssammlung soll die Grundlage für gezielte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bilden. Die Aufgabe wird auf § 1 Absatz 1 Satz 2 und § 8 VO-ÖGD zurückgeführt, ist dort jedoch nicht ausdrücklich genannt. Für die Gesundheitsberichterstattung könnten auch die JBE-Daten noch besser nutzbar gemacht werden. Jedoch müssten für eine zielführende Gesundheitsberichterstattung diese Daten erheblich umstrukturiert, teilweise ergänzt und vor allem systematisch analysiert werden. Nur dann kann die Datenerhebung auch sinnvollerweise die Grundlage für konkrete Handlungsempfehlungen und Maßnahmen sein. Ein Auszug aus den Interviews bringt diese Situation auf den Punkt:

*"Das Problem, was wir haben, ist, dass auf Landesebene keine vernünftige Erfassungssoftware vorhanden ist, die es leichter macht, Daten einzupflegen. Das ist das eine, das ist ja schwierig, diese Jahresberichterstattung jedes Jahr aufs Neue dann wieder zu kreieren. Das bindet viele Zeitanteile, sowohl auf Landesebene – diejenigen, die das jetzt machen – weil das nicht haltbar sein wird, in der Form, wie wir es jetzt praktizieren. Ich bin jetzt kein IT-Fachmann, weiß aber, dass es da elegantere Möglichkeiten gibt um einheitlicher zu erfassen und was ganz, ganz wesentlich ist: Kommunale Gesundheitsämter haben als Pflichtaufgabe auch Gesundheitsberichterstattungen und [...] wird im Wesentlichen nirgendwo gemacht, als Pflichtaufgabe. Dass man da noch viel Nachholbedarf hat, erstens die Software dafür als Grundvoraussetzung zu schaffen und dann auch noch einmal nachzuarbeiten, was erheben wir für Daten. Denn das, was ein Arzt im Gesundheitsamt, im jugendärztlichen oder auch amtsärztlichen Bereich macht, ist Sozialmedizin pur und da sind wir wieder beim Datenschutz. Also ja, Sozialdaten gehören zur sozialen Medizin dazu, und wenn wir die Gesundheitsberichterstattung in Niedersachsen beispielsweise vergleichen, da ist es zulässig, dass man solche sozialen Daten und andere Gesundheitsindikatoren pflichtig miterhebt, um ordentliche Berichterstattung zu machen. Aber schon alleine für diese Leistungsberichterstattung, mehr ist diese Jahresberichterstattung im Grunde genommen nicht, braucht es eine einheitliche Software und die ist schlichtweg im Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes nicht da."*

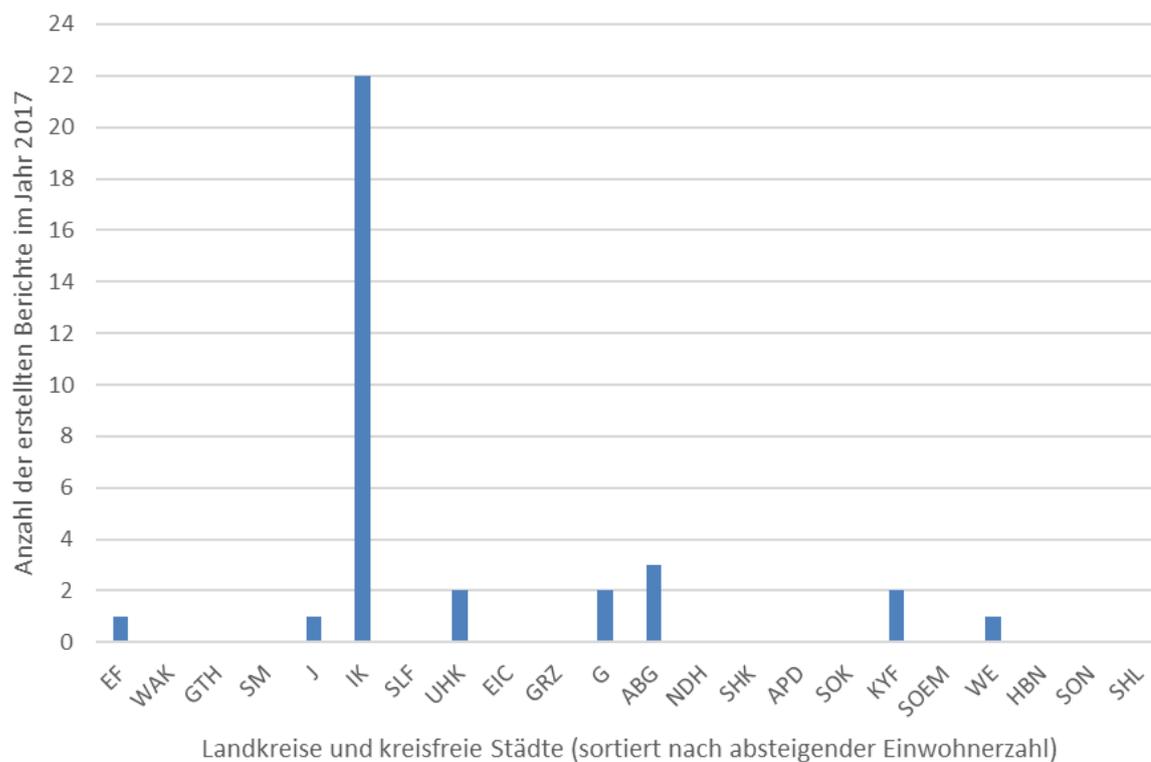
Die Aktivität der einzelnen Gesundheitsämter im Bereich der kommunalen Gesundheitsberichterstattung wird in der Jahresberichterstattung über die Kategorien ‚Erfassung und Aktualisierung (1 für ja)‘, ‚Auswertung themenbezogen (1 für ja)‘ und ‚zusammenfassende Berichte/ spezielle Festlegung von Maßnahmen (Anzahl Berichte pro Jahr)‘ ermittelt. Die Vergleichszahlen geben Auskunft darüber, ob und in welchem der zehn Fachbereiche (Amtsleitung Gesundheitsamt allgemein, Amtsärztlicher Dienst/ Gutachterwesen, Medizinalaufsicht, umweltbezogener Gesundheitsschutz, Infektionsschutz, KJÄD, ZÄD, Gesundheitsförderung/ Prävention/ Gesundheitsberichterstattung, SPDi und Betreuungsbehörde) Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsberichterstattung stattgefunden haben. Tabelle 9 zeigt, dass sich die Aktivitäten der Gesundheitsämter in erster Linie auf die Erfassung und Aktualisierung von Daten konzentrieren. Rot umrandet sind die Zellen mit besonders hohen Fallzahlen, also zeilenweise diejenigen Fachbereiche, in denen es in vielen GÄ Aktivität gibt; und spaltenweise diejenigen GÄ, die in vielen Fachbereichen aktiv sind. Die themenbezogene Auswertung von Daten fällt um rund einen Drittel geringer aus als die Erfassung und Aktualisierung der Daten (31 gegenüber 45). Im ZÄD haben insgesamt neun Gesundheitsämter Aktivitäten in der Kategorie ‚Erfassung und Aktualisierung‘ und sechs in der Kategorie ‚Auswertung themenbezogen‘ zu verzeichnen. Damit steht der ZÄD an erster Stelle, gefolgt vom Fachbereich Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsberichterstattung und dem KJÄD. Es gilt zu beachten, dass diese Erfassung keine Bewertung des Umfangs und des Inhalts der jeweiligen Aktivität zulässt, sondern lediglich angibt, ob ein Fachbereich einen Beitrag zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung leistet. Das Gesundheitsamt IIm-Kreis hat in der JBE angegeben, dass im Jahr 2017 neun der zehn Fachbereiche mit der Erfassung und Aktualisierung und acht Fachbereiche mit der themenbezogenen Auswertung der Daten für die Gesundheitsberichterstattung befasst waren. Der IIm-Kreis führt die Liste demnach an. Auffallend ist, dass acht Gesundheitsämter überhaupt keine Aktivitäten in den beiden Kategorien angegeben haben. Inwieweit die Vergleichszahlen eine belastende Analyse zulassen, gilt es im Einzelfall zu prüfen, da die Quantität der Aktivitäten nicht notwendigerweise mit der Qualität korrelieren muss.

Tabelle 9: Aktivitäten der Gesundheitsämter im Bereich der Gesundheitsberichterstattung

	E = Erfassung und Aktualisierung A = Auswertung themenbezogen (1 für ja)	EF	WAK	GTH	SM	J	IK	SLF	UHK	EIC	GRZ	G	ABG	NDH	SHK	APD	SOK	KYF	SOEM	WE	HBN	SON	SHL	Summe Fachbereiche
		Amtsleitung Gesundheitsamt allgemein	E	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	A	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	4
Amtsärztlicher Dienst/ Gutachterwesen	E	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5
	A	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4
Medizinalaufsicht	E	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	A	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
umweltbezogener Gesundheitsschutz	E	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	A	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Infektionsschutz	E	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	A	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
KJÄD	E	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	6
	A	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
ZÄD	E	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	9
	A	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	6
Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsberichterstattung	E	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	7
	A	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	6
SPDi	E	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	A	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Betreuungsbehörde	E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
	A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
<b>Summe Gesundheitsämter</b>	E	2	1	0	9	2	9	1	3	0	1	5	2	0	0	0	1	2	6	1	0	0	0	45
	A	2	1	0	0	2	8	1	2	0	1	3	2	0	0	0	1	2	5	1	0	0	0	31

Neben der Angabe, ob Aktivitäten stattfinden, zeigt Abbildung 26, welche der 22 Gesundheitsämter aus den erhobenen Daten tatsächlich einen zusammenfassenden Bericht erstellt und Maßnahmen festgelegt haben. Diese Information ist für die Analyse der Aufgabenerfüllung im Bereich der Gesundheitsberichterstattung sehr interessant

Abbildung 26: Anzahl der erstellten Berichte im Jahr 2017



Der ILM-Kreis ist mit 22 Berichten hinsichtlich der Gesundheitsberichterstattung ein sehr aktiver Landkreis. Neben dem ILM-Kreis werden auch in sieben weiteren kreisfreien Städten und Landkreisen Berichte erstellt (jeweils 1 Bericht in Erfurt, Jena und Weimar, jeweils 2 Berichte im Unstrut-Hainich-Kreis, in Gera und im Kyffhäuserkreis sowie 3 Berichte im Altenburger Land). Die restlichen 14 Landkreise und kreisfreien Städte haben geben in den vorliegenden Daten nicht an, Berichte erstellt zu haben. Auch hier gilt, dass über den Inhalt der Berichte keine Aussage getroffen werden kann, da es sich auch hierbei um eine rein quantitative Information handelt.

Ergänzend zur quantitativen Betrachtung zeigte sich in den Interviews, dass die Gesundheitsämter keine systematische Gesundheitsberichterstattung durchführen. Die Arbeit muss nebenbei von ärztlichem Personal oder anderen Fachkräften erledigt werden. In manchen Bereichen werden ohnehin regelmäßige Berichte angefertigt, etwa über die Schuleingangsuntersuchungen. Bei vollständig untersuchten Jahrgängen können der Impfstatus

und die Anzahl der geimpften Kinder festgestellt werden. Ebenso liefern diese Untersuchungen wichtige Indikatoren zur Gesundheit der Kinder, wie die Anzahl der fettleibigen Kinder.

*"Gesundheitsberichterstattung: Wir füllen den Jahresbericht aus. [...] Das heißt: die erfassten Daten, zum Beispiel bei den Schuleingangsuntersuchungen, da haben wir ja einen Jahrgang vollständig untersucht und da können wir zum Beispiel Impfdaten abgeben. Da sehen wir jedes Kind mit dem Impfausweis und können die Impfdaten erfassen: Wie ist der Stand der Impfungen? Wie viel Prozent sind in diesem einen Jahrgang durchgeimpft? Und wie sehen die Untersuchungszahlen aus? Wie viele dicke Kinder gibt es? Solche Zahlen werden dann erfasst und in so einem Teil-Gesundheitsbericht weitergeleitet, zum Beispiel für einen Familienbericht; oder dem Sozialplaner bestimmte Daten, natürlich völlig anonymisiert, weitergegeben. Aber wir selber im Gesundheitsamt können keinen vollständigen Gesundheitsbericht mit Lage der Gesundheit unserer Bevölkerung hier im Landkreis abgeben, weil wir schlicht und ergreifend kein Personal dazu haben. Das geht nicht."*

Diese Teilberichte und die Jahresberichterstattungen sind aber kein zureichender Ersatz für eine umfassende Gesundheitsberichterstattung, die offensichtlich aktuell mit den begrenzten personellen Ressourcen nicht geleistet werden kann. Eine Ausnahme bildet das Amt für Soziales und Gesundheit in Erfurt. Hier wurde aus verschiedenen fachbereichsspezifischen Koordinierungsstellen (Gesundheitsförderung, Psychiatriekoordinator, Suchtprävention, Sozialplanung, Gesundheitsberichterstattung und zu bestimmten Teilen auch die Gesundheitsplanung) eine Stelle gebündelt, die die Bereiche Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung abdecken soll.

Das Ziel der Gesundheitsberichterstattung sollte nicht nur die reine Erfassung und Auswertung von Daten sein; vielmehr sind wesentlich die daraus resultierenden gesundheitsplanerischen Maßnahmen. Die Gesundheitsplanung ist jedoch in Thüringen im Gegensatz zur Gesundheitsberichterstattung (und im Gegensatz zu den meisten anderen Bundesländern) im eigenen Wirkungskreis als freiwillige Aufgabe angesiedelt. Es gibt daher keinen Druck, auch tatsächlich gesundheitsplanerisch tätig zu werden. Die Erstellung eines Gesundheitsberichtes ergibt aber nur dann Sinn, wenn hieraus praktische Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt werden.

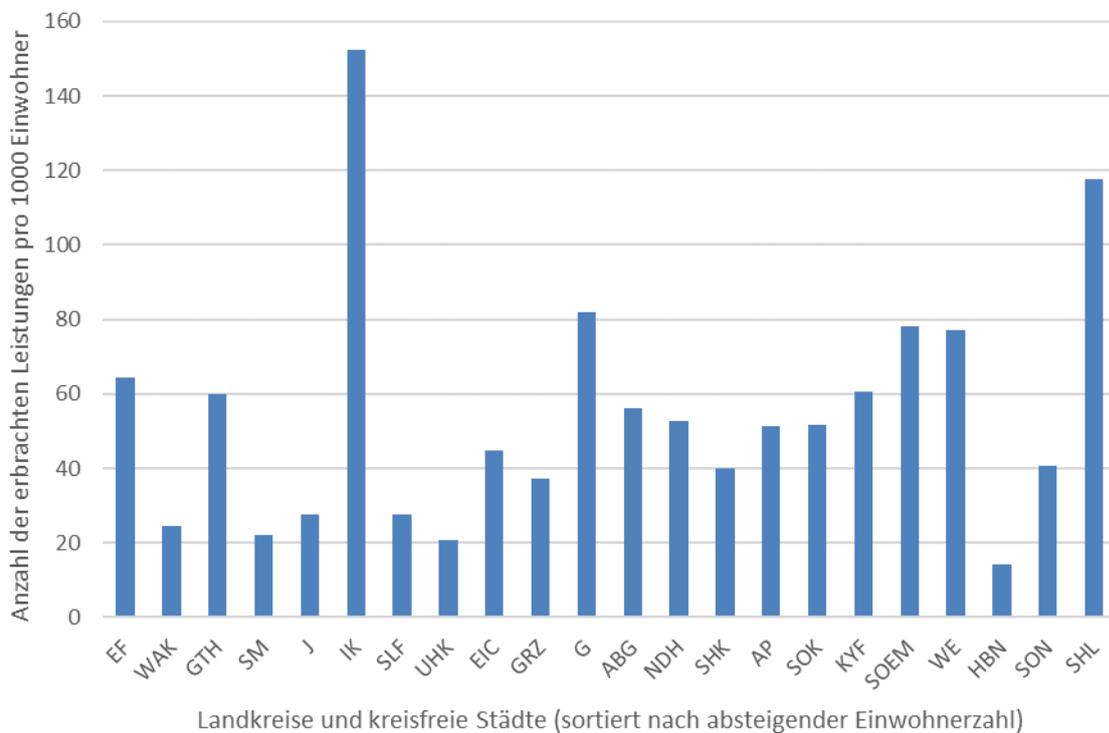
Ähnlich wie auch bei der Aufklärung, Gesundheitsprävention und Öffentlichkeitsarbeit bietet sich für die Gesundheitsberichterstattung eine Bündelung von Ressourcen bei einer Landesbehörde an, um eine effiziente und handlungswirksame Berichterstattung leisten zu können.

## 5.5 Sozialpsychiatrischer Dienst (SPDi)

Der ÖGD ist für die Beratung und Betreuung psychisch kranker oder von einer psychischen Krankheit bedrohter Personen, für die Vor- und Nachsorge psychisch Kranker und Suchtkranker sowie für die Unterbringung psychisch kranker Menschen in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses zuständig. Die detaillierte Aufgabenbeschreibung ist in der 'Fachempfehlung für die die Arbeit und Struktur sozialpsychiatrischer Dienste in Thüringen auf der Grundlage des Thüringer PsychKG' von 2006 ausgeführt. Gemäß § 4 Abs. 1 ThürPsychKG (Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen) ist die Leitung des SPDi durch eine Psychiaterin/einen Psychiater erforderlich; in Ausnahmefällen gestattet das Gesetz auch einen in der Psychiatrie erfahrenen Arzt. Die Fachempfehlungen sehen vor, pro 100.000 Einwohnern eine psychiatrische Arztstelle plus vier Fachkräftestellen zu besetzen. Tatsächlich gibt es aber in ganz Thüringen im ÖGD gerade weit unter 10 psychiatrische Ärztinnen oder Ärzte. Die Besetzung des SPDi mit Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie stellt ein noch größeres Problem dar als bei den übrigen Arztstellen im ÖGD. Erstens ist es schwierig, Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie für den ÖGD zu gewinnen. In vielen Gesundheitsämtern sind die Stellen seit langem ausgeschrieben, ohne dass auch nur Bewerbungen darauf eingehen. Zweitens ist es im psychiatrischen Dienst besonders folgens schwer, wenn etwa aufgrund mangelnder fachlicher Qualifikation Fehlentscheidungen getroffen werden. Da viele Gesundheitsämter den SPDi nicht mit Fachärzten bzw. psychiatriee erfahrenen Ärzten besetzen können, müssen die Amtsärztinnen und Amtsärzte diesen Bereich mitbetreuen. Dies ist insofern problematisch, als für den Amtsarzt keine spezielle fachärztliche Qualifikation erforderlich ist. Zwar enthält auch der Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen sozialpsychiatrische Kenntnisse, aber dieser Facharzt ist in Thüringen ausgesprochen selten und nicht mit der die Qualifikation eines psychiatrischen Facharztes zu vergleichen. Auch führt die Doppelfunktion der Amtsleitung und der SPDi-Leitung zu einer erheblichen Mehrbelastung der Amtsärztinnen und Amtsärzte, da eine Person mehrere Aufgabenbereiche mit großer Verantwortung gleichzeitig wahrnehmen muss.

Die Aufgaben der Beratung und Betreuung sowie der Vor- und Nachsorge können von den GÄ teilweise oder ganz an freie Träger ausgelagert werden. Das Ausmaß der Aufgabenauslagerung variiert, wobei überwiegend eine lange und enge Kooperation zwischen Gesundheitsämtern, Krankenhäusern und sozialen Diensten besteht. Die Koordination und auch die Kontrolle obliegen jedoch immer den Gesundheitsämtern. Obwohl diese Zuständigkeit gesetzlich vorgeschrieben ist, fällt es den GÄ in der Praxis zunehmend schwerer, die fachliche Kontrolle angemessen zu gewährleisten.

Abbildung 27: Erbrachte Leistungen des SPDi (mit Patientenbezug) pro 1.000 Einwohner



Zusätzlich verbleibt ein erheblicher Aufwand der Betreuung auch bei den GÄ, wie Abbildung 27 verdeutlicht. Gemäß den Angaben, die die GÄ in der JBE machen, gehören zu den von ihnen erbrachten Leistungen mit Patientenbezug Hilfen im Rahmen der Vor- und Nachsorge, wie

- die Diagnose und Beratung durch nichtärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des SPDi im Gesundheitsamt und telefonisch;
- Haus- und Klinikbesuche durch nichtärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des SPDi, Konsultationen im Gesundheitsamt sowie Beratungen durch die Amtsärztinnen und Amtsärzte (auch telefonisch);
- Sachverhaltsaufklärungen (außerhalb von Leistungen nach ThürPsychKG) und

- Gerichtskontakte (Sachverhaltsklärungen im Einzelfall).

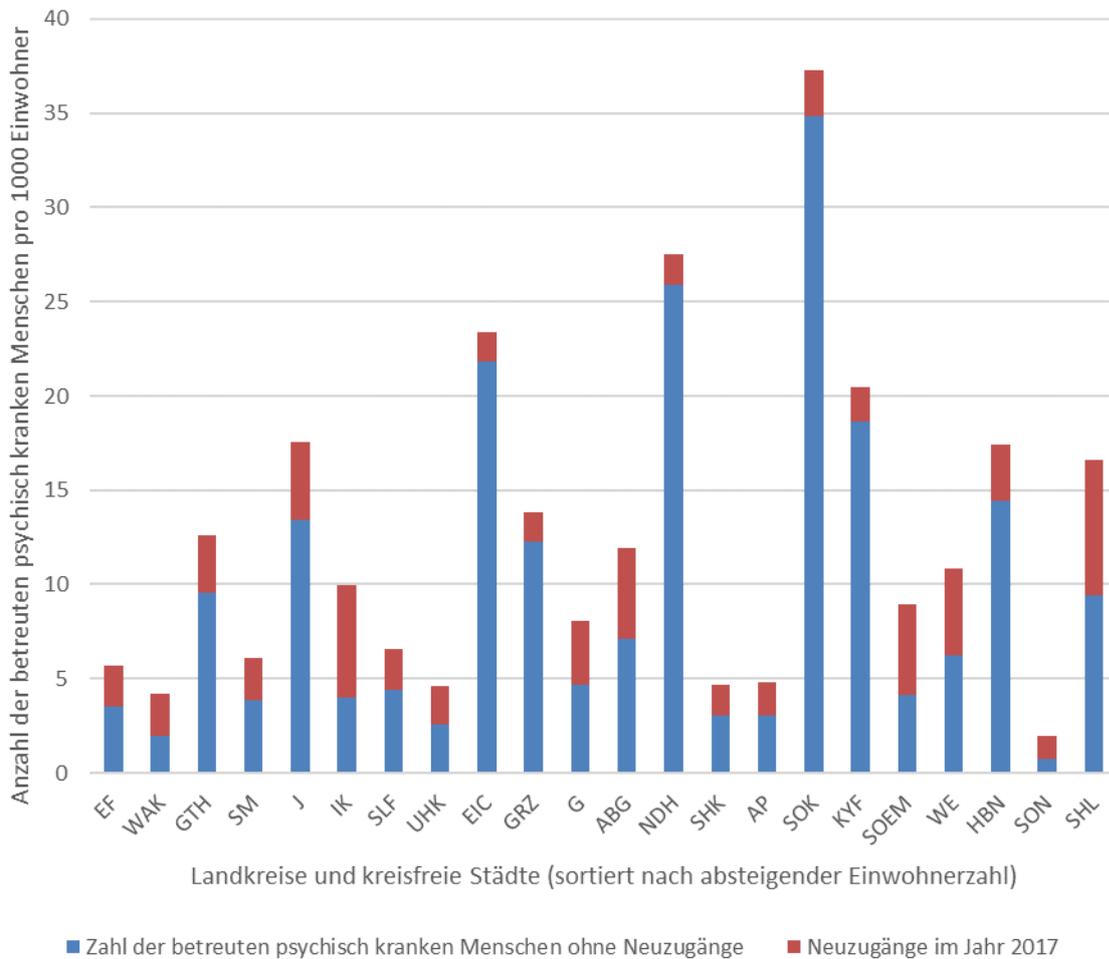
Diejenige Tätigkeit, die am wenigsten ausgelagert wird, ist die Entscheidung über die Unterbringung psychisch kranker Menschen in psychiatrischen Krankenhäusern. Die Unterbringung kann gemäß § 7 Abs. 1 ThürPsychKG "nur auf schriftlichen Antrag des zuständigen sozialpsychiatrischen Dienstes durch gerichtliche Entscheidung angeordnet werden". Diesem Antrag ist ein psychiatrisches Gutachten beifügen, in dem die Unterbringungsbedingungen verdeutlicht werden. Aufgrund des Fachärztemangels im SPDi wird teilweise auch diese hoheitliche Aufgabe an externe Gutachter verlagert, beispielsweise an Ärztinnen und Ärzte der psychiatrischen Kliniken. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass die Beauftragung nicht unkompliziert ist. Zum einen ist der finanzielle Anreiz für psychiatrische Ärztinnen und Ärzte gering, zum anderen ist der administrative Aufwand relativ hoch.

In Notfällen kann gemäß § 9 ThürPsychG auch vor dem gerichtlichen Entscheid durch den SPDi eine vorläufige Unterbringung für maximal 24 Stunden angeordnet werden. Solche Entscheidungen werden häufig in Krisensituationen, vor allem während nächtlicher Rufbereitschaften getroffen, wenn schnell gehandelt werden muss. Die psychische und Arbeitsbelastung insbesondere dieser Krisensituationen für die wenigen Ärztinnen und Ärzte im SPDi ist erheblich. Die JBE weist aus, dass in 2017 von 2437 Unterbringungen zwei Drittel (1603) aufgrund vorläufiger Entscheidungen in Notsituationen getroffen wurden. Ein knappes Viertel aller Kriseninterventionen (1439 von 6068) und über 60% aller aufsuchenden Einsätze (77 von 127) fanden in Rufbereitschaftszeiten statt.

Die Fallzahlen der teilweise sehr langfristigen Betreuung psychisch kranker Menschen durch den SPDi variieren stark zwischen den GÄ, wie Abbildung 28 verdeutlicht. Besonders belastet sind der Saale-Orla-Kreis und Eichsfeld, was vermutlich wiederum mit den dort vorhandenen großen Krankenhäusern zusammenhängt. Die Interviews zeigen, dass Ärztinnen und Ärzten im SPDi aufgrund der personellen und hierdurch verursachten Zeitmangels bewusst zwischen ihren Aufgaben priorisieren. Da der Notfalldienst einen so großen Umfang ihrer Tätigkeit einnimmt, bleibt für die dauerhaften und regulären Aufgaben entsprechend weniger Kapazität übrig. Die Interviews bestätigen außerdem den durch die JBE-Daten suggerierten engen Zusammenhang zwischen dem SPDi und dem Vorhandensein psychiatrischer Kliniken oder Praxen. Die Gesundheitsämter in einem Landkreis oder einer

kreisfreien Stadt mit einer psychiatrischen Klinik benötigen einen personell gut ausgestatteten sozialpsychiatrischen Dienst, um die Gutachten für die Unterbringung zu verfassen. Andererseits ist der SPDi gerade in den Landkreisen besonders wichtig, die keine psychiatrischen Einrichtungen haben, um als erste Anlaufstelle zu fungieren.

Abbildung 28: Zahl der betreuten psychisch kranken Menschen pro 1.000 Einwohner



Das Beispiel des Gesundheitsamtes Erfurt verdeutlicht die prekäre Situation des SPDi. Die Fachempfehlung für die Arbeit des SPDi aus dem Jahr 2006 wird nicht umgesetzt. Zwei Facharztstellen für Psychiatrie sind derzeit nicht besetzt. Stattdessen ist eine Vollzeitstelle im SPDi mit einem Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen besetzt. Neben der täglichen Arbeit mit psychisch kranken Menschen stellen auch die 24-Stunden-Rufbereitschaftsdienste für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des SPDi eine hohe Belastung dar. Infolge der Rufbereitschaften ergeben sich unzählige Überstunden, die im laufenden Dienstbetrieb nicht abgegolten werden können. In den Interviews mit den Amtsleiterinnen

und Amtsleitern wurde diese zeitliche Mehrbelastung mehrfach als ein zentrales Problem thematisiert.

## 5.6 Zusammenfassende Überlegungen zur Aufgabenkritik

Die Analyse der einzelnen Aufgabenbereiche hat einige Ansatzpunkte zur Aufgabenkritik sowie zum Arztprofil ergeben. *Erstens* ist festzuhalten, dass der Aufgabenbestand der Gesundheitsämter sehr breit gefächert ist. Er umfasst eine Vielzahl an Arbeitsbereichen, die eine hohe Spezialisierung erfordern. Die einzelnen Tätigkeiten sind überwiegend zeitaufwändig, erfordern eine detaillierte medizinische und teils juristisch Fachkenntnis sowie eine intensive Bearbeitung des Einzelfalls und bieten wenig Potenzial zur Rationalisierung. Um angesichts des dauerhaften und teils gravierenden Personalmangels einer Überlastung der Gesundheitsämter vorzubeugen, sollte ernsthaft nach Optionen gesucht werden, wie dieser breite, spezialisierte und arbeitsintensive Aufgabenbestand wenigstens in Teilen eingeeht werden kann.

*Zweitens* wurde im Vergleich zwischen den Landkreisen und Städten eine regionale Schwerpunktsetzung bei einzelnen Aufgaben deutlich. Manche Aufgaben werden an einzelnen Standorten nur in geringem Umfang oder fast gar nicht wahrgenommen. Manche Aufgaben werden an einzelnen Standorten weit überdurchschnittlich wahrgenommen. Teilweise liegen die Ursachen für diese Ungleichverteilung in offensichtlichen strukturellen Gegebenheiten, etwa der regionalen Nähe zu größeren gesundheitsbezogenen Einrichtungen wie Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen oder – mit Blick auf die Leichenschau – Krematorien (vgl. Abbildung 10, S. 52). Teilweise bietet sich für diese Unterschiede keine unmittelbare Erklärung an – wie etwa die Häufung auf reisebezogene Beratung und Impfung in wenigen Gesundheitsämtern (vgl. Abbildung 16, S. 68). In diesen einzelnen Aufgabenbereichen wäre es sinnvoll, in Ergänzung zu den rein statistischen Angaben, die die Gesundheitsämter für die JBE machen, im Detail zu erheben, wie solche Unterschiede durch die Organisation, lokale Kompetenzbereiche oder Arbeitsteilung zustande kommen. Auf Basis solcher Informationen kann dann über eine Optimierung des Aufgabenbestandes nachgedacht werden. Ansatzpunkte für eine **Reduktion des Aufgabenbestandes** ergaben sich in verschiedener Hinsicht.

- **Reduktion des Gutachterwesens:** Der Umfang, in dem aktuell die Gesundheitsämter gutachterlich tätig werden, stellt dauerhaft eine sehr große zeitliche Belastung

dar. Zur Reduktion der Gutachtertätigkeit sind verschiedene Wege denkbar, die möglichst parallel beschritten werden sollten. *Erstens* sollte die Vielzahl der rechtlichen Vorgaben, aus denen eine amtsärztliche Gutachtertätigkeit abgeleitet werden kann, einer Regulierungskritik unterzogen werden. Möglicherweise sind einzelne gutachterliche Zuständigkeiten entbehrlich (vgl. etwa die Liste der Spezialvorschriften für Gutachten im Bereich der Schulfähigkeit und Entwicklung von Kindern in Tabelle 5 auf S. 59). *Zweitens* sollte die Möglichkeit beschränkt werden, dass die Kommunen im Rahmen der Aufgaben ihres eigenen Wirkungskreises die Gesundheitsämter regelmäßig zu gutachterlicher Tätigkeit heranziehen, wo diese im Rahmen der Aufgaben des übertragenen Wirkungskreises eigentlich nur zur Beratung verpflichtet sind. *Drittens* könnten Gutachten, die als nicht strikt hoheitlich einzustufen sind, im Rahmen eines Beliehenen-Modells an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte abgegeben werden. Dies ist bspw. bei Einstellungsuntersuchungen im Beamten- und Tarifrecht sowie bei Beihilfeuntersuchungen denkbar. In Baden-Württemberg beispielsweise stellt das Landesgesundheitsamt nur noch eine Liste von zugelassenen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung, bei denen dann Beamtenanwärterinnen und -anwärter die Einstellungsuntersuchung durchführen lassen können. Auch die Untersuchungen nach dem Sozialgesetzbuch oder dem Ausländer- und Asylrecht müssen vermutlich nicht zwingend von Amtsärztinnen und Amtsärzten durchgeführt werden. Ggf. ist eine Auslagerung an niedergelassene Kinderärztinnen und Ärzte auch bei den Reihenuntersuchungen im KJÄD und im KJZÄD denkbar. Wo die Neutralität einer staatlichen Instanz in besonderem Maße gefordert ist (z.B. psychiatrische Gutachten), könnte über Tandem-Modelle zwischen Klinikärztinnen und -ärzten oder niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten mit einer spezialisierten Stelle im ÖGD nachgedacht werden. Solche Tandem-Modelle für psychiatrische Gutachten gibt es bereits in anderen dünn besiedelten Regionen Deutschlands, bspw. in Schleswig-Holstein.<sup>21</sup> Solche Aufsichts- oder Kontrollaufgaben im Tandem können in einem relativ kleinen Land wie Thüringen auch regional konzentriert werden und müssen nicht von jedem Gesundheitsamt ausgeführt werden.

---

<sup>21</sup> Psychiatriebericht 2016 für den Landtag Schleswig-Holstein, LT-Drs. 18/4921, S. 47ff.

- **Regionale Konzentration von Aufgaben ohne unmittelbaren Ortsbezug:** Grundsätzlich sind alle Thüringer Gesundheitsämter dazu verpflichtet, die Aufgabenbereiche des ÖGD vollständig abzudecken. Eine regionale Differenzierung bei der Aufgabenerfüllung ist primär nicht vorgesehen. In einigen Bereichen zeigt sich jedoch, dass die Landkreise und kreisfreien Städte unterschiedliche Voraussetzungen mitbringen. In der Praxis entscheiden zum einen geografische und demografische Faktoren über die Ausgestaltung des Aufgabenspektrums. Kleine und ländlich geprägte Landkreise müssen häufig mit anderen Aufgaben und Herausforderungen umgehen als große Kreise oder kreisfreie Städte. Das gilt bspw. für die Zulassung von Gesundheitsberufen, die bereits jetzt fast ausschließlich durch Erfurt erbracht wird (Kap. 3.2). Zum anderen wird das Aufgabenspektrum durch das Vorhandensein bestimmter Institutionen und öffentlicher Einrichtungen, wie Schulen, Universitäten, Kliniken, Krematorien oder öffentlicher Vergnügungsstätten, beeinflusst. In einem Landkreis mit einem Krematorium muss das Gesundheitsamt die zweite Leichenschau durchführen. Diese Arbeit entfällt in einem Landkreis ohne Krematorium. Dort ist das Gesundheitsamt lediglich für die Validierung der Leichenscheine verantwortlich. Deutlich wurde auch, dass bspw. spezielle Impf- und Beratungsleistungen regional unterschiedlich angeboten werden. Hier könnten ohnehin vorhandene personelle und fachliche Spezialisierungen oder regionale Kooperationen mit Ausbildungseinrichtungen, Kliniken u.ä. genutzt werden, um in Arbeitsteilung mit umgebenden Kreisen und Städten regionale Aufgabenschwerpunkte mit spezifisch hierfür ausgewiesenem und kompetentem Personal zu bilden. Ggf. können für eine solche Schwerpunktbildung auch Stellenprozente mehrerer Gesundheitsämter gepoolt werden. Konkrete Anhaltspunkte für solche Schwerpunktbildung müssten sich aus der detaillierten Untersuchung der regionalen Unterschiede ergeben, die dieser Bericht aufgezeigt hat.<sup>22</sup>
- **Zentralisierung von Service- und Koordinations-Leistungen auf der Landesebene:** Die Gesundheitsberichterstattung, die Koordination von Netzwerken (v.a. MRE-

---

<sup>22</sup> Das rheinland-pfälzischen Landesgesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) regelt eine solche regionale und überregionale Schwerpunktleistung von Aufgaben. Dort heißt es in § 5 ÖGDG Absatz 4 Allgemeine Aufgaben und Schwerpunktaufgaben der Gesundheitsämter: „Das fachlich zuständige Ministerium kann durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Landkreis, der kreisfreien Stadt oder dem Zweckverband (§ 2 Absatz 4) einzelnen Gesundheitsämtern regionale und überregionale Schwerpunktaufgaben übertragen. Bereits bestehende Schwerpunktaufgaben bleiben unberührt.“

Netzwerk) sowie die Vorbereitung von Informations- und Schulungsmaterialien für die Gesundheitsförderung und Prävention sollten sinnvollerweise an eine der Aufsichtsbehörden des Landes angelagert werden. Diese Tätigkeiten erfordern eine regional übergreifende Koordination. Darüber hinaus können Effizienzgewinne durch Spezialisierung realisiert werden, wenn solche Aufgaben an einer Stelle mit entsprechenden zeitlichen Ressourcen erledigt werden, anstatt an 22 Stellen nebenher geleistet werden zu müssen. Wo genau eine solche Aufgabe angelagert werden könnte, ist eine Frage der vertikalen Re-Organisation (s. die entsprechenden Handlungsempfehlungen in Kapitel 7.1).

- **Stärkung der Kooperation mit freien Trägern:** Bei Impfungen sowie in einigen Bereichen der Beratung, z.B. Schwangeren- oder Suchtberatung und im SPDi, bestehen bereits punktuell intensive Kooperationen mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern sowie freien Trägern. Der Unstrut-Heinich-Kreis bspw. hat die Schutzimpfungen an niedergelassene Ärzte ausgelagert (vgl. Tabelle 6, S. 66). Der Kreis Altenburger Land hat fast die komplette Palette der Beratungsleistungen an freie Träger abgegeben (vgl. Tabelle 8: Beratung durch die Gesundheitsämter und (mindestens teilweise) Auslagerung an freie Träger, S. 82). Hier liegen also bereits Erfahrungen vor, wie solche Kooperationen rechtlich und praktisch ausgestaltet werden können. Auf diese Erfahrungen kann zurückgegriffen werden, um Standardverträge für die Beleihung mit Aufgaben zu formulieren, die von den einzelnen Gesundheitsämtern einfach übernommen werden können.

Mit Blick auf die **Arztprofile** lassen sich nur recht generelle Schlüsse aus der Analyse der Aufgabenerfüllung ziehen. Zentrale Aufgaben des ÖGD, vor allem in der Medizinalaufsicht, in der Hygieneaufsicht und im Infektionsschutz, können nicht sinnvoll reduziert oder ausgelagert werden. Sie sind nicht nur im ÜWK angesiedelt und gesetzlich vorgeschrieben, sondern weisen einen eindeutigen hoheitlichen und gesundheitlichen Bezug auf. Hier werden sowohl Ärzte als auch nichtärztliche Fachkräfte in ausreichender Zahl benötigt. Ähnliches gilt für die Leitungsfunktionen sowie für weite Aufgabenbereiche des KJÄD und KJZÄD sowie des SPDi. **Diese speziellen fachärztlichen Qualifikationen werden im ÖGD weiterhin dringend benötigt. Es ist daher darauf hinzuwirken, dass diese Aufgaben auch von Personen erfüllt werden, die einerseits die einschlägigen Qualifikationen aufweisen, und die**

**andererseits auch genügend zeitliche Ressourcen haben, um sich diesen Aufgaben angemessen zu widmen. Noch intensivere Anstrengungen in der Personalgewinnung müssen unternommen werden, um dieser Problematik abzuhelpfen.**

Hinsichtlich der einschlägigen Qualifikation hat die Analyse gezeigt, dass aktuell in vielen Gesundheitsämtern die einzelnen Fachbereiche nicht mehr von speziell dafür geeigneten Fachärzten geleitet werden, sondern die Ärztinnen und Ärzte vielmehr interdisziplinär arbeiten. Gerade die Bereiche des Sozialpsychiatrischen Dienstes sowie die Hygiene- und Umweltmedizin werden häufig von Ärztinnen und Ärzten anderer Fachdisziplinen mitbetreut. Aufgrund von Elternzeit, unerwarteten Kündigungen und krankheitsbedingten Ausfällen können Stellen und Sachgebiete nicht optimal nachbesetzt werden, so dass derartige Konstellationen zukünftig unter den derzeitigen Bedingungen vermehrt in der Praxis vorzufinden sein werden.

Hinsichtlich der zeitlichen Ressourcen hat die Analyse gezeigt, dass pflichtige Aufgaben, bei denen hinsichtlich der Erfüllung kein Ermessensspielraum besteht, wie etwa die Einschulungsuntersuchungen, zwar nach wie vor in hohen Quoten erfüllt werden. Andere Bereiche, etwa die Kontrolldichte in der Medizinalaufsicht, offenbaren deutliche Lücken. Insgesamt führt der Personalmangel dazu, dass die Ärztinnen und Ärzte bei allen Aufgaben eine radikale Prioritätensetzung vornehmen müssen und aufgrund des Zeitmangels ihrem Aufgabenspektrum nicht in der Breite gerecht werden können. Auf diese Weise können aber wesentliche Grundfunktionen des ÖGD im gesundheitlichen Bevölkerungsschutz nicht ausreichend wahrgenommen werden.

## 6 Einsichten aus dem Vergleich mit anderen Bundesländern

Die Darstellung und Analyse der Ausstattung sowie des Aufgabenbestandes des ÖGD in Thüringen zeigen, dass Personalmangel besteht, dass Bedarfe bestehen, die materiell-technische, insbesondere die Ausstattung mit Hard- und Software zu verbessern, sowie dass der Aufgabenbestand vielfältig ist und in unterschiedlicher Intensität und Qualität erfüllt werden kann. Wo Mängel in der Aufgabenerfüllung bestehen, stehen sie häufig in engem Zusammenhang mit dem Personalmangel. Die Befunde deuten auf Handlungsbedarfe hin, die in den vergangenen zwei Kapiteln aufgezeigt wurden.

Um diese Bedarfe besser einschätzen zu können, wird in diesem Kapitel der Blick 'über den Tellerrand' gerichtet. Die Vergleichsperspektive hilft einerseits, einen Maßstab zu bilden, um zu bewerten, ob die Thüringer Befunde im Bundesvergleich durchschnittlich, über- oder unterdurchschnittlich sind. Der Vergleichsmaßstab ändert nichts an den objektiven Bedarfen, kann aber Hinweise darauf liefern, ob bestimmte Probleme sehr weit verbreitet (und damit tendenziell schwieriger zu lösen) sind oder ob sie eher auf thüringische Eigenheiten zurückzuführen (und somit tendenziell durch strukturelle Reformen lösbar) sind. Andererseits bietet der Ländervergleich Anschauungsmaterial für institutionelle und strukturelle Lösungsansätze, die sich ggf. auf Thüringen übertragen lassen. Mit dieser Zielsetzung werden hier zu einigen zentralen Aspekten der Organisation des ÖGD ländervergleichende Informationen zusammengetragen.<sup>23</sup>

### 6.1 Institutionelle Einordnung

Die heutige Struktur des ÖGD ist von einer jahrzehntelangen Entwicklung in Deutschland geprägt. Durch das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (GVG) aus dem Jahr 1935 wurden flächendeckend staatliche Gesundheitsämter geschaffen. Das Gesetz wurde jedoch "für die nationalsozialistische Rassen- und Vernichtungspolitik instrumentalisiert" (Kuhn et al. 2012). Infolge dieser Instrumentalisierung haben sich die Gesundheitsämter nach dem zweiten Weltkrieg aus der Gesundheitsversorgung zurückgezogen, weil die "sozial- und bevölkerungsmedizinische Ansätze in der Bundesrepublik diskreditiert [waren]" (Kuhn et al. 2012). Erst 2006 wurde das GVG endgültig abgeschafft. Das öffentliche

---

<sup>23</sup> Ansätze für einen strukturellen Vergleich zwischen den Bundesländern, allerdings stark veraltet, bietet die Gesundheitsberichterstattung des Bundes ([http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gast&p\\_aid=0&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=1105::sozialarbeiter](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=1105::sozialarbeiter)), letzter Aufruf 10.08.2019.

Gesundheitswesen wurde mit dem Grundgesetz in die Zuständigkeit der Länder gelegt, die jedoch erst nach Jahrzehnten von ihrer Gesetzgebungskompetenz Gebrauch machten. Bis dahin entwickelte sich ein Wildwuchs bereichsspezifischer Regulierungen. Erst mit Beginn der 1980er Jahre entstanden nach und nach einzelne Gesundheitsdienstgesetze (GDG) der Länder, die das GVG ablösten. Die Gesundheitsdienst-Gesetze der Länder und entsprechende Verordnungen regeln das Aufgabenspektrum des ÖGD. Dementsprechend findet sich von Bundesland zu Bundesland eine unterschiedliche inhaltliche Ausgestaltung, die in der Summe eine große Vielfalt bewirkt. Zuerst wurde ein GDG in Schleswig-Holstein im Jahr 1979 eingeführt und zuletzt in Hessen im Jahr 2008 (vgl. Müller und Woltering 2010, S. 67). Die ostdeutschen Bundesländer überarbeiteten ihre Gesetze oder führten neue im Wesentlichen zwischen 1990 und 2000 ein.

Heutzutage ist der ÖGD überwiegend auf der kommunalen Verwaltungsebene der Landkreise und kreisfreien Städte angesiedelt. Infolge des kommunalen Selbstverwaltungsrechts gemäß Artikel 28 GG obliegt somit die Organisations- und Personalhoheit für den ÖGD in den meisten Ländern den kommunalen Gebietskörperschaften – oder dem vergleichbar in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg den Bezirken. Die kommunale Zuständigkeit äußert sich in einer Vielfalt an Organisationsstrukturen (vgl. Müller 2010, S. 49 f.). In Bayern gibt es als einzigem Bundesland noch 71 staatliche Gesundheitsämter, die jedoch "verwaltungsorganisatorisch ebenfalls in die Landratsämter eingebunden sind" (Kuhn et al. 2012), und 5 kommunale Gesundheitsämter in den Städten München, Augsburg, Nürnberg, Ingolstadt und Memmingen (BayernPortal 2019). In Ländern mit einem dreistufigen Verwaltungsaufbau (z.B. Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen) üben die Mittelinstanzen (Regierungspräsidien bzw. Bezirksregierungen) die Fachaufsicht über die Gesundheitsämter als untere Verwaltungsbehörden aus. In Ländern mit einem zweistufigen Verwaltungsaufbau entfällt diese Ebene.

In den meisten Ländern gibt es außerdem mittlerweile Landesgesundheitsämter, die zentrale Koordinations-, Vernetzungs- und Berichtsaufgaben wahrnehmen. Insbesondere für die Aufgaben der Information, der Prävention und der Gesundheitsberichterstattung bieten sich solche staatlichen Behörden mit koordinierender Funktion an. In Baden-Württemberg beispielsweise versteht sich das Landesgesundheitsamt als "Drehscheibe zwischen Gesundheitsbehörden, Politik und Wissenschaft" und "berät insbesondere die Gesund-

heitsämter in den Stadt- und Landkreisen sowie das Ministerium für Soziales und Integration, um den ÖGD zukunfts- und bürgerorientiert aufzustellen" (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2019). Zu den Arbeitsschwerpunkten des Landesgesundheitsamtes gehören die Prävention und Gesundheitsförderung, der Gesundheitsschutz, die Gesundheitsberichterstattung und die Gesundheitsplanung (vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2019). Das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen liefert den Kommunen und der Landesregierung Informationen in den Themenbereichen Gesundheitsförderung sowie Kinder- und Jugendgesundheit, analysiert Gesundheitsdaten und fördert die gesundheitlichen Versorgungsstrukturen in Nordrhein-Westfalen (vgl. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen 2019). Ähnliche Ämter gibt es beispielsweise in Sachsen, Brandenburg und Niedersachsen.

## **6.2 Rechtsgrundlagen und Aufgabenbestand**

Die Aufgaben, Struktur und Ziele des ÖGD sind in den ÖGD-Gesetzen der Länder formell geregelt. Wie im ersten Kapitel dieses Berichts erläutert wurde, basiert die Rechtsgrundlage des ÖGD in Thüringen auf der 'Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten (VO-ÖGD) vom 8. August 1990 in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Oktober 1998'. Thüringen ist damit das einzige Bundesland mit einer Rechtsverordnung. Die Interviews und der Vergleich der ÖGD-Gesetze der Bundesländer deuten darauf hin, dass es in der Praxis eher unwesentlich ist, ob ein Land ein ÖGD-Gesetz oder eine ÖGD-Verordnung hat. Vielmehr ist die inhaltliche Ausgestaltung der Gesetze oder Verordnungen ausschlaggebend. Im Fokus der Betrachtung stehen vor allem das in den ÖGD-Gesetzen der Länder festgelegte Aufgabenspektrum und die länderspezifischen Vorgaben für die Aufgabenerfüllung. Eine Übersicht der Aufgabenbereiche, die in den länderspezifischen Gesetzen vorgeschriebene sind, findet sich in Anhang VIII.

### **6.2.1 Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung**

Ein in der Thüringer VO-ÖGD wesentlich vernachlässigter Aufgabenbereich ist die Gesundheitsförderung. Es wird auf diese Aufgabe zwar hingewiesen, aber nicht vorgegeben, wie sie konkret zu erfüllen ist. In der Verordnung heißt es: "Die Gesundheitsämter unterstützen Bestrebungen zur Förderung der Gesundheitspflege und Gesundheitsvorsorge und wirken insbesondere bei der Förderung der Individualhygiene mit" (§ 8 Abs. 2 GesDV TH 1998). Die

Begriffe der Gesundheitsförderung, der Gesundheitsberichterstattung und der Gesundheitsplanung werden hierbei nicht ausdrücklich genannt. Je allgemeiner jedoch diese Aufgaben formuliert sind, desto weiter ist der Ermessensspielraum jedes einzelnen Gesundheitsamtes, welche Gewichtung es einzelnen Aufgaben verleiht. In der Folge kommt es zu erheblichen Unterschieden zwischen den Gesundheitsämtern. In Weimar nimmt die Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert ein, da dieser Aufgabenschwerpunkt als wichtig erachtet wird. In den anderen Gesundheitsämtern werden andere Schwerpunkte gelegt, so dass in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten unterschiedliche Standards vorzufinden sind. Die "Fachempfehlungen zur Umsetzung von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) des Freistaats Thüringen" und die "Personalempfehlungen für die Umsetzung von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sowie der Suchtberatung im öffentlichen Gesundheitsdienst des Freistaats Thüringen" vom 30.08.2006 konkretisieren die Aufgabenbereiche der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention wesentlich. Eine Fachempfehlung ersetzt jedoch die gesetzliche Verankerung nicht.

Ähnlich werden die Pflichtaufgabe der Gesundheitsberichterstattung und der Gesundheitsplanung (vgl. Kapitel 5.4.3) in der VO-ÖGD in den §§ 1 und 8 nur angedeutet. In vielen Bundesländern sind diese Kernaufgaben im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst detailliert geregelt. Die Tabelle in Anhang IX liefert eine Übersicht über die gesetzliche Verankerung der Aufgabenbereiche Gesundheitsberichterstattung, Vernetzung/Kooperation und Koordination/Planung in den einzelnen Bundesländern und bietet damit Anhaltspunkte, wie die Regelung auch für Thüringen konkretisiert werden könnte.

## **6.2.2 Untersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen**

In den Bundesländern ist die Pflicht zu schulärztlichen Untersuchungen rechtlich in den jeweiligen ÖGD-Gesetzen, Schulgesetzen oder Verordnungen verankert. Der KJÄD und der KJZÄD bieten in Thüringen gemäß der ThürSchulgespfIVO die schulärztlichen Schulaufnahmeuntersuchungen und Vorsorgeuntersuchungen in mindestens zwei Klassenstufen an (s. Kapitel 5.3). Auch in den anderen Bundesländern wird die Schulaufnahmeuntersuchung in der Regel flächendeckend für alle einzuschulenden Kindern durchgeführt. Der Ländervergleich zeigt, dass die Mehrheit der Gesetze keine konkreten Angaben zur Häufigkeit der Untersuchungen macht und die Klassenstufen, in denen die Untersuchung durchzuführen

ist, nicht vorgibt. Während in § 4 Absatz 2 Satz 1 ThürSchulgespfIVO geregelt ist, dass weitere Vorsorgeuntersuchungen für mindestens zwei weitere Klassenstufen standardisiert durchzuführen sind, heißt es beispielsweise im baden-württembergischen Gesundheitsdienstgesetz (§ 8 Absatz 2 ÖGDG), dass Schülerinnen und Schüler untersucht werden *können*. Zudem ist auch die rechtliche Verpflichtung zur Teilnahme an den schulärztlichen Untersuchungen nicht überall eindeutig geregelt. So ist auf Basis der ThürSchulgespfIVO nicht zweifellos geklärt, ob eine Teilnahme der zu untersuchenden Kinder und Jugendlichen verpflichtend ist. Um einerseits innerhalb Thüringens eine größere Vergleichbarkeit zu schaffen und andererseits die Arbeitsbelastung zu reduzieren, könnten hier konkretere Vorgaben für bestimmte Klassenstufen gemacht und andere Klassenstufen explizit aus der Reihenuntersuchung ausgenommen werden.

### 6.3 Personalausstattung

Wie generell bei kommunalen Aufgaben sind auch die Aufgaben des ÖGD regional unterschiedlich ausgestaltet. Daher fällt es schwer, verbindliche Personalschlüssel zu formulieren oder gar länderübergreifend zu vergleichen. Viele Bundesländer verzichten vollständig auf die Vorgabe von Personalschlüsseln, um der Vielfalt der kommunalen Aufgabenerfüllung nicht vorzugreifen.<sup>24</sup> Verfügbare Vergleichszahlen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes sind jedoch stark veraltet (1998 wurde von einer idealen Arztdichte von 5,4 Amtsärzten pro 100.000 Einwohner ausgegangen).<sup>25</sup> Und einzelne Hinweise, wie bspw. Fachkräfteschlüssel aus Sachsen, lassen keine eindeutigen Rückschlüsse auf die einzelnen Berufsgruppen zu (vgl. Tabelle 10).

Dennoch vermitteln die Interviews das eindeutige Bild, dass die bisherigen Personalempfehlungen von 1994 die heutige Situation nicht mehr angemessen abbilden (vgl. Kapitel 4.1.2.1). Um den notwendigen Personalbedarf zu ermitteln, müssen die Entwicklungen der vergangenen Jahre entsprechend berücksichtigt werden.

---

<sup>24</sup> Diese Auskunft erhielten wir bspw. auf Nachfrage vom hessischen Landkreistag.

<sup>25</sup> [http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc\\_tab?fid=1105&suchstring=&query\\_id=&sprache=D&fund\\_typ=TXT&methode=&vt=&verwandte=1&page\\_ret=0&seite=1&p\\_lfd\\_nr=2&p\\_news=&p\\_sprachkz=D&p\\_uid=gast&p\\_aid=16009151&hlp\\_nr=2&p\\_janein=J](http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=1105&suchstring=&query_id=&sprache=D&fund_typ=TXT&methode=&vt=&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=2&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=16009151&hlp_nr=2&p_janein=J), letzter Aufruf 20.08.2019.

Tabelle 10: Fachkraftschlüssel des Landes Sachsen für den SPDi

Landkreis/Kreisfreie Stadt	Fachkraftschlüssel SPDi
Stadt Chemnitz	1:37.701
Erzgebirgskreis	1:54.904
LK Mittelsachsen	1:51.848
Vogtlandkreis	1:38.478
LK Zwickau	1:32.600
Stadt Dresden	1:22.800
LK Bautzen	1: 9.215
LK Görlitz	1:28.790
LK Meißen	1:31.220
LK Sächsische SchweizOsterzgebirge	1:43.195
Stadt Leipzig	1:26.000
LK Leipzig	1:56.436
LK Nordsachsen	1:30.000

Quelle: (Sächsischer Landtag 2012), S. 15 ff.

Sachsen nimmt bei der Planung von Personalvorgaben eine Vorreiterrolle ein. Dort wurde das umfangreiche Aufgabenspektrum der Gesundheitsämter für alle Fachbereiche detailliert beschrieben und erfasst. Auf der Grundlage dieser Aufgabenbeschreibung werden Stellenpläne berechnet. Sie ist nach dem folgenden Schema aufgebaut (vgl. Landesverband Sachsen der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes 2007):

**Fachbereich**

*z. B. Amtsärztlicher Dienst, umweltbezogener Gesundheitsschutz, Infektionsschutz, SPDi*

**Aufgabenbereich und dazugehörige Aufgaben**

*z. B. Amtsärztliche Begutachtung (Eingliederungshilfe, Verbeamtung etc.), Trink- und Badewasserüberwachung (Überprüfung der zentralen Wasserversorgungsanlagen, Überwachung von Badewasser etc.), Allgemeiner Infektionsschutz (Aufnahme einer meldepflichtigen Erkrankung, Schutzimpfungen etc.)*

**Aufgabenart**

*z. B. Pflichtaufgabe nach Weisung*

**Gesetzliche Grundlage**

**Erläuterungen zum Vorgehen**

*z. B. Kontrollhäufigkeit pro Jahr, zu überwachende Einrichtungen*

**Leistungsbeschreibung**

*z. B. Sekretariatsarbeiten, Vor- und Nachbereitung von Untersuchungen, ärztliche Aufgaben, Durchführung von Begutachtungen*

**Ziel**

*z. B. Krisenintervention, Informationsvermittlung, Verhütung von Infektionskrankheiten*

**Qualifikation der Mitarbeiter**

*z. B. Facharzt für Hygiene, Hygieneingenieur, zahnmedizinische Assistenzkräfte, ärztliches und nichtärztliches Personal*

### Fachspezifische Ausstattung

z. B. Medizinische und technische Ausrüstung für Untersuchungen, Informationsmaterialien, Ausstattung des Funktionsräume und Arbeitsplätze

### Leistungsumfang

z. B. durchschnittlicher Arbeitszeitbedarf pro Vorgang

Nach der ausführlichen Aufgabenbeschreibung erfolgt die Berechnung des Gesamtzeitaufwandes auf Basis eines Richtwertes und der Einzelleistungen, die für die Erfüllung einer bestimmten Aufgabe erforderlich sind. Für die Badewasseruntersuchungen im Fachbereich Umweltbezogener Gesundheitsschutz sieht die zeitliche Berechnung des Leistungsumfanges auf der Grundlage der Aufgabenbeschreibung wie folgt aus:

Tabelle 11: Leistungsumfang der Überwachung von Badewasser

Einzelleistung	Richtwert		
	mittlerer Dienst	gehobener Dienst	höherer Dienst
Vorbereitung für Begehung, Erstellung Probeplan, Akteneinsicht einschließlich der Analysen, Materialien bereitstellen		15 min	
Probenahme vor Ort Bestimmung chemischer Vorortparameter		70 – 90 min	
Bad-/Gewässer-/Anlagenbegehung, Kontrolle Aufbereitung		30 min	
Auswertung des Kontrollergebnisses, Festlegung von Maßnahmen vor Ort		30 min	
Befundauswertung ggf. Festlegung von Sicherungsmaßnahmen/Bescheid		60 min	10 min
Befunddokumentation und Ablage je Befund		20 min	
Rechnungslegung	30 min		
<b>Gesamtzeitaufwand</b>			
	<b>30 min</b>	<b>225 – 245 min</b>	<b>10 min</b>

Quelle: Landesverband Sachsen der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes 2007, S. 99

In vergleichbarer Weise könnte ein Prozess der Ermittlung des Personalbedarfs in Thüringen angestoßen werden.

## 7 Handlungsempfehlungen

In diesem Kapitel werden aus den Befunden der Kapitel 2, 3 und 4 Überlegungen abgeleitet, wie mit den identifizierten Problemen und Herausforderungen konstruktiv umgegangen werden kann. Die Handlungsempfehlungen folgen in ihrer Struktur wesentlich dem Aufbau der vorigen Kapitel. Als Querschnittsthema werden den Ausführungen zum Personal (5.2), zur Ausstattung (5.3) und zu den Aufgaben (5.4) Überlegungen zu strukturellen Reformen in der Aufgabenverteilung innerhalb des vertikalen Verwaltungsaufbaus im Land vorgestellt (5.1).

### 7.1 Zentralisierung der Organisations-, Finanz- und Personalhoheit

In vielen Teilbereichen der Analyse zeigte sich, dass die starke Dezentralisierung der Organisation des ÖGD auf Ebene der Landkreise und Städte sich als hinderlich für eine effiziente Aufgabenerfüllung darstellt. Zu überlegen wäre daher, wesentliche Kompetenzen auf der Landesebene zu zentralisieren. In welcher institutionellen Hülle eine Zentralisierung der Kompetenzen abgebildet werden sollte, ist nicht eindeutig. Das Landesverwaltungsamt bietet sich für eine Bündelung der ÖGD-Kompetenzen an, da hierfür bereits jetzt Strukturen vorhanden sind. Auch eine weitergehende Arbeitsteilung zwischen TMASGFF, TLVWA und TLVA ist denkbar. Für die Neugründung einer Sonderbehörde (Landesgesundheitsamt) spräche aus unserer Sicht die notwendige fachliche Spezialisierung, die Voraussetzung für eine kompetente Beratung, Koordination und Aufsicht der Gesundheitsämter ist, das breite Aufgabenspektrum und die Notwendigkeit der engen Kommunikation und Kooperation mit den einzelnen Gesundheitsämtern. Diese Lösung wurde auch in vielen anderen Bundesländern gewählt. Die Einrichtung einer Landesbehörde für den ÖGD soll die Bedeutung und den Stellenwert der regionalen Gesundheitsämter nicht schwächen. Regionale Anlaufstellen sind notwendig, um den bevölkerungsmedizinischen Ansatz des ÖGD aufrechtzuerhalten. Die Gesundheitsämter vor Ort sollen nach wie vor die erste und wichtigste Kontakt- und Beratungsstelle für die Bevölkerung bleiben. Aber eine Reihe von Funktionen des ÖGD könnte besser zentral erfüllt oder unterstützt werden. Eine Zentralisierung von Kompetenzen erscheint uns sinnvoll in den folgenden Bereichen:

➤ *Personalwesen (Besoldung, Rekrutierung, Entwicklung)*

Wiederholt wurde als Problem der Personalrekrutierung benannt, dass die Kommunen nicht genügend Geld für das Personal der Gesundheitsämter bereitstellen. Die Schlüsselzuweisungen, die sie für die Personalkosten des ÖGD im Rahmen des Kommunalen Finanzausgleichs erhalten, enthalten notwendig keine Zweckbindung, auch nur hierfür verausgabt werden zu können. Es ist also schwierig, konkret nachzuvollziehen, in welchen Anteilen die Gelder, die hierfür an die Kommunen fließen, auch sachgerecht verausgabt werden. Darüber hinaus stehen bislang die kommunalen Arbeitgeberverbände einer Anpassung des Tarifvertrags für ÖGD-Arztinnen und –Ärzte an die Arzttarife des Marburger Bundes entgegen. Hiermit wird eine wesentliche Attraktivitätseinbuße des ÖGD in Konkurrenz zu anderen ärztlichen Stellen aufrechterhalten. Eine Personalverwaltung auf Landesebene könnte Einstellungen und tarifvertragliche Anpassungen einheitlich und unmittelbar vornehmen. Mittel aus dem Landeshaushalt, die für das ÖGD-Personal zur Verfügung gestellt werden, würden hierfür direkt verausgabt, die Konditionen der Einstellung und Besoldung würden einheitlich vom Land festgelegt, und damit wäre es auch einfacher möglich, konkurrenzfähige Gehälter zu bezahlen und hiermit die Attraktivität der ärztlichen Stellen im ÖGD deutlich zu steigern.

Eine zentrale Personalverwaltung auf Landesebene hätte neben der fiskalischen Komponente noch weitere Vorteile: Wenn das Personal der Gesundheitsämter unmittelbar beim Land angestellt ist, ist auch eine horizontale Mobilität zwischen Ämtern grundsätzlich gegeben. Ein Personalaustausch zwischen einzelnen Ämtern wäre unmittelbar möglich. Auf diese Weise könnten Vakanzen wegen Krankheit, Mutterschutz oder Elternzeit oder auch infolge von Wechseln der Stelleninhaber einfacher überbrückt werden. Ähnlich wie bei Lehrerinnen und Lehrern könnte man einen Pool an Vertretungsstellen schaffen, die regional flexibel eingesetzt werden könnten. Ein weiterer Vorteil bestünde darin, Stellenprozente für bestimmte Aufgaben, die aktuell bei den einzelnen Gesundheitsämtern angesiedelt sind, zu poolen und hiermit ganze Stellen zu schaffen, die für mehrere Gesundheitsämter gemeinsam spezialisierte Aufgaben wahrnehmen. Schließlich könnten auch Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen mit dem Ziel der Personalentwicklung zentral einfacher koordiniert werden. Neuerungen könnten schnell weitergegeben, Bedarfe für konkrete Fortbildungsveranstaltungen einfacher erhoben und befriedigt werden.

➤ *IT-Lösungen und Beschaffung*

Wie die Interviews gezeigt haben, ist es der ausdrückliche Wunsch der Beschäftigten in den Gesundheitsämtern, dass wesentliche Entscheidungen über Standards zentral getroffen werden, um Unsicherheiten zu beseitigen, Transaktions- und Informationskosten zu senken und für Einheitlichkeit und Austauschbarkeit zwischen Ämtern zu sorgen. Standards sollten konkret gesetzt werden hinsichtlich der Beschaffung von Software und Ausstattung. Auch sollten Datenbanken zentral bereitgestellt und gewartet werden, um die Archivierung und den Austausch von Daten zu vereinfachen. Ohnehin müssen viele Informationen aus der täglichen Arbeit der Gesundheitsämter an zentraler Stelle zusammengeführt werden. Daher wäre es sinnvoll, hierfür nicht nur die technische Plattform (Cloud, Server ...) zur Verfügung zu stellen, sondern auch an zentraler Stelle Personal zu haben, das diese Informationen verwaltet, aufbereitet und ggf. weiterleitet.

➤ *Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung*

Wiederholt wurde darauf hingewiesen, dass die Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung wichtige Aufgabe sind, die von den einzelnen Gesundheitsämtern dezentral nur unzureichend wahrgenommen werden können. Vielmehr muss hierfür an zentraler Stelle Personal zur Verfügung gestellt werden, das sich hauptamtlich um diese Aufgabe kümmert. Die Jahresberichterstattung, wie sie aktuell erhoben wird, liefert zwar bereits wichtige Grundinformationen für eine Gesundheitsberichterstattung und -planung. Die JBE selbst könnte aber deutlich optimiert werden. Darüber hinaus müssen zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen, um die große Menge an Information sinnvoll aufzubereiten, auszuwerten und daraus rechtzeitig Handlungsbedarfe zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Das Thema Gesundheit könnte auf diesem Wege stärker in den Fokus der politischen Entscheider und der Öffentlichkeit rücken und gezielt in Strategiepapieren und Plänen aufgegriffen werden. Auch die Gesundheitsplanung ist ein überregionaler Prozess, der einer zentralen Koordinierung bedarf und nicht effizient dezentral organisiert werden kann.

➤ *Information, Öffentlichkeitsarbeit*

In Kapitel 5.4.1 wurde deutlich, dass Aktivitäten der einzelnen Gesundheitsämter zur Öffentlichkeitsarbeit, zur Information zu spezifischen Themen, aber auch zur internen Wei-

terbildung sehr unterschiedlich ausgestaltet sind. Es würde allen Gesundheitsämtern Arbeit sparen und den Gesamteindruck des ÖGD in der Öffentlichkeit wesentlich professionalisieren, wenn solche Informationen an zentraler Stelle vorbereitet und intern verbreitet würden. Dies gilt bspw. für Flyer und Informationsbroschüren, Templates für Webseiten, Verträge, Beratungsformulare uvm. Eine weitere Funktion einer zentralen Stelle wäre die Information der Beschäftigten der Gesundheitsämter in sowohl rechtlichen und administrativen als auch in fachlichen Fragen. Ein gut funktionierender Informationsfluss könnte auch dazu beitragen, einheitlichere Standards bei der Erfüllung von Aufgaben einzuhalten und die Beschäftigten in den Gesundheitsämtern wesentlich entlasten.

## **7.2 Personal**

Die Personalsituation in den Gesundheitsämtern ist problematisch. Sowohl gemessen an den Personalempfehlungen von 1994 als auch gemessen an den aktuellen Stellenplänen der Kommunen sind fast alle Gesundheitsämter bei den Arztstellen sowie bei den Stellen für medizinische Fachkräfte unterbesetzt (vgl. Abbildung 3 bis 5, S. 20, 21 und 23). Diesem Personalmangel entgegenzuwirken, muss die höchste Priorität bei allen Maßnahmen zur nachhaltigen Stärkung des ÖGD sein. Hierfür bietet es sich an, verschiedene Strategien parallel zu verfolgen, die auf eine Steigerung der Attraktivität der Positionen, auf eine Verbesserung der Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten und auf eine Optimierung des Personalmanagements zielen.

### **7.2.1 Personalempfehlungen und Stellenpläne**

Eine Grundproblematik der Personalausstattung besteht, wie in Kapitel 4.1 ausgeführt, in dem bestenfalls losen Zusammenhang zwischen den Personalempfehlungen des Landes, den kommunalen Stellenplänen und den tatsächlich besetzten Stellen in den GÄ. Ein erster Schritt zur Optimierung der Personalausstattung müsste darin bestehen, die Personalempfehlungen des Landes zu aktualisieren. Die heute noch gültigen Empfehlungen sind 25 Jahre alt und entsprechend an demografische Entwicklungen (Veränderungen der Altersstruktur und der Problemlagen) sowie an die qualitative und quantitative Ausweitung des Aufgabenprofils nicht angepasst. Des Weiteren sollten die seitdem ergänzend herausgegebenen Personalempfehlungen von 2006 (Personalempfehlung für die Umsetzung von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sowie der Suchtberatung im öffentlichen Ge-

sundheitsdienst sowie im Rahme der Fachempfehlung für SPDi) in die allgemeine Personalempfehlung integriert werden. Es ist davon auszugehen, dass hierbei höhere Personalzahlen pro Einwohner in den verschiedenen Fachdiensten veranschlagt werden. Einige Hinweise für die Aktualisierung der Personalempfehlungen haben sich aus den Zahlen der JBE sowie aus den Interviews ergeben. Eine solide berechnete und umfassende neue Personalempfehlung kann aber nur in enger Abstimmung mit den einzelnen Gesundheitsämtern erarbeitet werden. Denn hierbei müssen Erfahrungswerte aus der Arbeitsbelastung der verschiedenen Fachdienste, Möglichkeiten der Auslagerung oder der kooperativen Erfüllung von Aufgaben mit Dritten sowie regionale Gegebenheiten beachtet werden. Eine Personalempfehlung sollte dementsprechend Personalkorridore vorgeben und Raum für regionale Schwerpunktsetzung lassen. Die aktualisierte Personalempfehlung sollte intensiv unter den Gesundheitsämtern bekannt gemacht und gegenüber den Kommunen mit einer höheren Verbindlichkeit ausgestattet werden.<sup>26</sup> (Wenn die Personalverwaltung auf Landesebene zentralisiert würde, würde auch diese Problematik wegfallen.)

### **7.2.2 Personalrekrutierung und -erhaltung**

Wie in Kapitel 4.1 ausgeführt wurde, befindet sich der ÖGD aktuell in einer doppelt schwierigen Situation, geeignetes Personal zu rekrutieren. Erstens teilt er diese Schwierigkeit mit dem öffentlichen Dienst, der angesichts steigenden Durchschnittsalters der Belegschaft verstärkt Nachwuchs rekrutieren muss, dabei aber mit Attraktivitätsproblemen in Konkurrenz mit privatwirtschaftlichen Anbietern zu kämpfen hat. Zweitens teilt er diese Schwierigkeit mit dem Gesundheitssektor allgemein, wo es zunehmend schwieriger wird, Arztstellen und auch medizinisches Personal zu besetzen. Dies gilt umso mehr für ländliche Regionen. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass es für das Personalproblem keine schnelle und einfache Lösung gibt. Dennoch können Aspekte der Personalrekrutierung optimiert werden.

Die Prozesse der Ausschreibung und Besetzung von Stellen könnten optimiert werden, um Übergangszeiten zu verkürzen und attraktiven Bewerberinnen und Bewerbern möglichst schnell Zusagen geben zu können. Die lange Verfahrensdauer wurde in den Interviews ins-

---

<sup>26</sup> Vgl. für diese Problematik Abbildung 3, S. 20 und Abbildung 4, S. 21. In Abbildung 3 werden die kommunalen Stellenpläne zugrunde gelegt, in Abbildung 4 die Personalempfehlungen. Das Personaldefizit in Abbildung 4 fällt um ein Vielfaches höher aus als in Abbildung 3.

besondere mit Blick auf Stellenvertretungen thematisiert, wo es sich aufgrund der Verzögerungen häufig nicht lohnte, überhaupt Vertretungen zu suchen. Eine zentrale Personalverwaltung könnte hier zur Effizienzsteigerung beitragen. Auch könnten über einen zentralen Stellenpool Vertretungen ohne langwierige Besetzungsverfahren organisiert werden. Auch der Personalerhaltung sollte mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Manche Ärztinnen und Ärzte verlassen den ÖGD wieder, weil sie den Mangel an therapeutischen Arbeitsinhalten vermissen, weil sie sich überlastet fühlen oder weil die höhere Reputation und das höhere Gehalt in Kliniken, Arztpraxen oder Medizinischen Versorgungszentren Attraktivitätsvorteile darstellen. Maßnahmen, die die Bindung der ÖGD-Ärzte zu ihrer Tätigkeit stärken, können dazu beitragen, den Personalbestand zu erhalten. Fundamental hierfür ist es, möglichst viele Stellen zu besetzen, um einer Überlastung vorzubeugen. Auch Attraktivitätsmängel können zumindest teilweise behoben werden. Dem häufig vorgebrachten Argument, dass der amtsärztlichen Tätigkeit die therapeutische Ausrichtung fehle, könnte man ggf. mit Teilzeitmodellen entgegenkommen, die es Ärztinnen und Ärzten erlauben würden, eine Tätigkeit im Gesundheitsamt mit einer therapeutischen ärztlichen Tätigkeit zu kombinieren.

### 7.2.3 Attraktivitätssteigerung/ Außendarstellung

Zentrales Problem des Personalmanagements ist die mangelnde Attraktivität des ÖGD in der Außenwahrnehmung. Hier bieten sich verschiedene Wege an, um die Attraktivität zu steigern.

#### ➤ *Verbesserung des Gehalts für Ärztinnen und Ärzte im ÖGD*

Eine Anpassung der Gehälter für die Ärztinnen und Ärzte im ÖGD an die Krankenhaustarife des Marburger Bundes erscheint uns unumgänglich, um im Wettbewerb um qualifiziertes Personal konkurrenzfähig zu bleiben. Der einfachste Weg wäre sicherlich, den Tarif für den ÖGD zu übernehmen. Hierfür müsste die Zustimmung der kommunalen Arbeitgeberverbände gewonnen werden. (Alternativ könnte das Land autonom entscheiden, wenn es die Personalverwaltung zentralisieren würde.) Die bislang teilweise schon praktizierte Option der Zulagen ist ein gangbarer alternativer Weg, der aber, wie die Interviews gezeigt haben, in der Praxis Probleme der Ungleichbehandlung zwischen Bestandspersonal und neu gewonnenem Personal aufwirft. Hier müsste die Praxis der Anwendung dahingehend abgeändert werden, dass auch das Bestandspersonal von den Zulagen profitiert.

Dass auch von den anderen Personalgruppen in den Gesundheitsämtern die Gehälter als unattraktiv empfunden werden, wurde in den Interviews nicht thematisiert.

➤ *Verbesserte Öffentlichkeitsarbeit*

Das Image des ÖGD in der öffentlichen Wahrnehmung kann durch gelungene Aktionen der Öffentlichkeitsarbeit und Werbung verbessert werden. Erste Ansätze hierfür sind schon erkennbar, bspw. über den Tag des Gesundheitsamtes, an dem sich 2019 einige der Thüringer Gesundheitsämter beteiligten. Auf diese Weise kann langfristig die Reputation der amtsärztlichen Tätigkeit gesteigert werden. Auch durch Werbemaßnahmen, die sich gezielt an potenzielle Interessentinnen und Interessenten richten, können diese dazu veranlasst werden, sich auf Positionen im ÖGD zu bewerben. Hierzu ist es wichtig, die spezifischen Vorteile einer Tätigkeit bei ÖGD im Vergleich zu niedergelassenen oder Krankenhausärzten herauszustellen, etwa die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie aufgrund einer besseren Kontrolle der Arbeitszeiten (Teilzeitmöglichkeiten, feste Bürozeiten, keine Nachdienste u.ä.). Wichtig ist auch, die Vielfältigkeit und den medizinischen Anspruch der Tätigkeit in den Vordergrund zu rücken sowie die Bedeutung des Dienstes an der Allgemeinheit. Studien haben gezeigt, dass die so genannte ‚Public Service Motivation‘, also das Interesse, eine Tätigkeit im Dienst der Allgemeinheit zu verrichten, für viele Menschen ein wichtiges Motiv ist, in den öffentlichen Dienst einzutreten.

➤ *Gezieltes Ansprechen von Ärztinnen und Ärzten, um sie für den ÖGD zu interessieren*

Wichtig ist der frühzeitige Kontakt zwischen Medizin-Studierenden und dem ÖGD. In Zusammenarbeit mit den medizinischen Fakultäten im Land könnten gezielt Werbeaktionen gestartet werden, um Studierende für Praktika und Famulaturen zu gewinnen. Umgekehrt könnten Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsämter in medizinischen Lehrveranstaltungen über den ÖGD informieren und als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Dies könnte insbesondere so lange eine hilfreiche Maßnahme der Öffentlichkeitsarbeit sein, wie es noch nicht gelungen ist, den ÖGD als verpflichtenden Baustein im humanmedizinischen Curriculum zu verankern (s. Abschnitt 7.2.4).

## **7.2.4 Reform der Aus- und Weiterbildung**

Ein Begleit aspekt des Personalmangels ist der Mangel an einschlägig qualifiziertem Personal. Wie in Abschnitt 4.1.2.5 verdeutlicht wurde, bewerben sich einerseits nicht einschlägig qualifizierte Personen auf ausgeschriebene Stellen, andererseits ist es schwierig – und wird

immer schwieriger – gut qualifiziertes Personal zu bekommen. Besondere Probleme scheint hierbei die Qualifikation zum Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen sowie zum Hygieneingenieur zu verursachen. Generell wird bemängelt, dass die Möglichkeiten, sich parallel zur beruflichen Tätigkeit im Gesundheitsamt per Fern- oder Teilzeitstudium weiterzuqualifizieren, unzureichend seien.

#### **7.2.4.1 Anteil ÖGD im Medizinstudium**

Der ÖGD ist bislang nicht verpflichtend im humanmedizinischen Curriculum verankert. Aus Sicht der Amtsärztinnen und Amtsärzte ist es aber ein wichtiger Baustein zur Attraktivitätssteigerung, dass Studierende frühzeitig auf die Möglichkeit einer ärztlichen Tätigkeit im ÖGD sowie auf dessen vielfältiges Aufgabenspektrum und interessante Beschäftigungsmöglichkeiten aufmerksam gemacht werden.

Eine grundsätzliche Verankerung etwa eines ÖGD-Moduls im klinischen Teil des Curriculums ist vermutlich nur in einer großen föderalen Abstimmung mit den Wissenschafts- und Gesundheitsministerien des Bundes und der Länder möglich. 2017 hat das BMBF einen ‚Masterplan Medizinstudium 2020‘ vorgelegt und spricht sich darin dafür aus, die Studieninhalte im Sinne einer kompetenzorientierten Ausbildung neu auszurichten. In diesen laufenden Diskussionsprozess könnte man versuchen, noch eine Initiative zur Berücksichtigung des ÖGD zu lancieren. Ansonsten ist dies sicherlich ein eher langwieriger Verhandlungsprozess, in dem nicht schnell Ergebnisse erzielt werden können.

In den landeseigenen Curricula (im Falle Thüringens in Jena) bestehen aber durchaus Gestaltungsspielräume in der Anpassung der klinischen Module. Hier könnte die Landespolitik auch kurzfristig darauf hinwirken, ein ÖGD-Modul einzubauen. Schließlich sollte man sich nicht dem aktuellen Trend privater und teils als Fernstudium organisierter neuer medizinischer Ausbildungsgänge verschließen. Hier könnten sich Möglichkeiten zur Integration von ÖGD-Modulen eröffnen. Das Vorbild der Medizinischen Hochschule Brandenburg zeigt, dass man sogar Studierende verpflichten kann, im Gegenzug zu einem Stipendium später für das Land zu arbeiten.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> <https://www.mhb-fontane.de/aktuellesartikel/stipendienprogramm-fuer-landaerztinnen-gestartet.html>, letzter Aufruf 22.08.2019.

#### **7.2.4.2 Hygienefachkräfte**

Neben dem ärztlichen Personal besteht ein systematischer Personalmangel im gehobenen Dienst der Gesundheitsämter. Diese Stellen werden häufig mit Hygienefachkräften besetzt und erfüllen grundlegende Aufgaben im Bereich der Hygieneüberwachung. In den Interviews wurde verdeutlicht, dass aus Sicht der Beschäftigten in den Gesundheitsämtern immer noch kein adäquater Ersatz für den ehemaligen DDR-Ausbildungsgang ‚Hygieneinspektor‘ mit der Möglichkeit der Weiterqualifikation zum ‚Hygieneingenieur‘ geschaffen wurde. Zwar gibt es bundesweit eine Reihe von Aus- und Weiterbildungsangeboten (vgl. Abschnitt 4.1.2.5); diese werden aber durchweg als nicht optimal einschlägig angesehen. Eine sinnvolle Maßnahme könnte darin bestehen, erst einmal ein Wunsch-Curriculum für die verschiedenen Hygiene-Fachberufe zu erstellen und mit den vorhandenen Angeboten abzugleichen. Daraufhin müsste entschieden werden, ob Thüringen ein eigenes Qualifikationsprogramm auflegt (etwa an der FH in Erfurt oder in Gera) oder in Kooperation mit vorhandenen Anbietern von Ausbildungen seine Bedarfe an Ausbildungsinhalten einspeist. Die Möglichkeiten für diese Studiengänge müssen darüber hinaus systematisch dem Personal der Gesundheitsämter sowie potenziellen Bewerberinnen oder Bewerbern bekannt gemacht werden.

#### **7.2.4.3 Weiterbildungsangebote**

Sowohl für die ärztlichen Qualifikationen als auch für Hygienefachkräfte wurde bemängelt, dass es schwierig ist, diese Qualifikationen berufsbegleitend zu erwerben. Eine berufsbegleitende Weiterqualifikation des vorhandenen Personals ist aber aus Sicht der Personalentwicklung ein sehr guter Weg, dem Personalmangel entgegenzuwirken. Daher sollten Wege gefunden werden, gerade die berufsbegleitende Weiterqualifikation aktiv zu unterstützen. Wichtig sind hierfür Formen der Studienorganisation, die keine regelmäßige und langfristige Anwesenheit am Studienort erfordern. Digitalisierung von Studieninhalten, Fernstudium, Abendstudium und Blockveranstaltungen sind Bausteine, die für die Studierenden große Flexibilität bringen und eine berufsbegleitende Weiterqualifikation ermöglichen. Wo das Land selbst als Anbieter von Studiengängen auftritt, sollten diese Möglichkeiten systematisch ausgeschöpft werden. Wo Angebote anderer Anbieter genutzt werden, sollte auf diese eingewirkt werden, dass mehr curriculare Bausteine flexibilisiert werden. Da Präsenzzeiten auch bei flexibilisierten Curricula in gewissem Umfang unumgänglich

sind, sind Ausbildungsorte in oder nahe bei Thüringen zu bevorzugen. Eine aktive Unterstützung durch die Hausleitung (flexible Arbeitszeit, Teilfreistellung) sollte selbstverständlich sein. Darüber hinaus sollte auch finanzielle Unterstützung angeboten werden, um die Weiterqualifikation anzureizen.

Eine konkrete Maßnahme, die bereits in die Wege geleitet wurde, ist die Verwaltungsvereinbarung über die Durchführung von Aus-, Fort- und Weiterbildungskursen für Fachkräfte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die im Juni 2019 der Freistaat Thüringen mit der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf abgeschlossen hat. Dieses Engagement sollte ausgebaut werden. Allerdings wird von Beschäftigten der Gesundheitsämter darauf hingewiesen, dass zur Zeit die dort angebotenen Kurse nur der Weiterbildung dienen. Eine grundständige Qualifikation bspw. als Hygieneingenieur kann dort nicht erworben werden. Auch ist Düsseldorf geographisch recht weit entfernt von Thüringen, was praktische Probleme aufwerfen könnte.

### 7.3 Ausstattung

Im Wesentlichen erscheint die materiell-technische Ausstattung ausreichend. Dies ergab sowohl die Analyse der JBE als auch die Rückmeldung aus den Interviews. Zwei Problemkomplexe wurden vor allem thematisiert. Hieraus ergeben sich Handlungsempfehlungen, die bereits im Abschnitt 7.1 angesprochen wurden: Es sollten mehr zentrale Vorgaben gemacht und Koordinationsleistungen übernommen werden. Vorgaben sollten im Hinblick auf Standards bei der Beschaffung von Ausstattung gemacht werden, etwa bezüglich Modellspezifikationen oder technischer Ausstattung. Aus Sicht der Beschäftigten wäre es ideal, wenn solche Ausstattungsgegenstände zentral beschafft oder zumindest Beschaffungsverträge mit Anbietern ausgehandelt würden, um Mengenrabatte nutzen zu können. Der zweite – und gewichtigere – Aspekt der Standardsetzung bezieht sich auf den großen Bereich der Hard- und Software für die Eingabe, Verarbeitung und Kommunikation der Daten, die im Rahmen der gesundheitsdienstlichen Tätigkeiten erhoben werden. Hier wird eine große, einheitliche und funktionierende Lösung gewünscht. Aufeinander abgestimmt sein sollten

- eine zentrale Dateiablage- und -verwaltungslösung (Datenbank in Server oder Cloud) zur Datensicherung und Vernetzung, auf die mit abgestuften Schreib- und

Leserechten auch dezentral zugegriffen werden kann und die vor allem ermöglicht, effizient Datenabfragen für unterschiedliche Berichtspflichten zu realisieren;

- einheitliche Software im notwendigen Funktionsumfang (Module) auf den dezentralen Endgeräten in den einzelnen Gesundheitsämtern, um eine Kompatibilität der Daten sicherzustellen;
- eine ausreichende Menge mobiler Endgeräte (Smartphones, Tablets) für die Dateneingabe in Außendiensten mit Apps, die mit der Software und der zentralen Datenbanklösung kompatible Dateiformate erzeugen.

Die Schwierigkeit dürfte vor allem darin bestehen, den ‚Wildwuchs‘, der sich infolge der dezentralen Organisation im Lauf der Jahre herausgebildet hat, zu vereinheitlichen. Hier ist mit erheblichen Umstellungskosten (Neubeschaffung von Software; Arbeitszeit, um vorhandene Datenbestände an neue Dateiformate anzugleichen; Schulung des Personals im Umgang mit neuen Anwendungen) zu rechnen. Dies sollte aber nicht von einer zentralisierten Lösung abhalten, die langfristig deutlich effizienter und leistungsfähiger wäre.

## 7.4 Aufgaben

Aus den Ansätzen zu einer Aufgabenkritik, die in Kapitel 5.6 ausgeführt wurden, lassen sich einige Handlungsempfehlungen ableiten. Voraussetzung für eine sinnvolle Aufgabenbegrenzung, die die Funktionsfähigkeit des ÖGD angesichts des anhaltenden Personalmangels weiterhin ermöglicht, ist zunächst eine eindeutigere Aufgabenbestimmung im Rahmen einer aktualisierten Rechtsgrundlage (Abschnitt 7.4.1.). Dem muss sich eine vertiefte Aufgabenkritik anschließen, die aber nur in enger Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern möglich ist (Abschnitt 7.4.2). Schließlich widmen wir aufgrund der großen Intensität, mit der diese Thematik wiederholt in den Interviews angesprochen wurde, einen eigenen Punkt der Professionalisierung der Gesundheitsberichterstattung (7.4.3).

### 7.4.1 ÖGD-Gesetz

Wie der Ländervergleich gezeigt hat, ist Thüringen das einzige Bundesland, das sich kein ÖGD-Gesetz gegeben hat. Wesentliche Rechtsgrundlage ist die VO-ÖGD. Die VO-ÖGD wurde 1998 in ihrer Verbindlichkeit einem Gesetz gleichgestellt. In den Rechtswirkungen, die sie erzeugt, unterscheidet sich eine Verordnung nicht wesentlich von einem Gesetz. Insofern ist es nicht strikt notwendig, die Verordnung durch ein Gesetz zu ersetzen. Aller-

dings empfiehlt es sich unter Berücksichtigung der Wesentlichkeitslehre des Bundesverfassungsgerichts, Regelungen, die über Eingriffsrechte (bspw. im Impfschutz oder in der Feststellung von Befähigungen bis hin zur Schließung von Einrichtungen) ja auch die Grundrechte der Bürger betreffen, in Gesetzesform zu regeln. Auch die Behördeneinrichtung, Kompetenzverteilung und Regelungen zur behördlichen Zusammenarbeit, die die VO-ÖGD enthält, werden üblicherweise auf gesetzlicher Grundlage geregelt.

In jedem Fall ist die Aktualisierung der Rechtsgrundlage dringlich. Die einzelnen Aufgabenbereiche sollten klarer angesprochen und auch abgegrenzt werden. Ggf. könnten Aufgabenbereiche gestrichen oder eingegrenzt werden. Auch hinsichtlich der Umsetzung sollten klarere Vorgaben geliefert werden, die die vorhandenen – weitgehend unverbindlichen – Fachempfehlungen präzisieren und mit höherer Verbindlichkeit ausstatten. Im Falle der Zentralisierung von ÖGD-Kompetenzen auf der Landesebene müsste die Kompetenzverteilung neu abgegrenzt werden. Schließlich müsste auch an aktuelle Entwicklungen angeschlossen werden. Bspw. sollten für die tägliche Arbeit der Gesundheitsämter in Thüringen Hinweise gegeben werden, wie neue Leitbilder wie der 'Public Health Action Cycle' in der Gesundheitsplanung operational umgesetzt werden können.

Für die Beschäftigten in den Gesundheitsämtern würde eine aktualisierte, den heutigen Bedarfen angepasste Rechtsgrundlage Erwartungs- und Handlungssicherheit schaffen und einen einheitlichen Vollzug befördern. Es wird von ihnen auch nachdrücklich gefordert. Und wenn ohnehin ein neues Rechtsetzungsverfahren angestrengt wird, erscheint es aus unserer Sicht sinnvoll, dieses dann auch analog zu den Regelungen der anderen Bundesländer in Gesetzesform zu gießen.

#### **7.4.2 Vertiefung der Aufgabenkritik**

Eine vertiefte Aufgabenkritik, die bislang von verschiedenen Seiten (auch von der Politik) gefordert wurde, sollte systematisch umgesetzt werden. Hierzu ist es notwendig, eine Projektorganisation unter der Leitung des Ministeriums einzurichten und in engem Austausch mit den einzelnen Gesundheitsämtern detailliert das Aufgabenprofil, den eingesetzten Personalaufwand, Kapazitätsbedarfe und Auslastungen zu erheben. Hierzu könnten bspw. über einen begrenzten Zeitraum Arbeitstagebücher geführt werden, die in gemeinsamen Diskussionsrunden analysiert werden. Auf Basis dieser Information kann festgestellt wer-

den, welche Aufgaben (zu) viel Zeit beanspruchen, wofür welches Personal optimal eingesetzt werden kann, wo Bedarfe der (Nach-)Qualifizierung bestehen und wo Aufgaben möglicherweise eingespart, reduziert oder ausgelagert werden können.

Die Aufgabenkritik sollte systematisch die Möglichkeiten ausloten, die in Abschnitt 5.6 angedeutet wurden:

- Begrenzung der gutachterlichen Tätigkeit;
- Regionale Differenzierung und Konzentration von Aufgaben ohne strikt örtlichen Bezug mit dem Ziel der örtlichen Bündelung von Kompetenzen und der Entlastung einzelner Ämter von der gesamten Bandbreite des Aufgabenspektrums;
- Zentralisierung von Aufgaben mit überörtlichem Bezug (insbesondere Koordination, Planung und Öffentlichkeitsarbeit);
- Ausweitung der Übertragung von Aufgaben, insbesondere in den Bereichen Beratung und Betreuung, an freie Träger;
- Ausweitung der Kooperationsmöglichkeiten mit privaten Gesundheitsanbietern, zwischen Gesundheitsämtern, zwischen Ebenen und über Bundesländer hinweg.

Die Aufgabenkritik stellt unseres Erachtens auch eine notwendige Voraussetzung für ein neues ÖGD-Gesetz (vgl. Abschnitt 7.4.1 oben) dar. Darüber hinaus sichert sie langfristig die Handlungsfähigkeit des ÖGD und schützt die Beschäftigten vor Überbelastungen.

### **7.4.3 Professionalisierung der Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung**

Die Gesundheitsberichterstattung (und daraus folgend die Gesundheitsplanung) ist eine wichtige Aufgabe des ÖGD, die, wie die Analyse gezeigt hat, in der aktuellen Struktur der Aufgabenverteilung nicht sinnvoll erfüllt werden kann. Daher ist es wichtig, diese Aufgabenbereiche in der Priorität zu erhöhen, in der Umsetzung zu professionalisieren und in der Koordination zu zentralisieren.

1. Zunächst müssen – im Rahmen eines ÖGD-Gesetzes – verbindliche Rechtsgrundlagen geschaffen werden. Hierzu gehört unter anderem, dass die Gesundheitsplanung zu einer pflichtigen Aufgabe wird. Hierzu gehört mit Blick auf die Datenschutzgesetze auch die Festlegung, welche personenbezogenen Daten, die notwendige Basis für eine Gesundheitsberichterstattung und -planung sind, erhoben und verarbeitet werden dürfen.

2. Ein zweiter Baustein ist die Einrichtung einer zentralen Funktionsstelle – idealerweise am Landesgesundheitsamt angesiedelt –, von wo aus die Datenerhebung koordiniert wird. Diese Stelle sollte primär dafür zuständig sein, zielorientiert Berichte aus den Daten zu erstellen sowie eine integrierte Gesundheitsplanung in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern vorzubereiten, zu koordinieren und durchzuführen. Auch die Vernetzung mit den Gesundheitsberichterstattungen der anderen Länder und des Bundes ist eine wichtige Aufgabe dieser Funktionsstelle, ebenso wie die Information der Öffentlichkeit.
3. Weiterhin ist es notwendig, die bestehenden Prozesse der Datenerhebung im Rahmen der Jahresberichterstattungen zu modernisieren, um sie neben der primären Funktion – dem Gesundheitsministerium die fachaufsichtliche Kontrolle zu ermöglichen – auch für die Gesundheitsberichterstattung nutzbar zu machen. Viele der erhobenen Informationen sind für eine Gesundheitsberichterstattung nicht notwendig, deutlich zu detailliert und kleinteilig (und vermutlich auch dem Ziel der Kontrolle letztlich nicht dienlich). Andere Informationen sind unvollständig oder werden gar nicht erfragt. Die Liste der Informationen (Variablen), die jährlich von den Gesundheitsämtern erhoben werden, sollte also sinnvoll aktualisiert und insgesamt reduziert werden. Anhaltspunkte hierfür könnten die Berichterstattungen der anderen Länder und die Koordinationsstelle des Bundes bieten.
4. Die Eingabe der Daten für die Jahresberichterstattung sollte im Rahmen einer einheitlichen und modernisierten Software- und Datenmanagement-Lösung vereinfacht und harmonisiert werden, um den Arbeitsaufwand sowie die Fehleranfälligkeit zu reduzieren. Dann können sie auch einfacher für Berichte im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung genutzt werden.

Das Beispiel der Gesundheitsberichterstattung zeigt, dass die verschiedenen Reformmaßnahmen miteinander verknüpft sind. Nur ein ganzheitlicher Ansatz, der verwaltungsstrukturelle Reformen mit einer Reform der Rechtsgrundlage, der Fiskalströme, der Koordinationsinstanzen und der Prozesse verknüpft, verspricht mittelfristig echte Verbesserungen.

## 8 Abschließende Überlegungen

Die Bestandsanalyse des Personals, der Ausstattung sowie der Aufgabenerfüllung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Thüringen hat bestätigt, was betroffene Akteure und die Medienöffentlichkeit schon lange diskutieren: es herrscht ein flächendeckender Personal-mangel, insbesondere bei den hoch qualifizierten Stellen der Ärztinnen und Ärzte sowie bei den Hygienefachkräften. In Verbindung mit einer Vielfalt an Software-Lösungen zur Datenerfassung und -verarbeitung sowie insbesondere zum Datenaustausch führt diese Situation in Thüringen dazu, dass das Aufgabenspektrum nicht in seiner ganzen Breite zufriedenstellend erfüllt werden kann. Das Personal in den Gesundheitsämtern ist überwiegend hoch motiviert und bestrebt, trotz der hohen zeitlichen Belastung durch Prioritätensetzung die Aufgaben so gut wie möglich zu erfüllen. Aber eine dauerhafte Überbelastung des vorhandenen Personals und die Schwierigkeit, geeignetes Personal zu rekrutieren, zu halten und zu entwickeln, gefährden letztlich den Grundauftrag des Schutzes der Gesundheit der Bevölkerung. Die Landespolitik muss daher Handlungsmöglichkeiten eröffnen, um in einer mehrgleisigen Strategie den ÖGD nachhaltig stärken. Dies ist eine große politische Herausforderung, die einen langen Atem, politisches Durchsetzungsvermögen, einen breiten parteiübergreifenden und gesellschaftlichen Rückhalt und viel Geld erfordert.

Die mehrgleisige Strategie bedeutet, dass die Landespolitik in unterschiedlichen Handlungsfeldern tätig werden muss, in denen sie zumeist nur begrenzt autonom handeln kann. Vielmehr ist die Effektivität ergriffener Maßnahmen von äußeren Bedingungen, finanziellen Ressourcen und der Bereitschaft anderer Akteure abhängig, diese mitzutragen. Im Wesentlichen lassen sich die folgenden Handlungsfelder identifizieren:

**Zentralisierung:** Um die Einflussmöglichkeiten des Landes auf die Entwicklung des ÖGD zu stärken, müssen Kompetenzen von den Kommunen an das Land rückgeführt werden. Eine solche Kompetenzverlagerung ist vermutlich von politischen Widerständen begleitet. Ein intensiver und sachlich orientierter Aushandlungsprozess mit den Kommunen muss einem solchen Schritt vorausgehen, um zu zielführenden Ergebnissen zu kommen. Wenn die Kommunen Kompetenzen abgeben, bspw. im Bereich des Personalmanagements, der Finanzierung des ÖGD, der Beschaffung oder der Gesundheitsberichterstattung, muss dieser Transfer für sie erkennbare Vorteile mit sich bringen, etwa die Entlastung von Ko-Finanzierungs-Verpflichtungen und erkennbare Effizienzgewinne. Zugleich muss die Landesebene ihre

personellen und fachlichen Kompetenzen ausbauen, um diese neuen Aufgaben wahrnehmen zu können. Eine solche Umgestaltung kann nicht vom Land autonom in die Wege geleitet werden, sie muss sich hierzu eng mit den Kommunen abstimmen.

**Investition:** Um notwendiges zusätzliches Personal zu gewinnen, muss die Attraktivität des ÖGD für Bewerberinnen und Bewerber gesteigert werden. Eine wesentliche Komponente ist die bessere Bezahlung der Amtsärztinnen und Ärzte in Anlehnung an die Arzt-Tarifverträge des Marburger Bundes. (Dies ist wesentlich einfacher administrativ umzusetzen, wenn die Einstellung und Finanzierung des ÖGD-Personals durch das Land erfolgt und nicht, wie zur Zeit, durch die Kommunen; andernfalls müsste eine Einigung mit den kommunalen Arbeitgeberverbänden ausgehandelt werden.) Die höhere Bezahlung und – im Erfolgsfalle – auch die Besetzung von mehr Stellen bringen langfristig erhöhte Personalausgaben für das Land mit sich, die einkalkuliert und gegenfinanziert werden müssen.

Ein zweiter Bereich, wo das Land investieren muss, ist eine integrierte Software-Lösung zur Datenerfassung, -verarbeitung und -kommunikation, die flächendeckend eingeführt wird. Auch müssen die einzelnen Gesundheitsämter hinreichend mobile Endgeräte haben, um bspw. auch in Außendiensten zeiteffizient die Datenerfassung in ein vernetztes Datenbanksystem leisten zu können. Wichtig ist hierbei zu beachten, dass sich das Land möglichst nicht vollständig von kommerziellen Anbietern abhängig macht, sondern auch eigene IT-Kompetenz aufbaut, um ein solches System langfristig managen zu können.

Im Bereich der Investition ist die wesentliche Handlungsbeschränkung für die Handlungspolitik die Budgetrestriktion. Insbesondere muss die Zustimmung des Landtags für erhöhte Ausgaben gewonnen werden. In dem Maße, wie das Parlament die erhöhten Ausgaben bewilligt und Ressourcen verfügbar gemacht werden können, ist hier ein weitgehend autonomes Handeln möglich.

**Kooperation und Netzwerkbildung:** Langfristig können Synergieeffekte genutzt und Qualitätsverbesserungen erzielt werden, wenn der ÖGD in Thüringen eng mit einer Vielzahl von Akteuren kooperiert. Hier sind die autonomen Handlungsmöglichkeiten der Landespolitik von vornherein durch die Kooperationspartner eingeschränkt. Effektive Fortschritte können also nur erzielt werden, wenn Kooperationspartner von Handlungsoptionen überzeugt werden. Die Kooperation und Koordination muss in verschiedene Richtungen gestärkt werden:

- Innerhalb des ÖGD in Thüringen können horizontale Kooperationen zwischen Gesundheitsämtern ausgebaut werden, um Effizienzgewinne durch regionale Schwerpunktbildung und Spezialisierung zu nutzen.
- Die vertikale Kooperation innerhalb des ÖGD in Thüringen zwischen der lokalen und der Landesebene sollte verbessert werden. Dies gilt von unten nach oben mit Blick auf Information, die von Landesbehörden zur Verfügung gestellt wird. Dies gilt von oben nach unten bspw. mit Blick auf langfristige Reformprozesse im Bereich der Aufgabenkritik oder der Umgestaltung von Abläufen. Solche Veränderungen können nur in enger Abstimmung und Kooperation mit dem Personal in den einzelnen Gesundheitsämtern zielführend und erfolgreich umgesetzt werden.
- Freie Träger können noch stärker in kooperativen Arrangements mit den Gesundheitsämtern eingebunden werden, um die Gesundheitsämter in den Aufgabenbereichen der Beratung und Betreuung oder Prävention systematisch zu entlasten. Hierfür sollten Templates für Verträge erarbeitet werden, die die Modalitäten der Kooperation, der Arbeitsteilung und ggf. des Monitoring festlegen.
- Ebenso können Kooperationen mit anderen Gesundheitsdienstleistern (Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen, Medizinischen Versorgungszentren, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten) ausgebaut werden, um bestimmte Leistungen, z.B. Impfungen, Einstellungs- und Eignungsuntersuchungen, die nicht strikt von amtsärztlichen Diensten durchgeführt werden müssen, auszulagern.
- Zwischen den Bundesländern sollten die Zusammenarbeit und der Erfahrungsaustausch intensiviert werden. Zwar findet über die Gesundheitsministerkonferenz ein institutionalisierter Austausch statt; aber auch bi- oder multilateral könnte Thüringen von Erfahrungen anderer Länder profitieren. Dies gilt einerseits für die Netzwerkbildung, andererseits für die Aus- und Weiterbildung. Da anzunehmen ist, dass alle Länder ähnliche Qualifikationsbedarfe, etwa bei Hygienefachkräften und Hygieneingenieuren, haben, könnten Effizienzgewinne durch gemeinsame Aus- und Weiterbildungsangebote realisiert werden.
- Was schließlich die Reform des Medizinstudiums angeht, um den Bereich des ÖGD in der Wahrnehmung der Studierenden frühzeitig zu verankern, ist dies nur in breiter föderaler Kooperation möglich. Hier könnte Thüringen zunächst Gleichgesinnte

suchen, um dann für entsprechende Bundesrats- oder GMK-Initiativen größere Koalitionen zu schmieden.

Wer auch immer in den kommenden Jahren die Stärkung des ÖGD in Thüringen vorantreiben möchte, sollte sich also darüber bewusst sein, dass dies nicht ohne eine intensive Einbindung aller relevanten Akteure innerhalb und außerhalb Thüringens, ohne eine Überzeugung der gesellschaftlichen Kräfte und ohne große finanzielle Anstrengungen zu leisten ist. Je eher diese Aufgabe angegangen wird, desto besser!

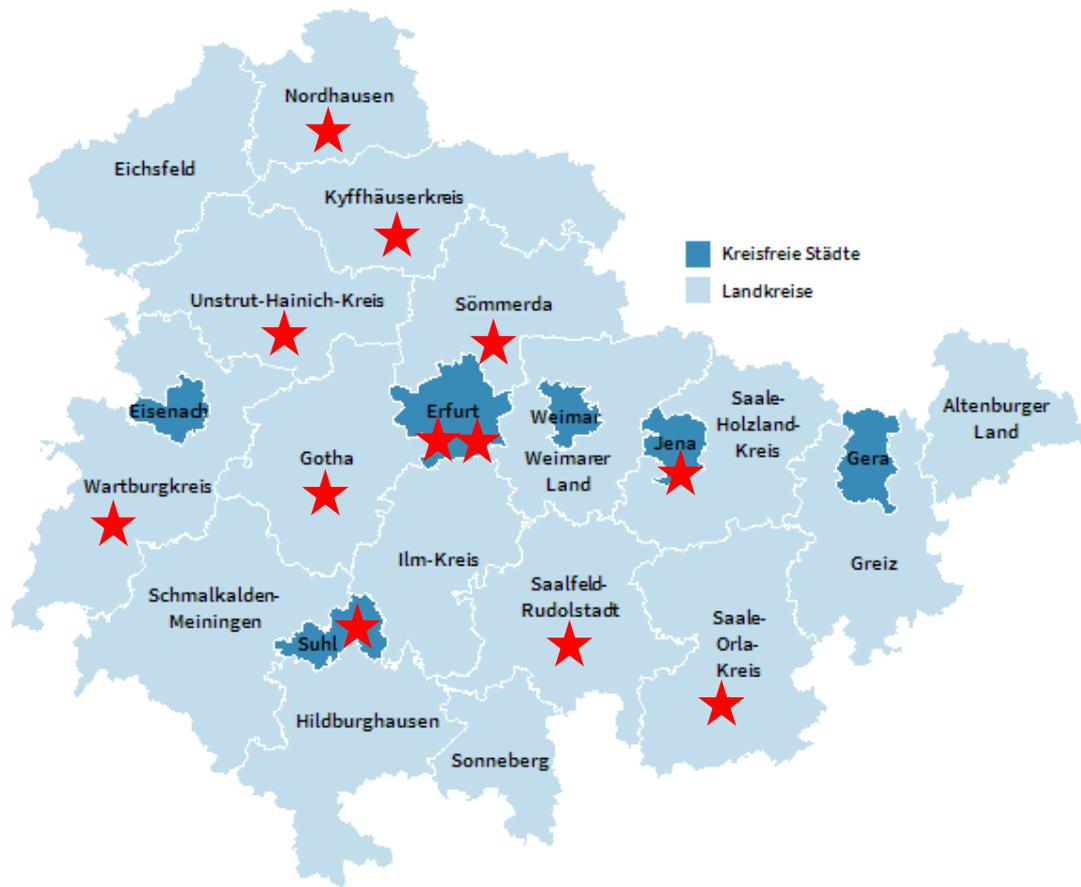
## Literaturverzeichnis

- BayernPortal (2019): Gesundheitsämter. Online verfügbar unter <https://www.freistaat.bayern/dokumente/behoerdeordner/7555456214>, zuletzt geprüft am 16.08.2019.
- Berufsverband der Hygieneinspektoren Baden-Württemberg e.V. (2019): Der Berufsverband der Hygieneinspektoren/innen. Online verfügbar unter <https://www.hygieneinspektoren-bw.de/index.php?id=4>, zuletzt geprüft am 25.07.2019.
- Bundesärztekammer (2014): Beschlussprotokoll zum 117. Deutscher Ärztetag in Düsseldorf, 27. bis 30. Mai 2014. Online verfügbar unter [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/117DAETBeschlussprotokoll20140613.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/117DAETBeschlussprotokoll20140613.pdf), zuletzt geprüft am 02.04.2019.
- Bundesministerium des Innern/Bundesverwaltungsamt (2018): Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung. Online verfügbar unter [https://www.orghandbuch.de/OHB/DE/ohb\\_pdf.pdf;jsessionid=D7254783DEFFD2B64FFBF186739BBA51.1\\_cid332?\\_\\_blob=publicationFile&v=28](https://www.orghandbuch.de/OHB/DE/ohb_pdf.pdf;jsessionid=D7254783DEFFD2B64FFBF186739BBA51.1_cid332?__blob=publicationFile&v=28), zuletzt geprüft am 29.07.2019.
- Bundesverband der Hygieneinspektoren e. V. (2019): Der Berufsverband der Hygieneinspektoren. Online verfügbar unter <https://www.bundesverband-hygieneinspektoren.de/>, zuletzt geprüft am 25.07.2019.
- Deutscher Bundestag (2014): Die Gesundheitsdienstgesetze der Länder. Deutscher Bundestag. In: WD 9 – 3000 – 027/14. Online verfügbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/410444/a2f24acb7bdabf15da541c95d2946167/WD-9-027-14-pdf-data.pdf>, zuletzt geprüft am 02.04.2019.
- Kaduskiewicz, Hanna; Teichert, Ute; van den Bussche, Hendrik (2018): Ärztemangel in der hausärztlichen Versorgung auf dem Lande und im Öffentlichen Gesundheitsdienst: Eine kritische Analyse der Evidenz bezüglich der Rolle von Aus- und Weiterbildung. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 61 (2), S. 187–194.
- Kuhn, Joseph; Trojan, Alf (2017): Daten bereitstellen, Vernetzen, Koordinieren. Der Beitrag des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu regionaler Kooperation und Integration. In: Andreas Brandhorst, Helmut Hildebrandt, Ernst-Wilhelm Luthé (Hg.), Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS.
- Kuhn, Joseph; Wildner, Manfred; Zapf, Andreas (2012): Der Öffentliche Gesundheitsdienst. Standortbestimmung mit hoffnungsvollem Ausblick. In: Deutsches Ärzteblatt 109 (9), A413-A416. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/123042/Der-Oeffentliche-Gesundheitsdienst-Standortbestimmung-mit-hoffnungsvollem-Ausblick>, zuletzt geprüft am 27.06.2019.
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2019): Fachliche Leitstelle für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Online verfügbar unter [https://www.gesundheitsamt-bw.de/lga/DE/Startseite/OEGD\\_BW/LGA/Seiten/default.aspx](https://www.gesundheitsamt-bw.de/lga/DE/Startseite/OEGD_BW/LGA/Seiten/default.aspx), zuletzt geprüft am 18.08.2019.
- Landesrecht BW § 2 ÖGDG (2017): Behörden des öffentlichen Gesundheitsdiensts - Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz - ÖGDG) vom 17. Dezember 2015, gültig ab: 01.01.2017. Online verfügbar unter [http://www.landesrecht-bw.de/jportal/portal/t/k22/page/bsbawueprod.psml/action/portlets.jw.MainAction?p1=4&eventSubmit\\_doNavigate=searchInSubtreeTOC&showdoccase=1&doc.hl=0&doc.id=jlr-Ges-DGBW2016V1P2&doc.part=S&toc.poskey=#focuspoint](http://www.landesrecht-bw.de/jportal/portal/t/k22/page/bsbawueprod.psml/action/portlets.jw.MainAction?p1=4&eventSubmit_doNavigate=searchInSubtreeTOC&showdoccase=1&doc.hl=0&doc.id=jlr-Ges-DGBW2016V1P2&doc.part=S&toc.poskey=#focuspoint), zuletzt geprüft am 19.08.2019.
- Landesverband Sachsen der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (2007): Aufgabenbeschreibung der Gesundheitsämter in Sachsen. Handlungshilfe zur Qualitätssicherung.

- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2019): Wir über uns. Online verfügbar unter <https://www.lzg.nrw.de/service/wir/index.html>, zuletzt geprüft am 18.08.2019.
- LAVG (2019): Abteilung Gesundheit. Online verfügbar unter <https://lavg.brandenburg.de/sixcms/detail.php/bb1.c.419283.de>, zuletzt geprüft am 18.08.2019.
- Müller, Wolfgang (2010): Entwicklungslinien öffentlicher Gesundheit in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland. Vom Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens zu den Landesgesundheitsdienstgesetzen. Online verfügbar unter , zuletzt geprüft am 18.08.2019.
- Müller, Wolfgang; Woltering, Ronald (2010): Der Amtsarzt – vom staatlichen Medizinalbeamten zum bürgernahen kommunalen Fachdienst. In: Krankenhaushygiene up2date 5(01): 65-74. Umfassender Handlungsauftrag – geringe Ressourcen. Hg. v. Thieme Verlagsgruppe. Online verfügbar unter undefined, zuletzt geprüft am 12.08.2019.
- Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (2019): Gesundheitsberichterstattung. Online verfügbar unter <https://www.nlga.niedersachsen.de/startseite/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-19362.html>, zuletzt aktualisiert am 30.07.2019, zuletzt geprüft am 19.08.2019.
- Rieck, Anja (Hg.) (2014): Rekrutierung der Staatsdiener von morgen. Die öffentliche Verwaltung als attraktiver Arbeitsplatz. In: Jörg Flecker, Franz Schultheis & Berthold Vogel (eds.) Im Dienste öffentlicher Güter: Metamorphosen der Arbeit aus der Sicht der Beschäftigten. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 301-314.
- Sächsischer Landtag (2012): 5. Wahlperiode - Große Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/Die Grünen. Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) im Freistaat Sachsen Drucksache 5/9903. Online verfügbar unter [https://www.gruene-fraktion-sachsen.de/fileadmin/user\\_upload/Grosse\\_Anfrage/5\\_Drs\\_9903\\_1\\_1\\_17\\_.pdf](https://www.gruene-fraktion-sachsen.de/fileadmin/user_upload/Grosse_Anfrage/5_Drs_9903_1_1_17_.pdf), zuletzt geprüft am 17.08.2019.
- Schröder, Sabine; Rimek, Dagmar; Wölk, Maren (2011): Meldungen von Infektionskrankheiten und Krankheitserregern im Freistaat Thüringen. In: Ärzteblatt Thüringen 22 (12), S. 736–741. Online verfügbar unter [http://www.aerzteblatt-thueringen.de/pdf/thu11\\_736.pdf](http://www.aerzteblatt-thueringen.de/pdf/thu11_736.pdf), zuletzt geprüft am 16.08.2019.
- Teichert, Ute (2015): 65. Wissenschaftlicher Kongress des BVÖGD und BZÖG am 23. April 2015 in Rostock. Begrüßungsrede der Bundesvorsitzenden des BVÖGD: "Der Öffentliche Gesundheitsdienst - hart am Wind". Online verfügbar unter [https://www.bvoegd.de/wp-content/uploads/2015/08/150424\\_rede\\_teichert.pdf](https://www.bvoegd.de/wp-content/uploads/2015/08/150424_rede_teichert.pdf), zuletzt geprüft am 27.06.2019.
- Verordnung ÖGD Thüringen (2019): Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten. Vom 8. August 1990 (GBl. I Nr. 53 S. 1068) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Oktober 1998. Online verfügbar unter [http://landesrecht.thueringen.de/jportal/portal/t/rsg/page/bsthueprod.psml/action/portlets.jw.MainAction?p1=3&eventSubmit\\_doNavigate=searchInSubtree-TOC&showdoccase=1&doc.hl=0&doc.id=jlr-GesDVTH1998p2&doc.part=S&toc.pos-key=#focuspoint](http://landesrecht.thueringen.de/jportal/portal/t/rsg/page/bsthueprod.psml/action/portlets.jw.MainAction?p1=3&eventSubmit_doNavigate=searchInSubtree-TOC&showdoccase=1&doc.hl=0&doc.id=jlr-GesDVTH1998p2&doc.part=S&toc.pos-key=#focuspoint), zuletzt geprüft am 02.04.2019.

# Anhang

## I. Räumliche Verteilung der Interviews



## II. Auswahlkriterien der leitfadengestützten Face-to-Face-Interviews

Die Auswahl der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner und die Festlegung der Anzahl der Interviews erfolgte auf der Basis eines zuvor definierten Kriterienkataloges, der im Folgenden dargestellt wird:

### Zentrale Auswahlkriterien der Intervieworte sowie der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner

#### 1. Festlegung relevanter Interviewpartnerinnen und Interviewpartner durch die gezielte Auswahl von bestimmten Personen, die durch ihre berufliche Tätigkeit Experten für den ÖGD in Thüringen sind:

- Primär sollen Verantwortliche der Thüringer Gesundheitsämter interviewt werden: hierzu gehören u. a. Amtsärztinnen und Amtsärzte, Amtsleiterinnen und Amtsleiter, nichtärztliches Personal (z. B. Hygieneingenieure) u. ä.
- Weitere Personen und Funktionsträgerinnen und Funktionsträger des ÖGD: Vertreterinnen und Vertreter der Landesärztekammer Thüringen sowie von Berufsverbänden und des Landesverbandes Thüringen der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V., Politikerinnen und Politiker u. ä.
- Das TMASGFF und das TLVwA teilten uns darüber hinaus relevante Ansprechpersonen mit.

#### 2. Die Vielfalt der Arbeitsbedingungen der Thüringer Gesundheitsämter soll abgebildet werden.

- Als Grundlage für die Darstellung der Arbeitsbedingungen dienen die Daten der Jahresberichterstattung aus dem Jahr 2017, die vor den Interviewvereinbarungen ausgewertet wurden. Insbesondere wurden dabei folgende Kriterien berücksichtigt:
  - **Personelle Situation der Gesundheitsämter:** Wo ist die Zahl der unbesetzten Stellen in ärztlichen und nichtärztlichen Berufen besonders hoch, wo besonders niedrig? Im Erstgespräch im TMASGFF am 20.03.2019 wurde beispielsweise darauf hingewiesen, dass in manchen Fachbereichen und spezialisierten Ausbildungsberufen, wie z. B. bei den Hygieneingenieuren, besondere Personallücken bestehen. Wie wird medial über die personellen Engpässe berichtet? Sind einzelne Gesundheitsämter besonders auffällig (ja, z. B. Gesundheitsamt des Unstrut-Hainich-Kreises). Welche Faktoren sind dafür verantwortlich, dass manche Gesundheitsämter massive Probleme haben und andere nicht?
  - **Materiell-technische Ausstattung der Gesundheitsämter:** In welchen Bereichen sind die Gesundheitsämter materiell und technisch schlecht/gut ausgestattet? Wo liegen die größten Herausforderungen hinsichtlich der Ausstattung (z. B. Hard- und Softwareausstattung, Ausstattung der Untersuchungsräume u. ä.)?
  - **Aufgabenschwerpunkte der Gesundheitsämter:** Welche Aufgaben werden in einem Landkreis/einer kreisfreien Stadt vernachlässigt oder besonders gut erledigt (z. B. Öffentlichkeitsarbeit, Netzwerkarbeit, Gutachterwesen, KJÄD, SPD i u. ä.)? Hinweis vom Erstgespräch: Gesundheitsämter müssten viel offensiver für sich werben, z. B. beim Tag der Gesundheitsämter, der vom Robert-Koch-Institut am 19.03.2019 erstmalig initiiert wurde. Welche Gesundheitsämter sind aktiv, welche eher weniger?

- **Besondere Merkmale einzelner Gesundheitsämter:** Beim Gesundheitsamt des Wartburgkreises haben sich die Städte Eisenach und Bad Salzungen zu einem gemeinsamen Gesundheitsamt zusammengeschlossen. Welche Vor- oder Nachteile sind dadurch entstanden? Wie kam es zu dieser Entwicklung?

### 3. Geografie und Demografie:

- Neben den individuellen Arbeitsbedingungen der einzelnen Gesundheitsämter sollen auch geografische und demografische Faktoren in die Auswahl miteinfließen. Interviews sollen sowohl in Landkreisen als auch in kreisfreien Städten geführt werden, um mögliche Unterschiede zwischen ländlich und städtisch geprägten Regionen aufzuzeigen. Zudem sollen möglichst alle Regionen bei den Interviews vertreten sein (West-Ost-Nord-Süd), denn beim Erstgespräch im TMSGFF am 20.03.2019 wurde auf regionale Unterschiede in Thüringen „links und rechts der A4“ hingewiesen.

### Zusammenfassung

- Für ein Interview kommen infrage:
  - Personen, die innerhalb des ÖGD in Thüringen eine zentrale Funktion innehaben und dadurch als Expertinnen und Experten wichtige Informationen liefern können.
  - Gesundheitsämter, die auf der Grundlage der Daten der Jahresberichterstattung von 2017 hinsichtlich der personellen und materiell-technischen Ausstattung positiv und negativ hervorstechen.
  - Gesundheitsämter, die in bestimmten Bereichen besonders aktiv sind und besondere Merkmale aufweisen, z. B. wirksame Öffentlichkeitsarbeit, Netzwerkarbeit etc.
- Interviews sollen sowohl in den Gesundheitsämtern der kreisfreien Städte als auch der Landkreise geführt werden.
- Idealerweise sollte gesamt Thüringen repräsentiert sein (West-Ost-Nord-Süd).

### III. Liste der geführten Interviews

Nr.	Interviewtermin am	Ort des Interviews	Landkreis
1	13.05.2019, um 10:00 Uhr	Landratsamt Gotha Gesundheitsamt Eisenacher Str. 3 99867 Gotha	Landkreis Gotha
2	13.05.2019, um 14:00 Uhr	Landratsamt Wartburgkreis Gesundheitsamt Erzberger Allee 14 36433 Bad Salzungen	Landkreis Wartburg- kreis
3	14.05.2019, um 10:30 Uhr	Landratsamt Saale-Orla-Kreis Fachdienst Gesundheit Oschitzer Strasse 4 07907 Schleiz	Landkreis Saale-Orla-Kreis
4	14.05.2019, um 14:00 Uhr	Landratsamt Saalfeld-Rudolstadt Gesundheitsamt Rainweg 81 07318 Saalfeld	Landkreis Saalfeld-Rudolstadt
5	15.05.2019, um 9:30 Uhr	Amt für Soziales und Gesundheit, Abtei- lung Gesundheit Juri-Gagarin-Ring 150 99084 Erfurt	Landeshauptstadt Erfurt
6	20.05.2019, um 10:00 Uhr	Landesärztekammer Thüringen Im Semmicht 33 07751 Jena-Maua	zuständig für gesamt Thüringen
7	21.05.2019, um 10:30 Uhr	Landratsamt Nordhausen Fachbereich Gesundheitswesen/ Gesundheitsamt Nordhausen Behringstr. 3 99734 Nordhausen	Landkreis Nordhausen
8	21.05.2019, um 14:00 Uhr	Gesprächspartner möchte anonym blei- ben	
9	22.05.2019, um 10:00 Uhr	Landratsamt Unstrut-Hainich-Kreis Fachdienst Gesundheit Lindenbühl 28/29 99974 Mühlhausen	Landkreis Unstrut-Hai- nich-Kreis
10	22.05.2019, um 14:30 Uhr	Stadtverwaltung Suhl Gesundheitsamt Fr.-König-Str. 5 98527 Suhl	Stadt Suhl
11	23.05.2019, um 10:00 Uhr	Landratsamt Sömmerda Gesundheits- amt – Amt 44 Wielandstr. 4 99610 Sömmerda	Landkreis Sömmerda
12	23.05.2019, um 14:00 Uhr	Landratsamt Kyffhäuserkreis Gesundheitsamt Edmung-König-Str. 7 99706 Sondershausen	Landkreis Kyffhäuser- kreis

13	27.05.2019, um 10:00 Uhr	Landeshauptstadt Erfurt Stadtverwaltung Erfurt Amt für Soziales und Gesundheit Abteilung Gesundheit Juri-Gagarin-Ring 150 99084 Erfurt	Landeshauptstadt Erfurt
----	--------------------------	---	-------------------------

#### IV. Interviewleitfaden

### Thema: Bestandsanalyse des ÖGD in Thüringen

Uhrzeit des Interviews:            Beginn:                            Ende:

#### I. Einleitung: Begrüßung und Formalitäten

Für Ihre Bereitschaft, an diesem Interview teilzunehmen, bedanke ich mich ganz herzlich. Zunächst möchte ich darauf hinweisen, dass wir das Gespräch gerne aufzeichnen würden. Ich kann zusichern, dass die Zitierweise anonym erfolgt. Wir nennen in Verbindung zu Zitaten also keine Namen, sondern verweisen gegebenenfalls nur auf unterschiedliche Positionen, die in einem Gesundheitsamt genannt werden. Im Abschlussbericht wird eine Liste mit den geführten Institutionen angehängt, aber wir nennen keinerlei Namen. Falls Sie nicht möchten, dass das Gesundheitsamt zitiert wird, ist das kein Problem. Ich muss es nur entsprechend vermerken:

Zitierung von GA erlaubt                        Zitierung von GA nicht erlaubt   

Zu Beginn möchte ich Ihnen kurz das Projekt und das Ziel der Gespräche erläutern.

*Vorstellung des Themas und Problembeschreibung*

#### II. Einstieg: Angaben zum Interviewpartner/zur Interviewpartnerin (Aufgaben und Funktionen) sowie Vorstellung des Themas und der Problematik

1. Zu Beginn möchte Sie gerne bitten, sich kurz vorzustellen und ein paar Worte zu Ihrer Funktion und Ihren beruflichen Aufgaben zu sagen. Interessant ist für uns auch, wie lange Sie bereits in Ihrer Position tätig sind und welche beruflichen Vorerfahrungen Sie für Ihre jetzige Tätigkeit mitgebracht haben. Es wäre schön, wenn Sie kurz Ihren beruflichen Werdegang schildern könnten.  
*evtl. ergänzende Frage: wie lange ist die Person schon in der Position/in diesem GA/im ÖDG in Thüringen tätig? Falls Positionswechsel, wann, warum, wie haben sich Vorerfahrungen auf jetzige Tätigkeit ausgewirkt? (Hintergrund, Personen mit Verwaltungs- oder pädagogischer Erfahrung nehmen die Situation möglicherweise*

*anders wahr als jemand, der aus einem Krankenhaus kommt. Thema nicht vertiefen, aber ggf. interessante Hintergrundinfo, um die Aussagen zu kontextualisieren.*

2. Name, Vorname:
3. Position/Beruf:
4. Kontaktadresse:  
PLZ:

Straße und Hausnummer:

5. Ort des Interviews:
6. Aufgaben und Funktion des Interviewpartners:
7. Einstiegsfrage: Wie nehmen Sie die Situation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Thüringen wahr? Was sind Ihrer Meinung nach die größten Herausforderungen, mit denen der ÖGD umgehen muss?

Das Interview umfasst verschiedene Schwerpunktthemen. Zunächst möchte ich mich mit Ihnen über die personelle Ausstattung der GÄ unterhalten, da diese ein massives Problem in Thüringen darstellt.

### **III. Schwerpunktthema 1: Personelle Ausstattung**

8. Gibt es Lücken in der personellen Ausstattung? Wenn ja, in welchen Bereichen sind sie besonders groß?
9. Worin sehen Sie die Ursachen der personellen Unterbesetzung? (z. B. schlechte Bezahlung, zu wenig Werbung und dadurch fehlendes Interesse für den ÖGD?)
10. Gibt es Personalschlüssel, wenn ja, wie sehen diese aus (Berechnungsgrundlage)? Bezieht sich die Personalempfehlung tatsächlich noch auf den Beschluss von 1994? Wenn ja, gibt es Gründe, weshalb man an den alten Verordnungen festhält und nicht neue Personalempfehlungen erarbeitet?
11. Wie hat sich die Personalsituation in den letzten Jahren entwickelt? Gibt es besondere Einschnitte, die sich positiv oder negativ auf die Personalsituation ausgewirkt haben?
12. Inwiefern wirkt sich die personelle Situation in Ihrem Gesundheitsamt auf die Ausübung der Aufgaben aus? Gibt es Aufgabenbereiche, die aufgrund der personellen Situation nur bedingt oder gar nicht ausgeführt werden können? Wenn ja, welche sind das?
13. Werden Lösungen diskutiert, die der personellen Unterbesetzung entgegenwirken sollen? Was konkret tun Sie als Amtsleiter des Landkreises XY/der kreisfreien Stadt XY gegen die zunehmende personelle Unterversorgung? Wie kann der Landkreis XY/die kreisfreie Stadt XY tätig werden, den ÖGD für Arbeitnehmer wieder attraktiv zu machen?

### **IV. Schwerpunktthema 2: Technisch-materielle Ausstattung der Gesundheitsämter**

14. Ist Ihr Gesundheitsamt so ausgestattet, dass die Ausgaben vorschriftsmäßig ausgeführt werden können? Wenn nein, in welchen Bereichen ist die Ausstattung nicht ausreichend?
15. In welchen Bereichen gibt es Lücken in der Ausstattung und wie wirken sich diese Lücken auf die Aufgabenerfüllung aus?

16. Woran liegt es, dass die Ausstattung nicht auf den notwendigen Stand gebracht wird?
17. Wie sieht die Hard- und Softwareausstattung aus? Gibt es aufgrund fehlender Hard- und Software Probleme bei der Ausführung der Tätigkeiten, beispielsweise im Berichtswesen? Gibt es Vorschläge zur Verbesserung der Daten-Koordination zwischen den GÄ?
18. Wo bestehen Probleme in der Ausstattung? Wie wirken sie sich auf die Tätigkeiten, z. B. im Berichtswesen, aus? Wie werden Daten gesammelt, eingegeben, übertragen? Gibt es Vorschläge zur Verbesserung der Daten-Koordination zwischen den GÄ?
19. Welche Maßnahmen zur Verbesserung der materiellen und apparativen Ausstattung werden diskutiert? Was sind deren Vor- und nach Nachteile? Wie realistisch schätzen Sie diese Maßnahmen ein?

#### **V. Schwerpunktthema 3: Aufgabenerfüllung: Ausübung von Pflichtaufgaben des übertragenen und eigenen Wirkungskreises**

20. Welche Aufgaben können vollständig erfüllt werden, wo bestehen Schwierigkeiten bei der Aufgabenerfüllung? Gibt es Aufgaben, die Sie erfüllen müssten, aber nicht vollumfänglich erfüllen können? Wenn ja, was müsste sich ändern, dass alle Aufgaben vollumfänglich erfüllt werden können?
21. Gibt es Aufgaben, die von Ihnen erfüllt werden, aber auch von anderen Instanzen erfüllt werden könnten?
22. In den vergangenen Jahren hat der Bestand an übertragenen Aufgaben zugenommen. Inwiefern wirkt sich diese Tatsache auf die Erfüllung der Aufgaben aus? Können die Gesundheitsämter die Fülle an Aufgaben unter den bisher gegebenen Umständen überhaupt ordnungsgemäß erfüllen?
23. Erstellung von Gutachten:
  - Welchen Anteil hat die Erstellung von Gutachten am gesamten Aufgabenspektrum?
  - Warum variiert die Anzahl an Gutachten zwischen den einzelnen Landkreisen zum Teil so stark?
24. Aufgabenprofil der Arztstellen:
  - Gibt es Stellenbeschreibungen für die Arztstellen in den Gesundheitsämtern

#### **VI. Zusammenfassung und Ausblick?**

25. Gibt es über die personelle und technisch-materielle Situation hinaus weitere Probleme, mit denen die Gesundheitsämter zu kämpfen haben? Wenn ja, welche sind das?
26. Welche Änderungen könnten Ihrer Meinung nach die Gesamtsituation der Gesundheitsämter und des ÖGD in Thüringen verbessern?
  - Können Aufgaben, die bisher von den Gesundheitsämtern übernommen werden, auch von anderen Leistungserbringern erfüllt werden? Wenn ja, in welchen Bereichen sehen Sie Möglichkeiten, Aufgaben abzugeben?
27. Haben Sie konkrete Handlungsoptionen, die für Sie sinnvoll erscheinen? Wenn ja, welche sind das und wie wirken diese in der Praxis?
  - Inwieweit könnte ein ÖGD-Gesetz den ÖGD in Thüringen grundsätzlich neu regeln? Thüringen ist das einzige Bundesland, das ein solches ÖGD-Gesetz nicht hat, sondern sich auch heute noch auf eine Verordnung aus dem Jahr 1990

in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Oktober 1998 beruft. Welche Punkte sollten ein solches Gesetz Ihrer Meinung nach beinhalten?

- strukturelle/finanzielle Verbesserungen vor Ort in den einzelnen GÄ
  - Personalmaßnahmen (bessere (außertarifliche) Bezahlung/ Prämien; Rekrutierung, Werbung, Ausbildung, Weiterqualifikation)
  - Veränderung der Verwaltungsstrukturen (Zentralisierung der Personal- und Finanzierungsverantwortung)
  - Veränderungen des Aufgabenbestandes und/oder der Qualifikationsprofile des Personals
  - Veränderungen, die die Landesregierung anregen, aber nicht alleine umsetzen kann, z.B. Reform des Curriculums des universitären Medizinstudiums, Schaffung neuer (dualer) Ausbildungsgänge u. ä.
28. Gibt es weitere Interviewpartner/Experten, die sich politisch aktiv für die Thematik einsetzen? Wenn ja, welche sind das? (in Stadtkreisen Stadtkreis Erfurt, Stadtkreis Weimar, Stadtkreis Jena, Stadtkreis Gera, Stadtkreis Suhl, Stadtkreis Eisenach)

## V.Gesundheitsämter der Thüringer Landkreise und kreisfreien Städte

Landkreis/Stadt	Anschrift	Landkreis oder kreisfreie Stadt
Altenburger Land (ABG)	Landratsamt Altenburger Land Fachdienst Gesundheit Lindenaustraße 31 04600 Altenburg	Landkreis
Eichsfeld (EIC)	Landratsamt Eichsfeld Gesundheitsamt Ägidienstraße 24 37308 Heiligenstadt	Landkreis
Eisenach (WAK)	Landratsamt Wartburgkreis Gesundheitsamt Erzberger Allee 14 36433 Bad Salzungen	Landkreis
Erfurt (EF)	Stadtverwaltung Erfurt Amt für Soziales und Gesundheit Abteilung Gesundheit Juri-Gagarin-Ring 150 99084 Erfurt	Kreisfreie Stadt
Gera (G)	Stadtverwaltung Gera Fachdienst Gesundheit Gagarinstraße 68 07545 Gera	Kreisfreie Stadt
Gotha (GTH)	Landratsamt Gotha Gesundheitsamt Eisenacher Straße 3 99867 Gotha	Landkreis
Greiz (GRZ)	Landratsamt Greiz Gesundheitsamt Dr.-Rathenau-Platz 11 07973 Greiz	Landkreis
Hildburghausen (HBN)	Landratsamt Hildburghausen Gesundheitsamt Wiesenstraße 18 98646 Hildburghausen	Landkreis
Ilm-Kreis (IK)	Landratsamt Ilm-Kreis Gesundheitsamt Ritterstraße 14 99310 Arnstadt	Landkreis
Jena (J)	Stadtverwaltung Jena Gesundheitsamt Lutherplatz 3 07743 Jena	Kreisfreie Stadt
Kyffhäuserkreis (KYF)	Landratsamt Kyffhäuserkreis Gesundheitsamt E.-König-Straße 7 99706 Sondershausen	Landkreis
Nordhausen (NDH)	Landratsamt Nordhausen Fachbereich Gesundheitswesen/ Ge- sundheitsamt Nordhausen Behringstraße 3 99734 Nordhausen	Landkreis

Saale-Holzland-Kreis (SHK)	Landratsamt Saale-Holzland-Kreis Gesundheitsamt Heinrich-Heine-Straße 15 b 07646 Stadtroda	Landkreis
Saale-Orla-Kreis (SOK)	Landratsamt Saale-Orla-Kreis Fachdienst Gesundheit Oschitzer Strasse 4 07907 Schleiz	Landkreis
Saalfeld-Rudolstadt (SLF)	Landratsamt Saalfeld-Rudolstadt Gesundheitsamt Rainweg 81 07318 Saalfeld	Landkreis
Schmalkalden-Meiningen (SM)	Landratsamt Schmalkalden-Meiningen Fachbereich Soziales, Jugend, Gesundheit Fachdienst Gesundheit Obertshäuser Platz 1 98617 Meiningen	Landkreis
Sömmerda (SOEM)	Landratsamt Sömmerda Gesundheitsamt Wielandstraße 4 99610 Sömmerda	Landkreis
Sonneberg (SON)	Landratsamt Sonneberg Gesundheitsamt Bahnhofstraße 66 96515 Sonneberg	Landkreis
Suhl (SHL)	Stadtverwaltung Suhl Gesundheitsamt Friedrich-König-Straße 5 98527 Suhl	Kreisfreie Stadt
Unstrut-Hainich-Kreis (UHK)	Landratsamt Unstrut-Hainich-Kreis Fachdienst Gesundheit Lindenbühl 28/29 99974 Mühlhausen	Landkreis
Wartburgkreis (WAK)	Landratsamt Wartburgkreis Gesundheitsamt Erzberger Allee 14 36433 Bad Salzungen	Landkreis
Weimar (WE)	Stadtverwaltung Weimar Gesundheitsamt Markt 13/14 99423 Weimar	Kreisfreie Stadt
Weimarer Land (AP)	Landratsamt Weimarer Land Gesundheitsamt Bahnhofstrasse 28 99510 Apolda	Landkreis

## VI. Standard Grundausstattung der Gesundheitsämter

	Amtsleitung/ amtsärztlicher Dienst	Medizinal- und Hygi- eneauf- sicht, Um- welthygi- ene und - medizin	Infekti- onsschutz	KJÄD	ZÄD	SPDI
<b>Grundausrüstung für mit □ gekennzeichnete Fachdienste des GA</b>	x		x	x	x	x
	Stethoskop, Reflexhammer, Untersuchungslampe, Untersuchungs-liege, geeignete Beleuchtung des Untersuchungszimmers, Waage (mit Längenmessung => Größe, Gewicht), Kühl-schrank (mit Temperaturverlaufskontrolle), Sterilisator, Fieberthermometer, Ultraschallrei-nigungsgerät, Verbandsmittel-Medikamenten-Instrumentenschrank, Arzt-Notfallkoffer mit Ausstattung (z. B. entsprechend Ulmer Koffer I)					
<b>zusätzlich fachspezi-fische Grundausrüstung:</b>	Sehtest (Visus-bestimmung; Farbsehen; Kon-trastsehen), Seh-test (Peri-metrie), Oskop, Audiometrie, Blut-druckmes-sung, Blutzucker (mind. Teststrei-fen), Urinstatus (Teststreifen)	Proben-kühl-schrank (mit Tem-peratur-verlaufs-kontrolle)	Proben-kühl-schrank (mit Tem-peratur-verlaufs-kontrolle)	Babywaage, Arzt-Notfall-koffer mit Ausstattung (Besteck für Kinder und Säuglinge), Seh-test, Au-diometrie, Transportbo-xen (fahrbar)	Zahnarztunter-suchungsstuhl, Autoklav oder Thermodesinfek-tor, Untersuchungs-lampe, Kleingeräte: Son-den, Spiegel, Pin-zetten, Instru-mentenschrank, Transportboxen (fahrbar)	
<b>Grundausrüstung aufsu-chend</b>	Koffer mit Ste-thoskop, Oto-skop, Blut-druck-messgerät, Diag-nostikleuchte, Reflexhammer, Notfallmedi-ka-mente			Rollkoffer mit: Stethoskop, Oskop, Di-agnos-ti-klampe, Seh-test-tafeln, Audio-metrie-gerät	Rollkoffer mit Untersuchungsmaterial (zahn-ärztliches Be-steck	Siehe Amts-ärztlicher Dienst

Quelle: Bestandsanalyse Aufgabenkritik GÄ 2017 Endfassung

## VII. Grundausrüstung für die Trink- und Badewasser-Überwachung

<b>Trinkwasser</b>	<b>Badewasser</b>
pH-Messgerät + Reagenzien	Schöpfer
Messgerät für Leitfähigkeit + Reagenzien	Secchischeibe
Chlormessgerät + Reagenzien	pH-Messgerät + Reagenzien
Hermometer	Chlormessgerät + Reagenzien
Kühlboxen	Sauerstoffmessgerät
Kühlakkus	Thermometer
Abflamngerät	Abflamngerät
Desinfektionsmittel	Kühlboxen
De- und Montageschlüssel für Perlatoren	Kühlakkus
Inbusschlüssel	Sicherheitsschuhe
Messbecher	Fotoapparat
Eimer	
Sicherheitsschuhe	
Wasserprobenentnahmeset (Beulco)	
Schöpfer	
Sicherheitsschuhe	
Sturzhelm	

Quelle: Bestandsanalyse Aufgabenkritik GÄ 2017 Endfassung

### VIII.Integrative Funktionen des ÖGD in den Gesundheitsdienstgesetzen der Bundesländer

Infrastrukturelle Kernfunktionen des ÖGD in den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder			
Land	Gesundheitsbericht- erstattung	Vernetzung, Kooperation	Koordination, Planung
Baden-Württemberg	§§ 1, 6, 11 ÖGDG	§§ 1, 7 ÖGDG (und § 5 LGG)	§§ 1, 6, 7 ÖGDG (und § 5 LGG)
Bayern	Art. 10, 14, 15 GDVG	Art. 6, 9, 13, 14 GDVG	Art. 10 GDVG
Berlin	§§ 1, 5, 6 GDG	§§ 1, 7 GDG	§§ 1, 6, 8 GDG
Brandenburg	§§ 1, 9 BbgGDG	§§ 1, 3 BbgGDG	§§ 5, 9 BbgGDG
Bremen	§§ 2, 9, 10, 11, 12 ÖGDG	§§ 1, 12, 13, 14 ÖGDG	§§ 1, 2, 12, 13, 18 ÖGDG
Hamburg	§§ 4, 5 HmbGDG	§§ 3, 6, 7a, 9, 22 HmbGDG	§§ 4, 5, 10 HmbGDG
Hessen	§ 13 HGöGD	§§ 1, 7, 10, 11 HGöGD	§§ 1, 4, 7, 13 HGöGD
Mecklenburg-Vorpom- mern	§§ 1, 24 ÖGDG M-V	§§ 5, 16 ÖGDG M-V	§§ 1, 10 ÖGDG M-V
Niedersachsen	§ 8 NGöGD	§ 1 NGöGD	§ 4 NGöGD
Nordrhein-Westfalen	§§ 6, 7, 21, 24, 25, 27 ÖGDG	§§ 3, 4, 6, 23, 24 ÖGDG	§§ 7, 8 ÖGDG
Rheinland-Pfalz	§§ 1, 5, 10 ÖGdG	§§ 1, 5, 12 ÖGdG	§ 1 ÖGdG
Saarland	§§ 1, 6 ÖGDG	§§ 7, 8, 10 ÖGDG	§§ 1, 7 ÖGDG
Sachsen	§ 1 SächsGDG	§ 7 SächsGDG	
Sachsen-Anhalt	§§ 1, 11, 12 GDG LSA	§§ 3, 7, 22 GDG LSA	§§ 3, 12 GDG LSA
Schleswig-Holstein	§§ 4, 6 GDG	§§ 2, 4 GDG	§§ 2, 5, 8 GDG
Thüringen	§ 1 ÖGD-Verordnung	§ 5 ÖGD-Verordnung	

Quelle: Kuhn und Trojan 2017, S. 366

**IX. Vergleich der ÖGD-Landesgesetzgebungen zum Thema Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung**

Land	Belege aus den Gesetzen zu Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung
Baden-Württemberg	<p><b>Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz - ÖGDG) – Vom 17. Dezember 2015</b></p> <p><b>§ 6 ÖGDG Gesundheitsplanung, Gesundheitsberichterstattung</b></p> <p>(1) Die den Gesundheitsämtern obliegende Gesundheitsplanung umfasst die Bestands- und Bedarfsanalyse auf der Grundlage der Gesundheitsberichterstattung. Zu den Planungsaufgaben gehören insbesondere das Aufzeigen von Problemfeldern in der Gesundheitsförderung und Prävention, der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sowie die Definition von Schnittstellen einschließlich des Koordinierungs- und Vernetzungsbedarfs zwischen den verschiedenen Handlungsträgern und Planungsbereichen.</p> <p>(2) Die den Gesundheitsämtern obliegende Gesundheitsberichterstattung umfasst die</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beobachtung, Beschreibung und Bewertung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung im Zuständigkeitsbereich eines Gesundheitsamts,</li> <li>2. Erhebung von Daten zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung und Übermittlung dieser Daten in anonymisierter Form an die in § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 genannten Behörden in dem mit diesen Behörden abgestimmten Umfang und</li> <li>3. soweit erforderlich die Durchführung epidemiologischer Untersuchungen zu gesundheitlichen Fragestellungen.</li> </ol> <p>(3) Die Erkenntnisse aus der Beobachtung, Beschreibung und Bewertung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung nach Absatz 2 Nummer 1 dienen auch Kommunalen Gesundheitskonferenzen und den Gesundheitsämtern als Grundlage für die Durchführung einer Gesundheitsplanung nach Absatz 1 und für die Entwicklung und Durchführung von konkreten Maßnahmen und deren Evaluation.</p>
Bayern	<p><b>Gesetz über den öffentlichen Gesundheits- und Veterinärdienst, die Ernährung und den Verbraucherschutz sowie die Lebensmittelüberwachung (Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz – GDVG) – Vom 24. Juli 2003</b></p> <p><b>Art. 10 GDVG Risikoanalyse, Risikokommunikation, Gesundheitsberichterstattung</b></p> <p>(1) <sup>1</sup>Zur Erreichung der Ziele dieses Gesetzes und zur Erfüllung ihrer Aufgaben bedienen sich die Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz aller Verwaltungsstufen der Methoden der Risikoanalyse, des Risikomanagements und der Risikokommunikation. <sup>2</sup>Sie beobachten und bewerten die gesundheitlichen Verhältnisse von Menschen und Tieren einschließlich der Auswirkungen von Umwelteinflüssen auf die Gesundheit. <sup>3</sup>Dazu können nichtpersonenbezogene Daten erhoben, gesammelt, analysiert und sie zum Zweck der Risikoanalyse und Risikobewertung an das Landesamt weitergegeben werden. <sup>4</sup>Die Behörden tauschen mit anderen Behörden und Stellen Informationen über Risiken aus und wirken an der Erarbeitung von Konzepten über Möglichkeiten ihrer Bewältigung mit.</p> <p>(2) Als fachliche Grundlage für die Planung und Durchführung von Maßnahmen, welche die Gesundheit fördern und Krankheiten verhüten, beobachten die Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz aller Verwaltungsstufen sowie das Landesamt die gesundheitlichen Verhältnisse von Menschen einschließlich der Ernährung und der Auswirkungen der Umwelteinflüsse auf die Gesundheit, sammeln darüber Erkenntnisse und nichtpersonenbezogene Daten, bereiten sie auf und werten sie aus.</p>
Berlin	<p><b>Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz - GDG) – Vom 25. Mai 2006</b></p> <p><b>Abschnitt II Integrierte Gesundheits- und Sozialberichterstattung; sozialindikative</b></p>

## **Gesundheitsplanung**

### **§ 5 GDG Integrierte Gesundheits- und Sozialberichterstattung**

(1) Bei der Gesundheits- und Sozialberichterstattung handelt es sich um eine verdichtete, zielorientierte und zielgruppenorientierte Darstellung und beschreibende Bewertung von Daten und Informationen, die für die Gesundheit und die soziale Lage der Bevölkerung, das Gesundheits- und Sozialwesen und für die die gesundheitliche und soziale Situation beeinflussenden Lebens- und Umweltbedingungen bedeutsam sind. Sie dient als Planungsgrundlage für die Entwicklung und Durchführung von konkreten Maßnahmen und deren Evaluation. Durch sie werden das Abgeordnetenhaus und bei bezirklicher Berichterstattung die jeweiligen Bezirksverordnetenversammlungen und die Bürgerinnen und Bürger über die gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung informiert; ihre Datenbestände werden der Wissenschaft zu Forschungszwecken zur Verfügung gestellt. Der sozialraumorientierten Berichterstattung kommt ein besonderes Gewicht zu. Die Berichterstattung gliedert sich in Basisindikatoren (Basisbericht), die als durch Informationstechnik gestütztes Datenmonitoring vorgehalten werden, und in Spezialberichte, die Schwerpunktthemen auf der Grundlage der Indikatoren und besondere Probleme von regionaler, epidemiologischer und sozialstruktureller Bedeutung aufgreifen oder vertiefen. Die Vorgaben des § 16 des Landesstatistikgesetzes sind analog einzuhalten; Einzelangaben unterliegen der statistischen Geheimhaltung gemäß § 16 des Landesstatistikgesetzes in der jeweils geltenden Fassung.

(2) Der öffentliche Gesundheitsdienst schreibt jährlich die Basisindikatoren fort und gewährleistet durch seine Informationstechnik Zugänglichkeit für die Adressaten der Berichterstattung. Darüber hinaus legt er Spezialberichte vor, die über die gesundheitlichen und sozialen Verhältnisse in seinem Zuständigkeitsbereich Auskunft geben. Dazu stellt er im Zusammenwirken mit den im Gesundheits- und Sozialbereich tätigen Verwaltungen, Körperschaften, Verbänden, Vereinigungen und Einrichtungen auf Bezirks- und Landesebene die bedeutsamen Daten und Erkenntnisse zusammen und gewährleistet ihre Auswertung. Die Dienststellen des Landes Berlin sind verpflichtet, mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst zur Erstellung der Berichte zusammenzuarbeiten und die notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen. Die für das Gesundheits- und Sozialwesen zuständigen Senatsverwaltungen koordinieren die Berichterstattungen und legen Gesamtberichte für das Land vor. Die Zusammenführung von Einzelangaben mit anderen Angaben zur Herstellung eines Personenbezuges ist untersagt.

(3) Zur Erfüllung der Berichtspflichten für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung werden Statistiken basierend auf Einzeldaten insbesondere zu folgenden Bereichen erstellt:

1. Gesundheitszustand von ausgewählten Bevölkerungsgruppen (insbesondere Schuleingangs- und -entlassungsuntersuchungen nach dem Schulgesetz und dem Jugendarbeitsschutzgesetz),
2. Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitsaufsicht, gesundheitlicher Verbraucherschutz,
3. Sozialwesen (insbesondere Statistiken nach dem Zweiten, dem Dritten und dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch und dem Asylbewerberleistungsgesetz).

Der Name, der Tag der Geburt und die genaue Adresse dürfen nicht übermittelt werden. Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung wird ermächtigt, die Art der Erhebungen, den Umfang der Hilfs- und Erhebungsmerkmale, die Berichtszeiträume oder -zeitpunkte und die Periodizität dieser Statistiken durch Rechtsverordnung zu regeln.

### **§ 6 GDG Sozialindikative Gesundheitsplanung**

(1) Die sozialindikative Gesundheitsplanung umfasst die Bestands- und Bedarfsanalyse, die Entwicklung von fachlichen Zielvorstellungen für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung und deren Weiterentwicklung auf der Grundlage der Gesundheits- und Sozialberichterstattung.

(2) Zu den Planungsaufgaben gehören insbesondere das Aufzeigen von Schwachstellen

	<p>und Problemfeldern in der gesundheitlichen und sozialen Versorgung sowie die Definition von Schnittstellen einschließlich des Koordinierungs- und Vernetzungsbedarfs zwischen den verschiedenen Handlungsträgern und Planungsbereichen.</p>
<b>Brandenburg</b>	<p><b>Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz - BbgGDG) – vom 23. April 2008</b></p> <p><b>§ 9 BbgGDG Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung</b></p> <p>(1) Die Gesundheitsberichterstattung ist auf kommunaler und auf Landesebene fachliche Grundlage für eine zielorientierte Gesundheitsplanung und die Durchführung von Maßnahmen zur Überwindung von Defiziten in der Gesundheitsförderung, Prävention sowie Versorgung.</p> <p>(2) Die Landkreise und kreisfreien Städte beobachten und bewerten die gesundheitlichen Verhältnisse ihrer Bevölkerung. Das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit erstellt Fachberichte zur gesundheitlichen Situation der brandenburgischen Bevölkerung.</p> <p>(3) Die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verständigen sich auf der Grundlage der Gesundheitsberichte mit allen Beteiligten im Gesundheitswesen auf fachliche Zielvorstellungen und Planungen und vereinbaren gemeinsame Maßnahmen zur Überwindung von ausgewiesenen Mängeln und Defiziten.</p>
<b>Bremen</b>	<p><b>Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen (Gesundheitsdienstgesetz - ÖGDG) – Vom 27. März 1995</b></p> <p><b>Teil 3 Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung:</b></p> <p><b>§ 9 ÖGDG Gesundheitsberichterstattung</b></p> <p>(1) Die Gesundheitsberichterstattung dient als fachliche Grundlage für die Planung und Durchführung von Maßnahmen, die die Gesundheit fördern und Krankheiten verhüten sowie zur Behandlung und Rehabilitation beitragen. Sie beruht auf der Sammlung und Auswertung von Daten, die für die Gesundheit der Bevölkerung und für die die Gesundheitssituation beeinflussenden Verhaltensweisen sowie Lebens- und Umweltbedingungen bedeutsam sind.</p> <p>(2) Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz legt der Bremischen Bürgerschaft mindestens alle vier Jahre einen Landesgesundheitsbericht vor. Der Landesgesundheitsbericht besteht aus der Darstellung und Kommentierung ausgewählter Daten für relevante gesundheitliche Problemstellungen in den Stadtgemeinden, insbesondere über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, über soziale und umweltbedingte Ursachen, die die Gesundheit beeinflussen, und über die Versorgungslage.</p> <p>(3) Der Öffentliche Gesundheitsdienst kann zur Ursachenermittlung von Krankheiten, Gesundheitsschäden und Gefährdungen der Gesundheit der Bevölkerung oder einzelner Bevölkerungsgruppen epidemiologische Untersuchungen anregen oder durchführen.</p> <p><b>§ 10 Jahresgesundheitsberichte der Gesundheitsämter</b></p> <p>(1) Jedes Gesundheitsamt erstellt einen Jahresgesundheitsbericht und leitet diesen der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz zu. Er umfasst insbesondere</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. für den Landesgesundheitsbericht erforderliche Daten und ihre Kommentierung, soweit sie sich aus den Aufgaben der Gesundheitsämter nach diesem Gesetz ergeben,</li> <li>2. Aussagen über die Entwicklungen des Aufgabenbereiches und in der Organisation des einzelnen Gesundheitsamtes,</li> <li>3. gesundheitliche Veränderungen oder Entwicklungen, die sich aus den Erkenntnissen des Gesundheitsamtes ergeben und</li> <li>4. Empfehlungen zu möglichen Schwerpunkten der künftigen Gesundheitsberichterstattung.</li> </ol> <p>Die anderen Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes haben auf Anforde-</p>

	<p>rung der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz entsprechende Berichte vorzulegen.</p> <p>(2) Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz legt im Einvernehmen mit dem Magistrat der Stadt Bremerhaven das Nähere zu Inhalt, Umfang und Zeitpunkt der Erstellung der Jahresgesundheitsberichte fest.</p> <p><b>§ 11 ÖGDG Übermittlung sonstiger gesundheitsrelevanter Daten</b></p> <p>(1) Behörden, die Selbstverwaltungskörperschaften im Gesundheitswesen, die Krankenhäuser sowie die niedergelassenen Ärztinnen, Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sind verpflichtet, vorhandene Daten, die für die Erstellung des Landesgesundheitsberichts von Bedeutung sind, in einer Form, die einen Bezug auf Betroffene nicht zulässt, der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz zugänglich zu machen.</p> <p>(2) Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz wird ermächtigt, hinsichtlich der Daten, die nach Absatz 1 von den Selbstverwaltungskörperschaften im Gesundheitswesen, den Krankenhäusern sowie den niedergelassenen Ärztinnen, Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten zu übermitteln sind, durch Rechtsverordnung</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die Art der Daten,</li> <li>2. den Umfang der Daten,</li> <li>3. die zur Übermittlung verpflichteten Einrichtungen und Personen,</li> <li>4. die Art der Aufbereitung und die Lieferung der Daten und</li> <li>5. den Zeitpunkt der Datenübermittlung</li> </ol> <p>zu bestimmen. Vor Erlass der Rechtsverordnung wird die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz hinsichtlich der in der Rechtsverordnung zu regelnden Tatbestände, insbesondere der entstehenden Kosten, das Einvernehmen mit den Selbstverwaltungskörperschaften im Gesundheitswesen suchen.</p> <p><b>§ 12 Gesundheitsplanung</b></p> <p>(1) Die Gesundheitsplanung soll ermöglichen, gesundheitliche Problemlagen im Bereich der Prävention, der kurativen Medizin und der Rehabilitation regional zu analysieren und zu bewerten. Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz entwickelt auf der Grundlage der Landesgesundheitsberichterstattung eine kontinuierliche Gesundheitsplanung für das Land Bremen.</p> <p>(2) In Zusammenarbeit mit den Kosten- und Leistungsträgern, den Interessenverbänden und den beteiligten Behörden sind vorrangige Ziele der Gesundheitsplanung zu beschreiben und Möglichkeiten zu deren Verwirklichung aufzuzeigen.</p>
<p><b>Hamburg</b></p>	<p><b>Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg (Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz - HmbGDG) – Vom 18. Juli 2001</b></p> <p><b>§ 4 HmbGDG Gesundheitsberichterstattung</b></p> <p>(1) <sup>1</sup>Als fachliche Grundlage für die Planung und Durchführung von Maßnahmen, welche die Gesundheit fördern und Krankheiten verhüten sowie zur Behandlung und Rehabilitation beitragen, sammelt der Öffentliche Gesundheitsdienst Erkenntnisse und nicht personenbezogene Daten, bereitet sie auf und wertet sie aus. <sup>2</sup>Er macht wesentliche Ergebnisse seiner Arbeit sowie wichtige Informationen zur Gesundheit in der Freien und Hansestadt Hamburg in geeigneter Form regelhaft der Allgemeinheit, den Behörden sowie den im Gesundheitswesen tätigen Einrichtungen und Personen zugänglich.</p> <p>(2) <sup>1</sup>Der Öffentliche Gesundheitsdienst legt auf der Grundlage abgestimmter einheitlicher Indikatoren und Kriterien in fünfjährigen Abständen Berichte über die gesundheitliche Lage in den einzelnen Bezirken und einen Bericht bezogen auf das gesamte Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg vor. <sup>2</sup>Diese Berichte enthalten auch einen gesonderten Teil zur Frauen- und Männergesundheit.</p> <p>(3) Die Kosten- und Leistungsträger der gesundheitlichen Versorgung in der Freien und Hansestadt Hamburg stellen dem Öffentlichen Gesundheitsdienst die zur Erfüllung der</p>

	<p>Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 einvernehmlich für erforderlich gehaltenen Daten zur Verfügung.</p> <p><b>§ 5 HmbGDG Gesundheitsplanung</b></p> <p>Als Grundlage für die im Dritten Abschnitt genannten Aufgaben entwickelt der Öffentliche Gesundheitsdienst auf der Grundlage der Gesundheitsberichterstattung fachliche Zielvorstellungen für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung und deren Weiterentwicklung.</p>
Hessen	<p><b>HGöGD - Hessisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst – Vom 28. September 2007</b></p> <p><b>§ 13 HGöGD Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie</b></p> <p>Um Maßnahmen, die die Gesundheit fördern und Krankheiten verhüten, wirksam planen und durchführen zu können, haben die Gesundheitsämter die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in ihrem Bezirk zu beobachten, zu bewerten und zu beschreiben sowie die erhobenen Daten in anonymisierter Form dem Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen zu übermitteln. Im Übrigen können die Gesundheitsämter epidemiologische Untersuchungen zu gesundheitlichen Fragen durchführen.</p> <p><b>§ 15 HGöGD Aufgaben des Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamtes im Gesundheitswesen</b></p> <p>(1) Das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen hat insbesondere</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu beraten, insbesondere in Fragen des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes und in Fragen der Hygiene,</li> <li>2. Laboruntersuchungen zur Erkennung von Infektionskrankheiten durchzuführen,</li> <li>3. Laboruntersuchungen im Rahmen der Überwachung von Trinkwasser, Bades Beckenwasser und Badegewässern durchzuführen,</li> <li>4. wissenschaftliche Erkenntnisse auszuwerten und für die Praxis der Gesundheitsämter Handlungsempfehlungen zu erarbeiten,</li> <li>5. auf Anforderung der Gesundheitsämter Ausbruchsuntersuchungen und Begehungen vor Ort bei besonderen gesundheitlichen Gefahren durchzuführen,</li> <li>6. epidemiologische Untersuchungen durchzuführen,</li> <li>7. Methoden und Verfahren der Qualitätssicherung für den öffentlichen Gesundheitsdienst zu entwickeln und</li> <li>8. nach § 13 erhobene Daten auszuwerten.</li> </ol>
Mecklenburg-Vorpommern	<p><b>Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern (Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst - ÖGDG M-V) – Vom 19. Juli 1994</b></p> <p><b>§ 24 ÖGDG M-V Information der Öffentlichkeit über die gesundheitliche Situation im Land</b></p> <p>(1) Die Gesundheitsberichterstattung dient der Planung und Durchführung von Maßnahmen, die die Gesundheit fördern und Krankheiten verhüten. Sie erfolgt nach Maßgabe der folgenden Absätze.</p> <p>(2) Die Gesundheitsämter und das Landesamt für Gesundheit und Soziales sammeln nicht personenbezogene Daten, die die gesundheitliche Situation beschreiben, und leiten sie dem Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit zu. Soweit ihnen erforderliche Daten nicht vorliegen, wirken die Gesundheitsämter daraufhin, dass diese Daten durch andere Stellen zur Verfügung gestellt werden.</p> <p>(3) Das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit bewertet die Daten und macht die Ergebnisse regelmäßig im Internet allgemein zugänglich.</p>
Niedersachsen	<p><b>Niedersächsisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) – Vom 24. März 2006</b></p> <p><b>§ 8 NGöGD Gesundheitsberichterstattung</b></p> <p>(1) <sup>1</sup>Die Gesundheitsberichterstattung dient der Planung und Durchführung von Maß-</p>

	<p>nahmen, die die Gesundheit fördern und Krankheiten verhüten. <sup>2</sup>In den Berichten werden Daten und Informationen zielgruppenbezogen und geschlechterspezifisch dargestellt und bewertet.</p> <p>(2) <sup>1</sup>Die Landkreise und kreisfreien Städte beobachten, beschreiben und bewerten die gesundheitlichen Verhältnisse ihrer Bevölkerung, insbesondere die Gesundheitsrisiken, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. <sup>2</sup>Dazu sammeln sie nicht personenbezogene und anonymisierte Daten, werten diese nach epidemiologischen Gesichtspunkten aus und führen sie in Fachberichten zusammen (kommunale Gesundheitsberichterstattung). <sup>3</sup>In die Berichterstattung sollen auch anonymisierte Ergebnisse von Schuleingangsuntersuchungen nach § 5 Abs. 2 Satz 1 und Untersuchungen im Rahmen der Zahngesundheitspflege nach § 5 Abs. 3 einbezogen werden.</p> <p>(3) Das Landesgesundheitsamt kann im Einvernehmen mit den kommunalen Spitzenverbänden landeseinheitliche Anforderungen an Inhalt und Form der Datensammlung und Fachberichterstattung nach Absatz 2 festlegen, soweit dies für den Vergleich oder die Zusammenführung von Ergebnissen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung erforderlich ist.</p> <p>(4) Das Landesgesundheitsamt erstellt Fachberichte zur gesundheitlichen Situation der niedersächsischen Bevölkerung (Landesgesundheitsberichte).</p> <p><b>§ 9 NGöGD Aufgaben des Landesgesundheitsamtes</b></p> <p><sup>1</sup>Das Landesgesundheitsamt berät und unterstützt Behörden und Einrichtungen bei Fragen der Förderung und des Schutzes der Gesundheit der Bevölkerung. <sup>2</sup>Zu diesem Zweck nimmt es insbesondere folgende Aufgaben wahr:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es sammelt die für die Aufgaben nach Satz 1 erforderlichen Daten und bewertet diese insbesondere unter epidemiologischen Gesichtspunkten.</li> <li>2. Es führt mikrobiologische, umweltmedizinische und wasserhygienische Untersuchungen einschließlich krankenhaushygienischer Analysen durch.</li> </ol>
<p><b>Nordrhein-Westfalen</b></p>	<p><b>Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) – Vom 25. November 1997</b></p> <p><b>§ 21 ÖGDG NRW Kommunalen Gesundheitsbericht</b></p> <p>Die untere Gesundheitsbehörde erstellt zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 6 regelmäßig Gesundheitsberichte auf der Grundlage eigener und der in der Gesundheitskonferenz beratenen Erkenntnisse. Dabei sind soziale und geschlechtsspezifische Gegebenheiten regelmäßig einzubeziehen. Die untere Gesundheitsbehörde macht die Berichte der Öffentlichkeit zugänglich.</p> <p><b>§ 24 ÖGDG NRW Kommunale Gesundheitskonferenz</b></p> <p>(1) Der Rat oder der Kreistag beruft die Kommunale Gesundheitskonferenz von Vertretern und Vertreterinnen der an der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Beteiligten, der Selbsthilfegruppen und der Einrichtungen für Gesundheitsvorsorge und Patientenschutz ein. Hinsichtlich der geschlechtsparitätischen Besetzung findet § 12 Abs. 1 Landesgleichstellungsgesetz Anwendung. Mitglieder des für Gesundheit zuständigen Ausschusses des Rates oder des Kreistages gehören der Kommunalen Gesundheitskonferenz an. Sofern eine Kommunale Gleichstellungsbeauftragte nicht Mitglied der Gesundheitskonferenz ist, findet § 18 Landesgleichstellungsgesetz Anwendung.</p> <p>(2) Die Kommunale Gesundheitskonferenz berät gemeinsam interessierende Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene mit dem Ziel der Koordinierung und gibt bei Bedarf Empfehlungen. Die Umsetzung erfolgt unter Selbstverpflichtung der Beteiligten.</p> <p>(3) Die Kommunale Gesundheitskonferenz wirkt an der Gesundheitsberichterstattung mit. Der Gesundheitsbericht wird mit den Empfehlungen und Stellungnahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz dem Rat oder dem Kreistag zugeleitet.</p> <p><b>§ 25 ÖGDG NRW Landesgesundheitsberichterstattung</b></p> <p>(1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium legt regelmäßig Gesund-</p>

	<p>heitsberichte als Grundlage gesundheitspolitischer Planungen vor (Landesgesundheitsberichterstattung).</p> <p>(2) Die Landesgesundheitsberichte werden dem Landtag zugeleitet.</p> <p><b>§ 27 ÖGDG NRW Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen</b></p> <p>(1) Das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen ist eine Einrichtung im Geschäftsbereich des für Gesundheit zuständigen Ministeriums. Es hat unter anderem die Aufgabe, als fachliche Leitstelle für den Öffentlichen Gesundheitsdienst die Landesregierung und die unteren Gesundheitsbehörden zu beraten und zu unterstützen.</p> <p>(2) Im Rahmen dieser Aufgaben obliegen dem Landeszentrum insbesondere</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die Sammlung und Auswertung wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen,</li> <li>2. die Entwicklung fachlicher Konzepte und Strategien,</li> <li>3. die Durchführung von fachbezogenen Untersuchungen und Forschungsprojekten sowie die Auswertung von Untersuchungs- und Forschungsprogrammen,</li> <li>4. die Entwicklung von Methoden und Verfahren der Qualitätssicherung und -kontrolle für den Öffentlichen Gesundheitsdienst,</li> <li>5. die Qualifizierung im Öffentlichen Gesundheitsdienst, soweit dafür nicht andere Einrichtungen zuständig sind, und</li> <li>6. die Vorbereitung des Landesgesundheitsberichtes nach § 25.</li> </ol> <p>(3) Das Landeszentrum ist ferner "Zentrale Stelle" für das Meldeverfahren über die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen. Die "Zentrale Stelle" ist befugt, zwecks Durchführung und Sicherstellung eines Erinnerungswesens einen Datenabgleich vorzunehmen und bei fehlendem Teilnahmenachweis die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe zur Abwendung von möglichen Gefährdungen des Kindeswohls zu unterrichten. Das Nähere zum Verfahren der Datenmeldungen an die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe wird im Einvernehmen mit dem für Jugendhilfe zuständigen Ministerium in der Rechtsverordnung nach § 32 a Heilberufsgesetz NRW geregelt.</p>
<p><b>Rheinland-Pfalz</b></p>	<p><b>Landesgesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGdG) – Vom 17. November 1995</b></p> <p><b>§ 10 ÖGdG Gesundheitsbericht</b></p> <p>(1) Das fachlich zuständige Ministerium erstellt in regelmäßigen Abständen, in der Regel alle fünf Jahre, einen Bericht über die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung des Landes Rheinland-Pfalz.</p> <p>(2) Die übrigen Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes stellen auf der Grundlage der bei ihnen vorhandenen gesundheitsbezogenen Daten die für die Erstellung des Gesundheitsberichts erforderlichen Daten in anonymisierter Form zusammen, bereiten sie für eine epidemiologische Bewertung auf und übermitteln die aufbereiteten Daten dem fachlich zuständigen Ministerium. Dieses kann durch Rechtsverordnung die Durchführung von statistischen Erhebungen durch die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes anordnen, soweit dies für die Erstellung des Gesundheitsberichts erforderlich ist; § 5 des Landesstatistikgesetzes vom 27. März 1987 (GVBl. S. 57, BS 29-5) in der jeweils geltenden Fassung findet entsprechend Anwendung.</p>
<p><b>Saarland</b></p>	<p><b>Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz - ÖGDG -) – Vom 19. Mai 1999</b></p> <p><b>Abschnitt II Gesundheitsberichterstattung</b></p> <p><b>§ 6 ÖGDG Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung</b></p> <p>(1) Die Gesundheitsberichterstattung dient als fachliche Grundlage der Planung und Durchführung von Maßnahmen, die die Gesundheit fördern, Krankheiten verhüten sowie zur Behandlung und Rehabilitation beitragen.</p> <p>(2) Die kommunale Gesundheitsberichterstattung erfolgt durch die Gesundheitsämter. Diese beobachten, bewerten und beschreiben die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in ihren Zuständigkeitsbereichen und setzen die daraus gewonnenen Erkenntnisse um.</p>

	<p>(3) Die Landesgesundheitsberichterstattung obliegt dem Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales.</p> <p>Die Gesundheitsämter sowie die übrigen Behörden und Einrichtungen des Gesundheitswesens übermitteln dem Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales hierfür gesundheitsepidemiologische Daten in anonymisierter Form.</p> <p>(4) Das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales bestimmt für die Träger der Sozialen Sicherungssysteme, die private Krankenversicherung, die private Pflegeversicherung, die Ärztekammer, die Apothekerkammer, die Kassenärztliche Vereinigung, die Kassenärztliche Vereinigung, die Berufsverbände der Gesundheitsberufe sowie für das Statistische Amt durch Rechtsverordnung Art, Umfang und Durchführung sowie den Zeitpunkt der Datenerhebung und Datenübermittlung, die für die gesundheitsepidemiologische Datenlage erforderlich</p>
<b>Sachsen</b>	<p><b>Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen (SächsGDG) – Vom 11. Dezember 1991</b></p> <p><b>§ 1 SächsGDG Öffentlicher Gesundheitsdienst</b></p> <p>(1) Der öffentliche Gesundheitsdienst</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. fördert und schützt die Gesundheit der Menschen,</li> <li>2. beobachtet und bewertet die gesundheitlichen Verhältnisse von Menschen und bei Tieren einschließlich der Auswirkungen von Umwelteinflüssen auf die Gesundheit (umweltbezogener Gesundheitsschutz),</li> <li>3. wacht darüber, dass die Anforderungen der Hygiene eingehalten werden mit dem Ziel, gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Schädigungen von Menschen zu vermeiden oder zu beseitigen,</li> <li>4. wirkt darauf hin, dass übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren verhütet und bekämpft werden und führt Schutzimpfungen durch einschließlich deren Dokumentation,</li> <li>5. wirkt mit bei der epidemiologischen Erfassung und Bewertung von Infektionskrankheiten, Tumorerkrankungen und nichtübertragbaren umweltbedingten Krankheiten und nimmt Einfluss auf die Gestaltung gesunder Lebensbedingungen,</li> <li>6. wacht darüber, dass die Anforderungen des Gesundheits- und Verbraucherschutzes im Verkehr mit Lebensmitteln einschließlich Trinkwasser, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Mitteln und Bedarfsgegenständen beachtet werden und die Sicherheit im Verkehr mit Arzneimitteln und Betäubungsmitteln gewährleistet ist.</li> </ol>
<b>Sachsen-Anhalt</b>	<p><b>Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Berufsausübung im Gesundheitswesen im Land Sachsen-Anhalt (Gesundheitsdienstgesetz - GDG LSA) – Vom 21. November 1997</b></p> <p><b>§ 11 GDG LSA Gesundheitsberichterstattung</b></p> <p>(1) Die Gesundheitsberichterstattung dient der Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung sowie der Krankenversorgung.</p> <p>(2) Der Öffentliche Gesundheitsdienst nutzt nichtpersonenbezogene Daten im Gesundheitswesen aus Bundes- und Landesstatistiken sowie anonymisierte Daten aus Erhebungen nach § 4 Abs. 3 und § 26 Abs. 3 und erstellt daraus Berichte mit Analysen und Bewertungen über die Situation im Gesundheitswesen des jeweiligen Zuständigkeitsbereiches.</p> <p>(3) Die oberste Gesundheitsbehörde erstellt in regelmäßigen, mindestens in zweijährigen Abständen einen Bericht über die gesundheitlichen Verhältnisse in Sachsen-Anhalt. Die übrigen Gesundheitsbehörden stellen auf der Grundlage der bei ihnen vorhandenen gesundheitsbezogenen Daten die für den Gesundheitsbericht erforderlichen Daten in anonymisierter Form zusammen, bereiten sie für eine epidemiologische Bewertung auf und übermitteln die aufbereiteten Daten der obersten Gesundheitsbehörde.</p> <p>(4) Das für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zuständige Ministerium wird ermäch-</p>

	<p>tigt, durch Verordnung im Rahmen des Absatzes 1 Erhebungsgrund, Themenfelder, Inhalt, Umfang, Stichtag, Abgabetermin und das weitere Verfahren für die Gesundheitsberichterstattung zu bestimmen.</p> <p><b>§ 12 GDG LSA Gesundheitsplanung</b></p> <p>(1) Auf der Grundlage der Gesundheitsberichte entwickelt der Öffentliche Gesundheitsdienst in Abstimmung vor allem mit den im Land nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch zuständigen Körperschaften fachliche Zielvorstellungen für den jeweiligen Zuständigkeitsbereich zur medizinischen Beratung, Betreuung und Versorgung, insbesondere für die Betreuung und Versorgung von seelisch, geistig und körperlich behinderten, psychisch kranken und abhängigkeitskranken sowie älteren Menschen.</p> <p>(2) Für Planungen im Bereich der Ausbildung für Berufe im Gesundheitswesen und für die Schulaufsicht können bei den Schulen, die der Aufsicht staatlicher Behörden nach § 19 Abs. 3 Satz 1 unterstehen, nichtpersonenbezogene statistische Erhebungen im erforderlichen Umfang durchgeführt werden. Auskunftspflichtig sind die Schulträger und die Schulleitung.</p> <p>(3) Das für Heilberufe und Fachberufe des Gesundheitswesens zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Verordnung für Erhebungen nach Absatz 2 zu bestimmen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die Art der zu befragenden Schulen,</li> <li>2. die Erhebungsmerkmale,</li> <li>3. die Hilfsmerkmale,</li> <li>4. die Art und Weise der Erhebung,</li> <li>5. den Berichtszeitraum,</li> <li>6. den Berichtszeitpunkt,</li> <li>7. die Periodizität.</li> </ol>
<p><b>Schleswig-Holstein</b></p>	<p><b>Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz - GDG) – Vom 14. Dezember 2001</b></p> <p><b>§ 6 GDG Gesundheitsberichterstattung</b></p> <p>(1) Zur Unterrichtung über die gesundheitlichen Verhältnisse, insbesondere über Gesundheitsrisiken einschließlich der Auswirkungen von Umwelteinflüssen, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung sammeln die Kreise und kreisfreien Städte die hierfür notwendigen nichtpersonenbezogenen Daten, werten sie nach epidemiologischen Gesichtspunkten aus und führen sie in regelmäßigen Abständen in Gesundheitsberichten zusammen. Soweit die Kreise und kreisfreien Städte zur Erhebung von Daten nach Satz 1 nicht in der Lage sind oder die Erhebung mit unverhältnismäßigem Aufwand verbunden ist, wirken sie darauf hin, dass die entsprechenden Daten von anderen Behörden erhoben werden. Behörden, die über Daten im Sinne von Satz 1 verfügen, teilen diese den Kreisen und kreisfreien Städten auf Anforderung mit.</p> <p>(2) Die oberste Landesbehörde legt im Benehmen mit den Kreisen und kreisfreien Städten für die Datenerhebung und Berichterstattung nach Absatz 1 einheitliche inhaltliche und formale Kriterien fest, soweit dies für den Vergleich oder die Zusammenführung von Ergebnissen der Gesundheitsberichterstattung erforderlich ist. Die Kreise und kreisfreien Städte leiten ihre Gesundheitsberichte dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren zu.</p> <p>(3) Für besondere Fragestellungen dürfen ohne Auskunftspflicht personenbezogene Daten erhoben werden. Insoweit gelten die Regelungen des Landesstatistikgesetzes vom 8. März 1991 (GVObI. Schl.-H. S. 131), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 17. September 2009 (GVObI. Schl.-H. S. 573).</p> <p>(4) Die oberste Landesbehörde erstellt zumindest einmal binnen fünf Jahren Landesgesundheitsberichte über einzelne Themen oder Bevölkerungsgruppen.</p>
<p><b>Thüringen</b></p>	<p><b>Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten – Vom 8. August 1990 (GBl. I Nr. 53 S. 1068) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Oktober 1998</b></p> <p><b>(1) Der öffentliche Gesundheitsdienst</b></p>

	<ol style="list-style-type: none"><li>1. fördert und schützt die Gesundheit der Menschen,</li><li>2. beobachtet und bewertet die gesundheitlichen Verhältnisse einschließlich der Auswirkungen von Umwelteinflüssen auf die Gesundheit,</li><li>3. wacht darüber, dass die Anforderungen der Hygiene eingehalten werden mit dem Ziel, gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Schädigungen zu vermeiden oder zu beseitigen,</li><li>4. wirkt darauf hin, dass übertragbare Krankheiten verhütet und bekämpft werden,</li><li>5. gewährleistet die Vorbereitung, Durchführung und Dokumentation von Schutzimpfungen, die durch die zuständigen staatlichen Behörden festgelegt oder öffentlich empfohlen werden sowie die Impfberatung,</li><li>6. gewährleistet, die epidemiologische Bewertung und Erfassung von Infektionskrankheiten,</li><li>7. wirkt dabei mit, dass die Anforderungen des Gesundheits- und Verbraucherschutzes im Verkehr mit Lebensmitteln einschließlich Trinkwasser und kosmetischen Mitteln und anderen Bedarfsgegenständen beachtet werden und die Sicherheit im Verkehr mit Arzneimitteln sowie Suchtmitteln gewährleistet ist.</li></ol>
--	---

Quelle: (Kuhn und Trojan 2017)

## X. Aufgaben der Gesundheitsämter im übertragenen Wirkungskreis und deren rechtliche Normierung<sup>28</sup>

### i. Aufsicht und Überwachung im Gesundheitswesen

Lfd. Nr.	Sachgebiet	Rechtsgrundlagen für die Übertragung	Zuständigkeit
1.	<b><u>Aufsicht und Überwachung im Gesundheitswesen (Medizinalaufsicht)</u></b>	Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten (VO-ÖGD) vom 08.08.1990 i. d. F. d. als Landesrecht fortgeltenden Vorschriften der ehemaligen DDR vom 02.10.1998 (GVB S. 329, 337)	<b>Landkreise und kreisfreie Städte, Gesundheitsämter</b>
1.1	Aufsicht über die gesetzlich geregelten Berufe des Gesundheitswesens	§ 7 Abs. 1, 2 VO-ÖGD * i. V. m. mit den Vorschriften des öffentlichen Heilberufe-Rechts	Gesundheitsämter
1.2	Kenntnisüberprüfung bei Heilpraktikern anwärtern im Vorfeld der Erlaubniserteilung zur Ausübung von Heilkunde ohne Bestallung durch die untere örtlich zuständige Verwaltungsbehörde	Heilpraktikergesetz (HeilprG) vom 17.02.1939 i. d. F. v. 02.03.1974 und der 1. DVO zum HeilprG v. 18.02.1939, zuletzt geändert durch Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 10.05.1988 sowie durch Artikel 9 der Änderung der 1. DVO zum HeilprG vom <b>27.04.2002</b> i. V. m.  Erlass des TMSG vom <b>07.12.2003</b> zum Vollzug des HeilprG (ThürStAnz S. 366), zuletzt geändert <b>17.08.2009</b> (ThürStAnz S. 1479), § 3 Thüringer VO über die Zuständigkeiten auf dem Gebiet des Berufsrechts der Fachberufe im Gesundheitswesen und nach dem Heilpraktikerrecht vom <b>31.01.1995</b> , zuletzt geändert <b>07.12.2010</b> (GVB S. 572)	Stadtverwaltung Stadt Erfurt (ab 2007 Erfurt)
1.3	Durchführung der Leichennachschau, Kontrolle der Totenscheine auf Plausibilität der Todesart und zum Tode führende Diagnosen	§ 7 Abs. 3 VO-ÖGD* i. v. m. § 15, § 21 Thüringer Bestattungsgesetz (ThürBestG) vom <b>19.05.2004</b> (GVB S. 505), Runderlass TMSFG und TIM zu Verwendung, Auskunftserteilung, Aufbewahrung von Totenscheinen (StAnz 26/94)	Gesundheitsämter
1.4	Überwachung von Krankenhäusern, Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtungen, Tageskliniken, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Einrichtungen des Rettungs-/ Luftrettungsdienstes, Dialyse-, Entbindungs-, Blutspende-einrichtungen,	§ 6 i. V. m. § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 3 VO-ÖGD* i. V. m.  § 23 Abs. 6 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) vom <b>20.07.2000</b> (BGB I S. 1045), geändert durch Artikel 3 am <b>21.03.2013</b> (BGB I 2013, S. 566), zuletzt geändert durch Art. 2 Abs. 36 u. Art. 4 Abs. 21 des Gesetzes vom <b>7. 08.2013</b> (BGB I S. 3154)	Gesundheitsämter

<sup>28</sup> Gesetzliche Grundlagen, aus denen sich seit der Personalempfehlung 1994 Aufgabenzuwächse für die GÄ ableiten, sind im Datum deren Inkrafttreten „fett“ gekennzeichnet. Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Quelle: Bestandsanalyse Aufgabenkritik GÄ 2017.

	Einrichtungen des Kurwesens, Heilquellen,	Thüringer VO über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (ThürMedHygVO) vom <b>17.06. 2012</b>	
1.5	Überwachung von Gemeinschaftsunterkünften, Kinder- einrichtungen, Schulen, sozialen Ge- meinschaftsunterkünften, Einrichtungen nach dem Thüringer Heimgesetz, Obdachlosenunter- künfte, Gemeinschaftsunterkünfte für Asylbewerber, Spätaussiedler, Flüchtlinge, Massenunterkünfte und Justizvoll- zugsanstalten, Öffentlichen Sportstätten, Bädern**, Badestellen**, Kinderspielplätzen, Anlagen zur Trinkwasserversor- gung**, zur Abwasser- und Abfallbe- seitigung, Deponien, öffentliche Toi- letten, öffentliche Beherbergungs- stätten, Zeltlager, Camping-plätze, Häfen und Flughäfen u. a. detaillier- tere Angaben zu einigen Überwa- chungsaufgaben s. a. Punkt 4	§ 6 VO-ÖGD* i. V. m. § 36 Abs. 1 IfSG*; VO über die Qualität von Wasser für den menschi- lichen Gebrauch (Trinkwasser-verordnungs- TrinkwV 2001) vom <b>21.05.2001</b> (BGB 2001 I, Nr. 24, S.959), zuletzt geändert durch 1.VO zur Änderung vom <b>03.05. 2011</b> ; § 55 Absatz 1 Thüringer Schulgesetz (Thür- SchulG) i. d. F. d. B. v. <b>30. April 2003</b> (GVB S. 238) Thüringer Kindertageseinrichtungsgesetz Thür- KitaG vom <b>16.12.2005</b> (GVB S. 365, 371), letzte berücksichtigte Änderung § 17 geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom <b>31. 01. 2013</b> (GVB S. 22) i. V. m. Thüringer Kindertageseinrichtungsverordnung (ThürKitaVO) vom <b>26.01.2011</b> (GVB S. 10), letzte berücksichtigte Änderung § 1 geändert durch Artikel 30 der Verordnung vom <b>08.08. 2013</b> (GVB S. 246), Thüringer VO zur Ausgestaltung der Kinderta- gespflege (ThürKitapflegVO) vom <b>29.03. 2012</b> (GVB S. 116), Anordnung über die Gewährleistung hygieni- scher Bedingungen auf Campingplätzen (Cam- pHygAno) vom 10.5.1977 i. d. F. d. B. vom <b>2.10.98</b> (GVB. S. 329, 339)	Gesund- heitsämter
1.6	Überwachung von Einrichtungen des Bestattungs- und Friedhofswesens	§ 6 VO-ÖGD * i. V. m. ThürBestG*	Gesund- heitsämter

## ii. Amtsärztliches Gutachterwesen

Lfd. Nr.	Sachgebiet	Rechtsgrundlagen für die Übertragung	Zuständigkeit
2.	<u>Amtsärztliches Gutachtenwesen</u>	VO-ÖGD* § 2 i. v. m. § 3 Gutachten, Zeugnisse, Bescheinigungen: "Die Gesundheitsämter nehmen im Einzelfall Untersuchungen und Begutachtungen vor und erstellen hierüber Gutachten, Zeugnisse oder Bescheinigungen, wenn dies durch Rechtsvorschriften vorgesehen ist."	Eine gutachterliche Tätigkeit des Amtsarztes ist für die Gesundheitsämter nur verpflichtend, wenn das Gesetz bzw. die Verordnung den Amtsarzt als Gutachter vorschreibt oder es in die Wahlmöglichkeit des Dienstherrn stellt.
2.1	Gutachten nach dem Dienstrecht der Beamten, Begutachtung von Beamten	Thüringer Gesetz zur Änderung beamten-rechtlicher Vorschriften (ThBG) vom <b>12. 08.2014</b> (GVB S. 472), § 33 Abs. 1 Satz 1	Angeordnete ärztliche Untersuchungen werden nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 des Thüringer Verwaltungsverfahrensgesetzes (ThürVwVfG) in der jeweils geltenden Fassung <b>von zuständigen Amtsärzten, beamteten Ärzten oder sonstigen von der zuständigen Stelle bestimmten Ärzten</b> durchgeführt. <i>(jetzt Erweiterung der Zuständigkeit durch Ausdehnung auf "sonstige" bestimmte Ärzte, zuständige Stelle entspricht dem "Dienstherrn")</i>
2.2	Gutachten nach dem Beihilferecht	Thüringer Beihilfe-VO (ThürBhV) vom <b>25.05.2012</b> (GVB S. 182)*, § 29 Abs. 6 Punkt 4 (Kuren)	Bei aktiven Bediensteten ist die medizinische Notwendigkeit durch ein <b>amts- oder vertrauensärztliches Gutachten</b> nachzuweisen
2.3	Prüfungsfähigkeit für Kandidaten bei Staatsprüfungen – Mediziner Erstellen eines amtsärztlichen Zeugnisses bei Prüfungsrücktritt	§ 18 Approbationsordnung für Ärzte vom <b>27. 06. 2002</b> (BGB I S. 2405), zuletzt geändert durch Artikel 4 der Verordnung vom <b>17. Juli 2012</b> (BGB I S. 1539) i. V. m. Beschluss Bundesverwaltungsgericht vom 10.04.1990, DVBl 1990, 939; OVG Lüneburg, Urteil vom <b>15.09.1998</b> , KNK-HSchR/NF 21 C 1 Mr	Die nach Landesrecht zuständige Stelle kann im Falle einer Krankheit die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung auch durch einen von ihr benannten Arzt verlangen. →Thüringer Regelung - <b>amtsärztliches Attest</b>
2.4.	Beurteilung der Prüfungsunfähigkeit für Kandidaten bei Staatsprüfungen –Juristen	§ 7 Abs. 4 Thüringer Juristenausbildungs- und Prüfungsordnung (Thür-JAPO) vom <b>24.02.2004</b>	Gründe sind <b>im Falle der Erkrankung grundsätzlich durch amtsärztliches Zeugnis</b> glaubhaft zu machen.
2.5	Begutachtung v. Personen zur Eignung zum Führen v. Kraftfahrzeugen bzw. Personenbeförderung	§§ 11 u. 67 der Fahrerlaubnis-VO (FeV) vom <b>13.12.2010</b> (BGB I S. 1980), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom <b>16.12.2014</b> (BGB I S. 2213)	Facharzt mit verkehrsmedizinischer Qualifikation <b>oder Arzt des Gesundheitsamtes</b> oder anderer Arzt der öffentlichen Verwaltung oder Arbeitsmediziner/Betriebsmediziner oder Facharzt für Rechtsmedizin oder Arzt einer Begutachtungsstelle für Fahreignung
2.6	Begutachtung über die Dienstfähigkeit des Bewerbers bei Einstellung in den	§ 2 Abs. 3 Punkt 1 der Thüringer Verordnung über die Ausbildung und Prüfung für den höheren Staatsdienst im Markscheidefach (Thüringer Markscheiderausbildungs- und	Auf Verlangen des Landesbergamtes hat der Bewerber ein <b>amtsärztliches Gesundheitszeugnis</b> <u>oder</u> ein Gesundheitszeugnis eines beamteten Vertrauensarztes beizubringen.

	Vorbereitungsdienst der Laufbahn des höheren Staatsdienstes im Markscheidefach	Prüfungsordnung -ThürMarkschAPO) vom <b>10. Januar 2011</b>	
2.7	Gesundheitsuntersuchung von Asylbewerbern, die nicht in der Erstaufnahmeeinrichtung untersucht wurden	§ 62 Absatz 1 Satz 2 Asylverfahrensgesetz (AsylVfG i. d. F. d. B. v. 02.09.2008 (BGBl I S. 1798), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom <b>23.12.2014</b> (BGBl I S. 2439) i. v. m. Verwaltungsvorschrift des TMSFG vom <b>27.03.2000</b> zu Gesundheitsuntersuchungen nach § 62 Abs. 1 des Asylverfahrensgesetzes (Gesundheitsuntersuchung bei Ausländern) ThürStAnz 17/2000 S. 1024	<b>Arzt des Gesundheitsamtes</b>
2.8	Begutachtungen von Asylbewerbern Ärztliche und zahnärztliche medizinische Behandlungen (außer Notfälle) Reisefähigkeit	§§ 4, 6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) i. d. F. d. B. v. <b>05.08.1997</b> (BGBl I S. 2022), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom <b>23.12.2014</b> (BGBl I S. 2439) i. v. m. Thüringer VO zur Durchführung des Asylbewerberleistungsgesetzes (ThürDVOAsylbLG) vom <b>05.05.2000</b> GVB 2000, 102)	Durchführung des AsylbLG obliegt <b>Landkreisen/ kreisfreien Städten</b> (AsylbLG § 1 Satz 1), <b>amtsärztliches Zeugnis erwünscht</b> → richtet sich nach Vertragsgestaltung durch zuständige Behörde (§ 4 (3) AsylbLG): "zuständige Behörde stellt die ärztliche und zahnärztliche Versorgung... sicher. Soweit die Leistungen durch niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte erfolgen, richtet sich die Vergütung nach den am Ort der Niederlassung des Arztes oder Zahnarztes geltenden Verträgen nach § 72 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die zuständige Behörde bestimmt, welcher Vertrag Anwendung findet."
2.9	Gutachten über die persönliche Eignung – mit anerkannten Testverfahren	§ 6 Persönliche Eignung Abs. 2 und 3 des Waffengesetzes (WaffG) vom <b>11.10.2002</b> (BGBl I S. 3970, 4592; 2003 I S. 1957), zuletzt geändert durch Artikel 4 Abs. 65 des Gesetzes vom <b>07.08.2013</b> (BGBl I S. 3154) i. V. m. Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Waffengesetz (WaffVwV) vom <b>05.03.2012</b> i. V. m. Thüringer VO zur Durchführung des WaffG vom <b>10.12.2004</b> (ThürWaffGDVO) zuletzt geändert am <b>02.12.2009</b> (GVB. S. 788)	<b>amtsärztliches Zeugnis oder</b> fachärztliches Zeugnis <u>oder</u> fachpsychologisches Zeugnis
2.10	Begutachtungen und Blutentnahmen zur Feststellung von Alkohol-, Medikamenten-, Drogeneinfluss bei Straftaten /	§ 81 a (1) Strafprozessordnung (StPO) i. d. F. vom 07.04.1987 (BGBl I. S. 1074, S. 1319), zuletzt geändert durch Art. 2 Abs. 3 des Gesetzes v. <b>21.01.2015</b>	Ärztliches Gutachten → Eine Untersuchung darf zur Feststellung von Tatsachen angeordnet werden. Zu diesem Zweck sind Entnahmen von Blutproben und andere körperliche Eingriffe, die von einem Arzt zu Untersuchungszwe-

	Feststellung Gewahrsamsfähigkeit		cken vorgenommen werden, ohne Einwilligung des Beschuldigten zulässig. <b>Im Rahmen der Amtshilfe kann sich die Polizei an die Amtsärzte wenden.</b>
2.11	Befreiung vom Unterricht in begründeten Fällen	§ 6 Abs. 1 Thüringer Schulordnung (ThürSchulO) für die Grundschule, die Regelschule, das Gymnasium und die Gesamtschule vom 20.01.1994, mehrfach geändert durch Verordnung vom <b>07.07.2011</b> (GVBl S. 208)	Vorlage ärztliches <u>oder</u> <b>amtsärztliches</b> Zeugnis
2.12	Schulmedizinisches Gutachten zur Aufnahme eines Kindes in eine Sonderschule	§ 12 Abs. 3 Thüringer Förderschulordnung (ThürFöSchulO) vom <b>04.10.1994</b> (GVBl S. 1152)	<b>schulärztliches Gutachten</b>
2.13	Eingliederungshilfe gemäß § 59 SGB XII	§ 59 <b>SGB XII</b> Beratungsleistung	<b>Gesundheitsamt / Arzt des Gesundheitsamtes</b>
2.14	Gutachten für Tarifbeschäftigte	§ 3 Abs. 5 Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst der Länder ( <b>TV-L</b> )*	"...beim beauftragten Arzt <b>kann</b> es sich um einen <b>Amtsarzt</b> handeln" (vgl. Protokoll zur Dienstberatung Amtsärztliche Begutachtung 05.02.2014: Im Rahmen des pflichtgemäßen Ermessens kann bei <u>Gutachtaufträgen für Tarifbeschäftigte</u> der Umstand berücksichtigt werden, dass aus der Sicht der Tarifparteien ausdrücklich keine Verpflichtung besteht, gerade eine amtsärztliche Untersuchung in Auftrag zu geben. Deshalb kann hier bei personellem Engpass auf die bestehenden Alternativmöglichkeiten verwiesen werden. Eine generelle Weigerung unter Verweis auf eine fehlende Zuständigkeit ist jedoch nicht möglich, die Gesundheitsämter sind zur Vorhaltung der erforderlichen Personalkapazitäten gesetzlich verpflichtet.)

### iii. Infektionsschutz

Lfd. Nr.	Sachgebiet	Rechtsgrundlagen für die Übertragung	Zuständigkeit
<b>3.</b>	<b><u>Infektionsschutz</u></b>		
<b>3.1</b>	<b>Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten</b>	<p>§ 1 VO – ÖGD* i. V. m. den Bestimmungen des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen vom <b>20. Juli 2000</b> – Infektionsschutzgesetz, IfSG*- (BGBl I S. 1045), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom <b>17. Juli 2017</b> (BGBl I S. 2615) zuletzt geändert worden ist</p> <p>Thüringer VO über die Anpassung der Meldepflicht für Infektionskrankheiten (ThürlfKrMVO) vom <b>15.02.2003</b>; geändert durch erste VO zur Änderung der ThürlfKrMVO vom <b>09.03.2010</b></p> <p>Thüringer Gesetz über die Kostentragung nach dem IfSG (ThürKosttrG-IfSG) vom <b>18.12.2002</b></p> <p>Thüringer VO zur Regelung von Zuständigkeiten und zur Übertragung von Ermächtigungen nach dem IfSG (ThürlfKrZustVO) vom <b>10.12.2002</b></p> <p>Verwaltungsvorschrift des TMSFG vom <b>27.03.2000</b> zu Gesundheitsuntersuchungen nach § 62 Abs. 1 des Asylverfahrensgesetz (Gesundheitsuntersuchung bei Ausländern) ThürStAnz 17/2000 S. 1024</p> <p>Gesetz zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) vom <b>23.05.2005</b> zuletzt geändert am <b>20.07.2007</b> (BGB 2007 II S. 930), Gesetz zur Durchführung der IGV (2005) und zur Änderung weiterer Gesetze vom <b>21.03.2013</b> (BGBl I 2013, S. 566)</p> <p>Thüringer VO über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und zur Übertragung einer Ermächtigung nach dem Infektionsschutzgesetz (Thüringer medizinische Hygieneverordnung -Thürmed-HygVO vom <b>17.06.2012</b>)</p>	<b>Gesundheitsämter</b>
	<b>Wichtigste Zuständigkeiten der Gesundheitsämter nach dem IfSG</b>		
3.1.1	Übermittlung der Meldungen	IfSG* §§ 6 und 7	Gesundheitsämter
3.1.2	Durchführung von Ermittlungen, Überwachung angeordneter Maßnahmen zur Gefahrenabwehr, wenn Gefahr im Verzug besteht	IfSG* § 16 Absätze 2, 6 und 7	Gesundheitsämter

3.1.3	Aufgaben des Gesundheitsamtes in besonderen Fällen (hinsichtlich sexuell übertragbarer Krankheiten und TBC)	IfSG* § 19 Absatz 1	Gesundheitsämter
3.1.4	Angebot und Durchführung von unentgeltlichen Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe Dokumentation v. Schutzimpfungen	IfSG* § 20 Absatz 1u. 5 i. V. m. VO-ÖGD § 1 Abs. 1 Nr. 5 IfSG* § 22 Absatz 1 i. V. m VO-ÖGD. § 1 Abs. 1 Nr. 5	Gesundheitsämter
3.1.5	<u>Infektionshygienische Überwachung von Einrichtungen:</u> <u>Einrichtungen nach § 23 Abs. 5 Satz 1 unterliegen</u> der infektionshygienischen Überwachung das Gesundheitsamt (Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen und Behandlungs- und Vorsorgeeinrichtungen die mit einer der vorgenannten Einrichtungen vergleichbar sind). <u>Einrichtungen nach § 23 Abs. 5 Satz 2 können</u> durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden (Zahnarztpraxen, Arztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden)	IfSG* § 23 Abs. 6 i. V. m. § 36 Absatz 1:  IfSG* § 23 Abs. 6 Satz 1  IfSG* § 23 Abs. 6 Satz 2	Gesundheitsämter
3.1.6	Ermittlungen, Unterrichtungspflichten des Gesundheitsamtes bei Blut-, Organ- oder Gewebespenden, Durchführung (Untersuchungen, Entnahme von Untersuchungsmaterial) von Ermittlungen	IfSG* § 25	Gesundheitsämter
3.1.7	Anordnung von Schutzmaßnahmen (Beobachtung, Aussprechen von Verboten)	IfSG* § 28	Gesundheitsämter
3.1.8	Entgegennahme von Meldungen von 2 oder mehr gleichartigen schwerwiegenden Erkrankungen in Gemeinschafts-einrichtungen  Zulassen von Ausnahmen von dem Verbot, wenn Maßnahmen durchgeführt wurden oder werden, mit denen die Übertragung der Erkrankung oder der Verlausung verhütet werden können  Belehrung von in Gemeinschafts-einrichtungen betreuten Personen oder deren Sorgeberechtigten über Impfschutz und Prävention übertragbarer Krankheiten  Ladung von Personensorgeberechtigten zur ärztlichen Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfeh-	IfSG* § 34 Absatz 6  IfSG* § 34 Absatz 7  IfSG* § 34 Absatz 10  IfSG *§ 34 Absatz 10a	Gesundheitsämter

	lungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung  Erhebung des Impfstatus bei Erstaufnahme in die erste Klasse	IfSG* § 34 Absatz 11	
3.1.9	Belehrung für Personen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen (Erstbelehrung, ggf. Wiederholung der Belehrung (im Auftrag des Arbeitgebers)	IfSG* § 35	Gesundheitsämter
3.1.10	Überwachung der Wassergewinnungs- u. Wasser-versorgungsanlagen, Schwimm- und Badebecken einschließlich ihrer Wasseraufbereitungsanlagen	IfSG* § 37 Absatz 3	Gesundheitsämter
3.1.11	Aussprechen des Tätigkeits- und Beschäftigungsverbotes bzw. Zulassen von Ausnahmen  Erstbelehrung für Personen, die gewerbsmäßig Lebensmittel herstellen ggf. Wiederholung der Belehrung im Auftrag des Arbeitgebers	§ IfSG* § 42 Absätze 1, 3 u. 4  IfSG* § 43 Absatz 1 und 4	Gesundheitsämter
<b>Wichtigste Zuständigkeiten der Landkreise / kreisfreie Städte nach dem IfSG* auf dem Gebiet der Verhütung u. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten; die fachlichen Empfehlungen / Anordnungen der Gesundheitsämter werden hier durch die Gesundheitsämter selbst bzw. durch Ordnungsbehörde vollzogen</b>			
3.1.12	Übermittlung der vorgeschriebenen Angaben	IfSG* § 11	
3.1.13	Anordnung von allgemeinen Maßnahmen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten	IfSG* § 16 Absatz 1, 2, 3, 6 und 7	
3.1.14	Anordnung von besonderen Maßnahmen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten	IfSG* § 17 Absatz 1, 2 und 3	
3.1.15	Anordnung der inneren Leichenschau	IfSG* § 25 Absatz 4	
3.1.16	Anordnung von Schutzmaßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten Anordnung einer Beobachtung Anordnung der Quarantäne Auferlegung eines beruflichen Tätigkeitsverbots	IfSG* § 28 IfSG* § 29 IfSG* § 30 Absatz 1 IfSG* § 31	
3.1.17	Zulassen von Ausnahmen und die Anordnung von Schutzmaßnahmen in Gemeinschaftseinrichtungen	IfSG* § 34 Absatz 7 u. 9	
3.1.18	infektionshygienische Überwachung von Einrichtungen zur Abwasserbeseitigung	IfSG* § 41 Absatz 1	
3.2	<b>MRE - Netzwerkaufbau Koordination und Netzwerkarbeit</b>	<b>ThürmedHygVO* § 13 Abs. 2</b>	<b>Gesundheitsämter</b>

3.3	Katastrophenschutz, Mitwirkung	§ 2 Abs.1 Punkt 4 Thüringer Brand- und Katastrophenschutzgesetz (ThürBKG) i. d. F. d. B. v. 05. 02. 2008 zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom <b>10.06.2014</b> (GVB.159),	Landkreise, kreisfreie Städte und das Land
3.4	Erfassung und epidemiologische Bewertung von Infektionskrankheiten, Übermittlung durch das Gesundheitsamt über das TLV an das RKI	§ 1 Abs. 1 Nr. 6 VO-ÖGD* i. V. m. §§ 6, 7, 9, 10, 11 und 12 IfSG* und §§ 1 und 2 ThürIfKrMVO*	Gesundheitsämter
3.5	Vorbereitung, Durchführung, Dokumentation von Schutzimpfungen, die durch die zuständigen staatlichen Behörden festgelegt oder öffentlich empfohlen werden sowie Impfberatung	§ 1 Abs. 1 Nr.5 VO-ÖGD * i. V. m. §§ 20, 22 IfSG*	Gesundheitsämter

#### iv. Umwelthygiene/ gesundheitlicher Umweltschutz

Lfd. Nr.	Sachgebiet	Rechtsgrundlage für die Übertragung	Zuständigkeit
<b>4.</b>	<b>Umwelthygiene/gesundheitlicher Umweltschutz</b>		
4.1	Überwachung der Trinkwasserqualität einschließlich der Anlagen zur Trinkwassergewinnung und Trinkwasserversorgung u. dazugehörige Schutzzonen**	§§ 1 u. 6 VO-ÖGD* i. V. m. Bestimmungen der §§ 37-39 IfSG*, VO über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch (Trinkwasser-verordnung -TrinkwV 2001) vom <b>21.05.2001</b> i. d. F. d. B. v. <b>02.08.2013</b> (BGB. I S. 2977), Thüringer VO zur Regelung von Zuständigkeiten nach der Trinkwasser-verordnung und dem IfSG* in Bezug auf Trinkwasser (ThürTrinkwZustVO) vom <b>28.11.2014</b> (GVB. Nr. 11 vom 23.12.2014 S. 722)	Gesundheitsämter
4.2	Überwachung öffentlich zugänglicher Bäder und Badestellen, natürlicher Badegewässer einschließlich Überwachung der Qualität von Schwimm- und Badebeckenwasser**	§§ 1 u. 6 VO-ÖGD* i. V. m. Bestimmungen der §§ 37 – 39 IfSG*, Richtlinie 2006/7/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom <b>15.02.2006</b> über die Qualität der Badegewässer und deren Bewirtschaftung und zur Aufhebung der Richtlinie 76/160/EWG (Abl. EU 2006 Nr. L64 S.37), Thüringer VO über Qualität und Bewirtschaftung der Badegewässer (ThürBgwQuBwVO) vom <b>30.06.2009</b> , Ordnungsbehördliche VO über Sicherheitsvorkehrungen in Badeanstalten im Freistaat Thüringen vom <b>09.03.2006</b> (ThürStAnz Nr.15/2006 S. 647-648)	Gesundheitsämter
4.3	Hygienische Überwachung von Anlagen staatlich anerkannter Heilquellen **	§§ 1 u. 6 VO-ÖGD* i. V. m. Bestimmungen der / des Thüringer Wassergesetzes (ThürWG) i. d. F. d. B. v. 18. 08. 2009, (GVB. 2009, 648), Richtlinie für das Verfahren zur staatlichen Anerkennung von Heilquellen – Richtlinie des TMSFG v. <b>26.2.1998</b> (ThürStAnz. Nr.12/1998 S. 512, zuletzt geändert am 14.06.2001 ThürStAnz 28/2001 S. 1582)	Gesundheitsämter
4.4	Mitwirkung bei Planungsverfahren bei Bau sowie wesentlicher Änderung und Stilllegung von Wasserversorgungs- und Abwasseranlagen	§§ 1 und 6 VO-ÖGD* i. V. m. Bestimmungen der/ des IfSG*, ThürWG*, Verwaltungsvorschrift für die Genehmigung des Baus oder der wesentlichen Änderung von Wasserversorgungsanlagen u. Abwasseranlagen des TMLNU v. <b>14.8.1995</b> (ThürStAnz S. 399)	Gesundheitsämter
4.5	Hygienische Überwachung von Anlagen zur Abfallbeseitigung einschließlich Deponien	§ 1 u. 6 VO-ÖGD* i. V. m. Bestimmungen des/der IfSG*, Thüringer Abfallwirtschafts- und Altlastengesetz (ThAbfAG)*	Gesundheitsämter
4.6	Mitwirkung bei Bauleitplanungsverfahren (Flächennutzungsplanverfahren, Städtebauliche Sanierungs- und Entwicklungsmaßnahmen), Erarbeitung von Stellungnahmen zu gesundheitlichen Belangen, SN im	§ 1 VO-ÖGD* i.V. m. Bestimmungen der/ des Raumordnungsgesetz (ROG) vom 22.12.2008 (BGB.I, S. 2986), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom <b>31.07.2009</b> , Verordnung über die bauliche Nutzung der Grundstücke (Baunutzungsverordnung - BauNVO) neugefasst d. B. v. 23.01.1990 (BGB. I, S. 132), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes	Gesundheitsämter

	Rahmen der Beteiligung Träger öffentlicher Belange	vom <b>11.06.2013</b> , Thüringer Bauordnung (ThürBO) vom <b>13.03.2014</b> (GVB. 2014, 49) Bekanntmachung des Ministeriums für Wirtschaft u. Infrastruktur vom <b>03.09.2001</b> zur Beteiligung Träger öffentlicher Belange in städtebaulichen Verfahren nach dem Baugesetzbuch und in bauaufsichtlichen Verfahren (ThürStAnz. 40/01)	
4.7	Mitwirkung in Genehmigungs-, Planfeststellungs- und Raumordnungsverfahren; Erarbeitung von Stellungnahmen zu gesundheitlichen Belangen bei Genehmigungsverfahren	§§ 1 u. 5 VO-ÖGD i.V. m. Bestimmungen des Gesetzes zum Schutz vor schädlichen Umwelteinwirkungen durch Luftverunreinigungen, Geräusche, Erschütterungen und ähnliche Vorgänge (Bundes-Immissionsschutzgesetz - BImSchG) vom 15.03.1974, i. d. F. d. B. v. <b>17. Mai 2013</b> (BGB I S. 1274, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20. November 2014 (BGB I S. 1740), Wasserhaushaltsgesetz (WHG) vom <b>31.07.2009</b> (BGB I S. 2585), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom <b>15. November 2014</b> (BGB I S. 1724), Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung (UVPG) vom 12.02.1990, neugefasst durch B. v. <b>24.02.2010</b> I 94, zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes v. <b>25.07.2013</b> I 2749, Thüringer Gesetz über die Anerkennung von Kur- und Erholungsorten (Thüringer Kurortegesetz - ThürKOG) vom 28. Oktober 2013   gültig ab: <b>01.01.2014</b>	<b>Ge- sund- heits- ämter</b>
4.8	Umweltmedizinische Diagnostik, Beratung, Aufklärung, Objekt- und Wohnungsbegehungen, Gesundheitliche Bewertung von Umwelteinflüssen <u>Bodenhygiene:</u> Mitarbeit bei der Erstellung und Bewertung von Altlastenkatastern, Immissionen aus Altlasten und Depo- nien, Überwachung der Bodenbelas- tung bei besonderem Expositions- und Dispositionsrisiko der Bevölke- rung (Spielplätze, Schulhöfe), beson- dere Beratung der Bevölkerung auf belasteten Flächen <u>Lufthygiene:</u> Erfassung der Innenraumschadstoff- belastung im Wohn- und Erholungs- bereich im Rahmen von Beschwer- den, Eingaben von Bürgern; Aufklä- rung und Beratung von Bürgern bei immissions- bedingten Gesundheits- gefahren, SN zu immissionsschutzrechtlichen Genehmigungsverfahren, Anwohnerschutz bei produktionsbe- dingten Industrieimmissionen <u>Wohnungshygiene:</u> Beratung und Information zur In- nenraumhygiene (Innenraumklima =	§§ 1 u. 8 VO-ÖGD * i.V. m. Bestimmungen des/der IfSG*, TrinkwV*, BImSchG*, WHG*, UVPG*, ThAbfAG*, ThürWG*, KlärschlammVO (AbfklärV) vom 15.4.1992 (BGBl. I S. 912), zuletzt geändert durch Artikel 5 Absatz 12 des Gesetzes vom <b>24.02.2012</b> (BGB. I S. 212), Chemikaliengesetz (ChemG) vom 16.9.1980 (BGBl. I S. 1718) zuletzt geändert durch Gesetz v. <b>14.5.1998</b> (BGBl. I S. 950, 969), GülleVO vom <b>12.11.1991</b>	<b>Ge- sund- heits- ämter</b>

	Lufthygiene, chem. Belastung, Lärm- schutz)		
--	--	--	--

v.KJÄD/ KJZÄD

Lfd. Nr.	Sachgebiet	Rechtsgrundlage für die Übertragung	Zuständigkeit
5.	Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (KJÄD); Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst (KJZÄD)		
5.1	Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (KJÄD)	§ 8 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 VO-ÖGD* i. V m.	Gesundheitsämter
5.1.1	Einschulungsuntersuchung, jährliche Vorsorgeuntersuchung der Klassenstufe 4 an Grundschulen, jährliche Vorsorgeuntersuchung der Klassenstufe 8 an Haupt-, Realschulen und Gymnasien, Vorsorgeuntersuchungen für Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf nach § 1 Abs. 2 Thüringer Förderschulgesetz (ThürFSG) mindestens im Abstand von zwei Jahren Vorsorgeuntersuchungen von Schülern an Sportgymnasien und sportbetonten Regelschulen mindestens im Abstand von zwei Jahren Prüfung und Dokumentation des Impfstatus sowie Durchführung von Schutzimpfungen	§§ 18, 55 Thüringer Schulgesetz (ThürSchulG) i. d. F. d. B. vom <b>30.04.2003</b> , GVB. 2003 S. 238 i.V. m. § 120 Absatz 2 u.3 Thüringer Schulordnung (ThürSchulO) vom 20.01.1994, letzte berücksichtigte Änderung: mehrfach geändert durch Verordnung vom <b>07. 07. 2011</b> (GVB.S. 208) i. V. m. §§ 1 und 4 Thüringer Verordnung über die Schulgesundheitspflege (ThürSchulgespfIVO) vom <b>26. September 2002</b> i. V. m. IfSG* § 34 Absatz 11 (Impfstaterhebung) sowie IfSG* § 20 Absatz 1 und 5 (Schutzimpfungen)	Gesundheitsämter
5.1.2	Jährliche, ärztliche Vorsorgeuntersuchung für alle Kinder in Kindertageseinrichtungen mit Zustimmung der Erziehungsberechtigten	§ 16 Abs. 2 Thüringer Kindertageseinrichtungsgesetz (ThürKitaG) vom <b>16.12.2005</b> (GVBl 2005 S.365,371), letzte berücksichtigte Änderung §§ 18 und 19 geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom <b>21. Dezember 2015</b> (GVBl S. 233, 236) IfSG* § 34 Absatz 10a (Ladung und Beratung Personensorgeberechtigter in Bezug auf vollständigen Impfschutz des Kindes bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung)	Gesundheitsämter
5.1.3	Beratung u. Betreuung v. Kindern und Jugendlichen und Sorgeberechtigten zur gesundheitlichen Entwicklung der Kinder bis zum Übergang in d. Berufsleben, Beratung der Schulen u. Kindertageseinrichtungen im Hinblick auf gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen	§ 8 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 VO-ÖGD* i.V. m. § 4 Thüringer Kindertageseinrichtungsverordnung (ThürKitaVO) vom <b>26.01.2011</b> (letzte berücksichtigte Änderung: § 1 geändert durch Artikel 30 der Verordnung vom <b>8. August 2013</b> (GVBl S. 208, 246) und § 1 und 7 Thüringer SchulgespfIVO*	Gesundheitsämter
5.1.4	Schulärztliches Zeugnis bei Zweifel an gehäuften krankheitsbedingten Schulversäumnissen (kann von der Schule verlangt werden)	§ 5 Abs. 2 ThürSchulO*	Arzt <u>o-</u> <u>der</u> Schul- arzt

5.1.5	Schulärztliche Stellungnahme zum altersgerechten Entwicklungsstand und zur altersgerechten Einschulung	§ 18 Abs. 2 ThürSchulG* i. V.m. § 120 Abs. 3 ThürSchulO*	Ge- sund- heits- ämter
5.1.6	Schulärztliche Stellungnahme zur Zurückstellung eines Kindes vom Besuch der Klassenstufe 1	§ 18 Abs. 3 ThürSchulG*	Ge- sund- heits- ämter
5.1.7	Durchführung von schulärztlichen Sprechstunden im Gesundheitsamt sowie Gesundheitsförderung und -erziehung im Rahmen der untersuchenden und beratenden Tätigkeit	§ 6 Abs. 1 ThürSchulgespfIVO* sowie § 7 ThürSchulgespfIVO*	Ge- sund- heits- ämter
<b>5.2</b>	<b>Kinder- und jugendzahnärztlicher Dienst (KJZÄD)</b>	<b>§ 8 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 VO-ÖGD* i. V. m.</b>	<b>Ge- sund- heits- ämter</b>
5.2.1	Jährliche, schulzahnärztliche Vorsorgeuntersuchung bei allen Schülern aller Schulformen zur Gesunderhaltung des Mund-, Zahn- und Kieferbereiches	§ 55 ThürSchulG*, i. V. m. § 1 Absatz 1, § 5 Absatz 1 ThürSchulgespfIVO*	Ge- sund- heits- ämter
5.2.2	jährliche Durchführung von Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) der Kinder bis 12 Jahre sowie bei besonderem Kariesrisiko bis 16 Jahre	§ 21 SGB V* i. V. m. §§ 1 und 5 Rahmenvereinbarung zur Durchführung der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V im Freistaat Thüringen der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e.V., § 55 ThürSchulG*, § 5 Absatz 1 ThürSchulgespfIVO*	
5.2.3	einmal jährliche Durchführung der Untersuchung der Mundhöhle und der Erhebung des Zahnstatus bei allen Kindern in Kindertagesstätten mit Zustimmung der Erziehungsberechtigten	§ 16 Abs. 2 ThürKitaG*	Ge- sund- heits- ämter
5.2.4	Durchführung schulzahnärztlicher Sprechstunden im Gesundheitsamt	§ 6 Absatz 1 und 2 ThürSchulgespfIVO*	Ge- sund- heits- ämter
5.2.5	Gesundheitsförderung und -erziehung hinsichtlich der Zahngesundheit im Rahmen der untersuchenden und beratenden Tätigkeit	§§ 1 und 7 ThürSchulgespfIVO*	Ge- sund- heits- ämter

## vi. Sozialhygienische Dienste

Lfd. Nr.	Sachgebiet	Rechtsgrundlage für die Übertragung	Zuständigkeit
<b>6.</b>	<b>Sozialhygienische Dienste / Beratung und Betreuung Behinderter</b>		
6.1	<p>Gesundheitsförderung (soweit nicht unter Lfd. Nr. 5 und 7 genannt): Beratung von Frauen in Schwangerschaft</p> <p>Informationsveranstaltungen zur gesunden Lebensweise</p> <p>Gesundheitstage, Gesundheitswochen,</p> <p>Informationen u. Koordination v. Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen</p> <p>Pressemitteilungen u. ä., Broschüren, Merkblätter u. ä., z. B. Wegweiser für gesundheitsfördernde Angebote</p>	§ 8 VO-ÖGD*	Gesundheitsämter
6.2	<p>Gesundheitshilfen zur bedarfsgerechten, gesundheitlichen Versorgung für Kranke und behinderte Menschen oder besonders gesundheitsgefährdete Personen (gruppen- bzw. lebensraumbezogene Planung, Initiierung, Koordinierung, Qualitätssicherung),</p> <p>Beratung von Personen, die an einer Sucht leiden oder von ihr bedroht werden</p>	<p>§ 8 VO-ÖGD* i. V. m.</p> <p>§ 126 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) i. d. F. d. B. vom 10.1.91 (BGBl. I S. 94),</p> <p>§ 4 Abs. 1 Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch Kranker (ThürPsychKG) Neubekanntmachung vom 05.02.2009 (GVBl. S. 10)</p> <p>§ 8 Abs.1 Nr. 5 VO-ÖGD* i. V. m. ThürPsychKG*</p>	Gesundheitsämter
6.3	Beratung von behinderten Menschen im Rahmen der Eingliederungshilfe	§ 59 SGB XII	Gesundheitsämter

## vii. Sozialpsychiatrischer Dienst

Lfd. Nr.	Sachgebiet	Rechtsgrundlage für die Übertragung	Zuständigkeit
<b>7.</b>	<b><u>Sozialpsychiatrischer Dienst</u></b>		
7.1	Beratung und Betreuung von Personen, die an einer psychischen Erkrankung leiden oder von ihr bedroht werden	§ 8 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 VO-ÖGD* i. V. m. Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch Kranker (ThürPsychKG) v. <b>2.2.1994</b> ; Neubekanntmachung vom <b>8. August 2014</b> (GVBl. S. 545, 559)	Gesundheitsämter
7.2	Fürsorge für psychisch Kranke und Suchtkranke (Vor- und Nachsorge)	§§ 3, 4 ThürPsychKG*	Gesundheitsämter
7.3	Unterbringung psychisch Kranker	§§ 6-9 ThürPsychKG*	Gesundheitsämter

### Legende:

- \* in der gültigen Fassung der Be- bzw. Neubekanntmachung des jeweiligen Gesetzes
- \*\* Fachaufsicht erfolgt gemäß "Thüringer Verordnung zur Übertragung der Fachaufsicht auf dem Gebiet der Trink-, Schwimm- und Badewasserüberwachung auf das TLV vom 22.04.2002"
- VO Verordnung