



Landes Gesundheits Amt
Baden-Württemberg

BERICHT
ZUR
ZWISCHENBILANZ
UND
AUSBLICK

10 Jahre
Gesundheitsdienstgesetz
Baden-Württemberg

**Öffentlicher Gesundheitsdienst
Zwischenbilanz und Ausblick**

**Abschlussbericht der AG ÖGDG
im Auftrag des Sozialministeriums**



Baden-Württemberg



10 Jahre
Gesundheitsdienstgesetz
Baden-Württemberg

Öffentlicher Gesundheitsdienst Zwischenbilanz und Ausblick

Abschlussbericht der AG ÖGDG
im Auftrag des Sozialministeriums

Impressum



Landes Gesundheits Amt
Baden-Württemberg

Geschäftsstelle der AG ÖGDG
Wiederholdstr. 15
70174 Stuttgart

Tel. 0711/1849-0
Fax 0711/1849-242
E-Mail: poststelle@lga.bwl.de
www.landesgesundheitsamt.de

Ansprechpartner:

Matthias Appelt
Tel. 0711/1849-322
Fax 0711/1849-242
E-Mail: appelt@lga.bwl.de

November 2004

Gliederung

1. Einleitung	4
2. Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Zusammenfassung)	5
2.1 Aufgabenakzentuierung	5
2.2 Steuerung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes	6
2.3 Der Öffentliche Gesundheitsdienst im Rahmen der europäischen Entwicklung.....	7
2.4 Personalentwicklung	8
2.5 Aus-, Fort- und Weiterbildung	8
3. Der Öffentliche Gesundheitsdienst Baden-Württemberg: Heute – morgen – übermorgen	10
3.1 Der Öffentliche Gesundheitsdienst – eine Bestandsaufnahme.....	10
3.2 Zukünftige Aufgabenakzentuierung	15
3.3 Zukünftige Steuerung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes	21
3.4 Der Öffentliche Gesundheitsdienst und die europäische Entwicklung im Bereich der öffentlichen Gesundheit	24
3.5 Zukünftige Personalentwicklung	26
3.6 Zukünftige Aus-, Fort- und Weiterbildung	27
3.7 Neue Organisationsstrukturen (Verwaltungsstruktur-Reformgesetz).....	31
Mitglieder der AG ÖGDG	32
Danksagung	33
Literatur	34
Anhang	35

1. Einleitung

Am 01.01.1995 trat das baden-württembergische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz - ÖGDG) in Kraft.

Im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg sollte anlässlich des zehnjährigen Bestehens des ÖGDG im Rahmen eines breit angelegten Projekts eine Evaluation durchgeführt werden. Zu diesem Zweck hat das Sozialministerium eine Arbeitsgruppe „10 Jahre Gesundheitsdienstgesetz“ (AG ÖGDG) eingesetzt mit dem Auftrag, bis Ende 2004 einen Bericht mit entsprechenden Handlungsempfehlungen vorzulegen. Die Arbeitsgruppe bestand aus Mitgliedern des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) sowie Vertretern des Landkreistages. Als Steuerungsgremium fungierte das seit 1998 beim Sozialministerium eingerichtete „Forum Öffentlicher Gesundheitsdienst - Gesundheitswissenschaften - Kommunalpolitik“. Dadurch war eine Einbindung und Repräsentanz der betroffenen Stadt- und Landkreise und der Gesundheitswissenschaften gewährleistet.

Zu den Aufgaben der Arbeitsgruppe gehörte es, eine Bestandsaufnahme und Zwischenbilanz sowie Vorschläge zur weiteren Entwicklung des ÖGD zu erarbeiten. Hierbei galt es vor allem, das Umfeld des ÖGD (auch vor dem Hintergrund der aktuellen Situation der öffentlichen Haushalte und möglicher Synergieeffekte durch die Verwaltungsreform der Landesregierung), die Erwartungen der Bevölkerung an den ÖGD und damit verbunden eine Neuakzentuierung der Aufgabenschwerpunkte in den Blick zu nehmen.

Dem Auftrag entsprechend war es Ziel der Arbeitsgruppe, den ÖGD an neue Anforderungen der Bürger und Institutionen anzupassen und Empfehlungen zu erarbeiten, um die personellen und sachlichen Ressourcen zielgerichtet, effektiv und effizient einsetzen und anbieten zu können und den ÖGD damit insgesamt zukunftsfähig zu machen. Dabei hatte sich die Arbeitsgruppe bemüht, auch die Situation anderer (Bundes-)Länder und die dortigen Erfahrungen und Einschätzungen in ihre Überlegungen einzubeziehen. Dazu hat das Landesgesundheitsamt im Auftrag des Sozialministeriums am 25.03.2004 in Stuttgart ein Fachsymposium zum Thema „Der ÖGD Baden-Württemberg - auf dem richtigen Weg in die Zukunft?“ veranstaltet, mit Beiträgen aus der Wissenschaft, anderen Bundesländern, dem benachbarten Ausland und zum Einfluss der Europäischen Union auf die Aufgaben des ÖGD. Außerdem wurden in Workshops im Rahmen der Veranstaltung Fragen zur zukünftigen Aufgabenakzentuierung thematisiert.

Die Ergebnisse des Zwischenberichts wurden dem Forum Öffentlicher Gesundheitsdienst - Gesundheitswissenschaften - Kommunalpolitik vorgelegt und diskutiert. Die Erkenntnisse des Fachsymposiums, die Ergebnisse der Unterarbeitsgruppen der AG ÖGDG sowie die Stellungnahme des Forums Öffentlicher Gesundheitsdienst - Gesundheitswissenschaften - Kommunalpolitik sind in diesen Abschlussbericht eingeflossen.

Den Anhang bildet der Zwischenbericht und die Dokumentation des Fachsymposiums.

Im Zusammenhang mit dem Auftrag der Arbeitsgruppe entstand auch eine Magisterarbeit des Aufbaustudiengangs Public Health der Universität Ulm mit dem Thema „Gesundheitspolitische Strategien der Europäischen Union im Bereich Public Health und deren Auswirkungen auf den ÖGD in Baden-Württemberg“.

2. Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Zusammenfassung)

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist innerhalb des Gesundheitswesens ein wichtiger Handlungsträger mit besonderer Gemeinwohlverpflichtung. Er nimmt bevölkerungsmedizinische Aufgaben wahr. Zur Klärung und Erfüllung dieses Auftrags müssen das Aufgabenprofil des ÖGD und die Schnittstellen zu anderen Akteuren mit ergänzenden und weiterführenden Aufgaben, auch im Sinne verstärkter Qualitätssicherung, deutlich und abgrenzbar sein. Wesentliches Merkmal des ÖGD ist, dass er keinen Partikularinteressen verpflichtet ist.

Vor dem Hintergrund der bestehenden Ressourcenknappheit, der zu erwartenden Personaleinsparungen („Effizienzrendite“) und der Herausforderung, die bevölkerungsmedizinischen Funktionen auch weiterhin wahrnehmen zu müssen, spricht die Arbeitsgruppe die nachfolgenden Empfehlungen aus. Ausführliche Erläuterungen bzw. Begründungen dazu sind im Kap. 3 („Der Öffentliche Gesundheitsdienst Baden-Württemberg: Heute – morgen – übermorgen“) enthalten.

2.1 Aufgabenakzentuierung

- Gesundheitsschutz und Prävention/Gesundheitsförderung sind die zukünftigen Kernaufgaben des ÖGD.
- Diese Kernaufgaben sind bedarfsorientiert auszurichten, kontinuierlich zu evaluieren und nach landeseinheitlichen Standards wahrzunehmen. Arbeitsmethode hierfür ist vor allem die Gesundheitsberichterstattung.
- In der Prävention/Gesundheitsförderung initiiert und unterstützt der ÖGD auf der Grundlage der Gesundheitsberichterstattung und unter Beachtung des Subsidiaritätsgrundsatzes gesundheits- und lebensraumbezogene Maßnahmen und Prozesse und richtet sich dabei vorrangig am Setting-Ansatz aus.
- Innerhalb der Prävention/Gesundheitsförderung wird der Schwerpunkt auf Kinder und Jugendlichen sowie auf alte Menschen gesetzt. Dies bedeutet, dass auch im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst die Ressourcen in Richtung Prävention/Gesundheitsförderung gelenkt werden. Dabei sollen die Kooperationsmöglichkeiten, die sich durch die Verwaltungsreform (z. B. durch Eingliederung der Schulämter) ergeben, genutzt werden. Davon unberührt bleiben die gesetzlich vorgeschriebenen Präventionsaufgaben, wie z. B. STD (sexually transmitted diseases/AIDS, § 19 IfSG).
- Um die notwendigen Ressourcen für eine Konzentrierung auf die Kernaufgaben des ÖGD und die Gesundheitsberichterstattung freizusetzen, wird empfohlen, die Zahl der amtsärztlichen und sozialmedizinischen Gutachtaufträge zu reduzieren. Konkret wird vorgeschlagen, zumindest für Untersuchungen, bei denen der Bürger selbst Auftraggeber ist, und für Betreuungsgutachten nicht mehr den ÖGD zu beauftragen, sondern diese nach außen zu vergeben. Für die verbleibenden Gutachtaufträge sollten kostendeckende Gebühren erhoben werden. Vor dem Hintergrund der Verwaltungsreform ist eine ämterübergreifende Kooperation zu

fördern, da die Einrichtung von Schwerpunktgesundheitsämtern nicht realistisch erscheint.

- Empfohlen wird die Vorverlegung der Untersuchung vom Einschulungs- in das Kindergartenalter mit dem Ziel, die Kindergesundheit durch frühzeitiges Erkennen von Entwicklungsdefiziten und Einleiten entsprechender Maßnahmen der Prävention und Frühförderung wirksam zu fördern. Dazu sollten entsprechende Konzepte hinsichtlich der zeitlichen Dimension als auch fachlichen Tiefe entwickelt werden. Der flächendeckende Ansatz sollte beibehalten werden; er ist durch repräsentative Stichproben nicht zu ersetzen. Eine Weiterentwicklung der Vorsorgeuntersuchungen U8 und U9 durch die niedergelassenen Ärzte und verstärkte Nutzung dieser Informationen zur Identifikation von Kindern mit besonderen gesundheitlichen Risiken könnte beim ÖGD Ressourcen freisetzen, die für eine verstärkte Zuwendung zu besonders bedürftigen Kindern (z. B. sozial Benachteiligte oder Migrantenfamilien) dringend erforderlich sind.
- Im Bereich der Verbraucher-(Patienten)beratung sollen sich die Gesundheitsämter auf die Felder, in denen sie gesetzliche Aufgaben erfüllen, beschränken.
- Lokale Projektansätze mit Modellcharakter werden auf Landesebene unterstützt und begleitet (Qualitätssicherung, Dokumentation, Evaluation, Benchmarking u. a.). Auf diese Weise können evaluierte Ansätze verbreitet und das Methodenrepertoire erweitert werden.

Umsetzungsvorschläge

- In einem ersten Schritt wird empfohlen, die oben beschriebene neue Aufgabenakzentuierung umzusetzen und die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen zu schaffen.
- Die jetzt vorgenommene neue Aufgabenakzentuierung sollte nach Ablauf von fünf Jahren auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden.
- Im Rahmen der angeratenen Überprüfung ist insbesondere zu überlegen, ob die dann nicht mehr zu den Kernaufgaben zählenden, derzeit noch staatlichen Aufgaben weiter reduziert werden können.

2.2 Steuerung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

- Zur effizienten Steuerung des ÖGD sollte stärker als bisher mit der Vorgabe von Zielen und Zielvereinbarungen gearbeitet werden. Zur Steuerung und Evaluation der Zielerreichung ist verstärkt mit Ergebnis (Outcome) orientierten Kennzahlen zu arbeiten.
- Im Vorfeld der Zielfindung sowie zur Evaluation der Aufgabenerledigung und Zielerreichung ist zur zentralen Bedarfsanalyse die Gesundheitsberichterstattung unabdingbar. Nur dadurch wird ein gezielterer Einsatz bei knapper werdenden Ressourcen möglich.
- Im Hinblick auf mögliche Effizienzgewinne müssen Kooperationen in bestehenden Schnittstellen zu anderen Bereichen aktiver gestaltet werden. Genannt sei hier der Bereich Kinder und Jugendliche, wo durch eine engere Verknüpfung von

Informationen und Planungen aus Jugendämtern und ÖGD (Einschulungsuntersuchungen/Untersuchungen im Kindergartenalter, Gesundheitsberichterstattung) spezifischere Präventionsmaßnahmen vergleichsweise leicht zu erreichen wären.

- Empfohlen wird die stärkere Einbeziehung des ÖGD in für die örtlichen Bedarfe und Aufgabenstellungen relevante Planungsprozesse. Die Eingliederung der Gesundheitsämter in die Landkreisverwaltungen und Bürgermeisterämter der Stadtkreise ermöglicht die Integration des Gesundheitsaspekts in das Aufgabenspektrum und unterstützt die aufgabenbezogene Kooperation und Einbindung des ÖGD schon in der Planungsphase. Ziel ist die Schnittstellenoptimierung staatlicher und kommunaler gesundheitsbezogener Aufgabenerledigung.
- Das Grundprinzip der arbeitsteiligen Aufgabenerledigung im ÖGD hat sich bewährt. Empfohlen wird deshalb die Sicherstellung des Landesgesundheitsamtes als zentrale und die Gesundheitsämter unterstützende fachliche Leitstelle.

Umsetzungsvorschläge

- Auf den unterschiedlichen Ebenen der Verwaltung (Sozialministerium, Regierungspräsidium und Gesundheitsämter) sollen Gesundheitsziele formuliert werden. Diese sollten durch Zielabsprachen bzw. Zielvereinbarungen innerhalb des ÖGD umgesetzt werden.
- Die Gesundheitsberichterstattung ist steuerungsrelevant und deshalb zusammen mit einem kontinuierlich angelegten Berichtswesen/Controlling der Leitungsebene zuzuordnen.

2.3 Der Öffentliche Gesundheitsdienst im Rahmen der europäischen Entwicklung

Die wesentlichen Aufgabenschwerpunkten des ÖGD in Baden-Württemberg (Gesundheitsschutz, Prävention/Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung) stehen in guter Übereinstimmung mit den Schwerpunkten der Europäischen Union (EU) im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Die auf diesen Gebieten vorhandenen Kompetenzen des ÖGD sollten in die Entwicklung auf europäischer Ebene einfließen können. Um den ÖGD rechtzeitig darauf vorzubereiten, sind die EU-Fördermöglichkeiten zu prüfen und vorhandenes Know-how auf überregionaler Ebene zu bündeln. Umgekehrt sind durch Kooperationen mit europäischen Partnern im Rahmen von Projekten auch Impulse für die eigene Aufgabenwahrnehmung zu erwarten.

Umsetzungsvorschlag

Um dem ÖGD Baden-Württemberg eine Beteiligung an EU-Projekten zu ermöglichen, sollte im Rahmen von Förder- und Aktionsprogrammen der EU, z. B. beim Aktionsprogramm für öffentliche Gesundheit, die überregionale Koordinierung und Unterstützung durch das Landesgesundheitsamt übernommen werden.

2.4 Personalentwicklung

Neben den fachlichen Kompetenzen sind zukünftig vermehrt Management- und Führungskompetenzen erforderlich, weshalb der Schwerpunkt der Personalentwicklung für den (vergleichbaren) höheren Dienst bei den Gesundheitsämtern vor allem in der Führungskräfteentwicklung liegen sollte.

Umsetzungsvorschlag

Das Sozialministerium sollte auf der Basis des vom Staatsministerium ausgearbeiteten Rahmenkonzeptes innerhalb der nächsten drei Jahre ein aufgabenspezifisches Führungskräfteentwicklungskonzept erarbeiten, in dem wesentliche Elemente Rotationserfahrungen, der 15-monatige Führungslehrgang sowie die Bildung von Netzwerken sind.

2.5 Aus-, Fort- und Weiterbildung

- Empfohlen wird die Aufrechterhaltung eines bedarfsorientierten und regelmäßig evaluierten Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebots für alle Berufsgruppen im ÖGD. Dem gestiegenen Wunsch nach kürzeren, fortbildungsbedingten Abwesenheiten vom Arbeitsplatz sollte in der Gestaltung der Angebote stärker als bisher Rechnung getragen werden. Eine regelmäßige Kursevaluation sowie die Einbindung baden-württembergischer Erfordernisse bei Fortbildungsträgern außerhalb Baden-Württembergs ist zwingend erforderlich.
- Empfohlen wird, die Fortbildungsinhalte des Amtsarzturses zukünftig um ÖGD-relevante Themenstellungen aus den Bereichen Führung und Steuerungsinstrumente sowie Risikokommunikation und Moderation zu erweitern. Anzustreben ist ferner, den Amtsarztkurs zukünftig im Rahmen eines Kooperationsmodells durchzuführen oder durch ein Baden-Württemberg-spezifisches Modul zu ergänzen. Sollten diese Veränderungen insbesondere von der Akademie in München nicht umgesetzt werden, wäre es langfristig sinnvoll, auf alternative Angebote (z. B. die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in NRW) zurückzugreifen oder eine eigene Variante des Amtsarzturses kostenneutral in Baden-Württemberg durchzuführen.
- Die berufsgruppenbezogenen Angebote bei den Sozialmedizinischen Assistentinnen und Gesundheitsaufsehern sind den jeweiligen veränderten beruflichen Anforderungen anzupassen.
 - Bei den Sozialmedizinischen Assistentinnen haben die Anforderungen an eigenständiges und eigenverantwortliches Arbeiten stark zugenommen. Unterschiede in der beruflichen Ausbildung und in den Berufserfahrungen sollten durch einheitliche Ausbildungsstandards ausgeglichen werden. Zudem sollte verstärkt auf die praktischen Erfordernisse des ÖGD eingegangen werden.
 - Bei der Ausbildung zum Gesundheitsaufseher fehlen bisher bundes- und landeseinheitliche Regelungen bei der Zulassungsvoraussetzung und bei den Ausbildungsinhalten.

Die Kurse für Sozialmedizinische Assistentinnen und Gesundheitsaufseher an

der Akademie in München sollten zur Standardausbildung gehören und von jeweiligen Berufsgruppen verpflichtend besucht werden. Daneben sollte die Möglichkeit von Hospitationen/Praktika gefördert werden. Dies trägt zu einem verbreiterten Erfahrungsspektrum und zu erhöhter fachlicher Kompetenz bei.

Umsetzungsvorschläge

- Das Landesgesundheitsamt sollte den schon bestehenden Schwerpunkt bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Sinne einer „Fortbildungsakademie“ weiterentwickeln.
- Durch Einsatz moderner Lerntechniken sollte dem Wunsch der Teilnehmer nach mehr Flexibilität Rechnung getragen werden. Dadurch können auch Kosten eingespart werden. Zu prüfen ist, inwieweit Fortbildungsinhalte verstärkt auf elektronischem Weg (z. B. E-Learning) vermittelt werden können.

3. Der Öffentliche Gesundheitsdienst Baden-Württemberg: Heute – morgen – übermorgen

In dem 1995 verabschiedeten Gesundheitsdienstgesetz (ÖGDG) wurde die bislang bestehende unübersichtliche Vielfalt gesundheitsrechtlicher Vorschriften bereinigt und zusammengeführt. Wesentliches Ziel des ÖGDG war es, die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) neu zu beschreiben und zu akzentuieren. Vor allem eine Verlagerung hin zu bevölkerungsmedizinischen Schwerpunkten (Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung/Prävention, Gesundheitsberichterstattung/Epidemiologie) sollte mit dem ÖGDG erreicht werden.

Ebenfalls 1995 wurden die Staatlichen Gesundheitsämter in die Landratsämter und in das Bürgermeisteramt Heilbronn als Teil der unteren Verwaltungsbehörde eingegliedert (sog. Sonderbehörden-Eingliederungsgesetz-SoBEG). Die Gesundheitsämter Stuttgart und Mannheim waren bereits vor 1995 Bestandteil der jeweiligen städtischen Kommunalverwaltung.

3.1 Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) – eine Bestandsaufnahme¹

Aufgaben

■ Gesundheitsschutz

Der Gesundheitsschutz mit seinen Teilbereichen Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz beinhaltet den Schutz vor Infektionskrankheiten und die Abwehr gesundheitsbeeinträchtigender Einwirkungen aus der Umwelt und durch die Inanspruchnahme von Dienstleistungen von gesundheitsgefährdender Relevanz.

Das Aufgabenspektrum des Infektionsschutzes umfasst die Prävention, die Meldung und Erfassung von Infektionskrankheiten, die Bekämpfung der Ausbreitung übertragbarer Krankheiten sowie den Infektionsschutz als Verhältnisprävention.

Seit der Einführung des ÖGDG und des Infektionsschutzgesetzes (IfSG, 2001) hat ein Paradigmenwechsel hin zum Grundsatz „Stärkung der Eigenverantwortlichkeit“ und „Prävention vor Kontrolle“ stattgefunden. Dies war mit einem grundlegenden Wandel in der Arbeit der Gesundheitsämter verbunden.

Auch wurde, um ein sachgerechtes Handeln zu ermöglichen, ein effektives, international vernetztes Melde- und Frühwarnsystem implementiert. Unterstützend wurde in Baden-Württemberg mit dem Landesgesundheitsamt ein wissenschaftlich orientiertes Kompetenzzentrum aufgebaut mit dem Ziel, neben Massenerkrankungen auch auf seltene, aber hochgefährliche Erreger gezielt, koordiniert und angemessen reagieren zu können.

Umweltkatastrophen, aber auch die Entwicklung immer empfindlicherer Analyseverfahren mit entsprechendem Nachweis von Umweltschadstoffen in Umweltmedien

¹ Aus dem Zwischenbericht der AG ÖGDG, Kap. 2 („Zusammenfassung“), Anhang 1

und Gebäuden bildeten Anfang der 90er Jahre den Hintergrund für die Etablierung des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes als neues Aufgabenfeld für den ÖGD. Damals existierten nur wenige wissenschaftlich etablierte und gesellschaftlich akzeptierte Bewertungsverfahren zur Beantwortung der politisch oft drängenden Frage nach der Bedeutung nachgewiesener Umweltkontaminationen für die Gesundheit des Menschen. Demgegenüber können Risiken aus der Umwelt heute sehr viel besser eingeschätzt werden. Für die fachliche Bewertung steht mittlerweile ein Instrumentarium an Beurteilungshilfen, Richtlinien und Standards zur Expositionsabschätzung zur Verfügung.

In der Interaktion zwischen Bevölkerung, Politik und Behörden haben Risikobewertung und Risikokommunikation sowohl im Infektionsschutz als auch im umweltbezogenen Gesundheitsschutz eine herausragende Bedeutung erlangt. Die Herausforderung besteht darin, die Betroffenen interessensneutral und verständlich über bewertungsrelevante Fakten zu informieren, sie zugleich aber auch sinnvoll in die Problematik einzubinden. Grundlage und Voraussetzung hierfür ist das gewachsene Vertrauen der Öffentlichkeit in die Kompetenz der Gesundheitsämter.

■ Gesundheitsförderung/Prävention

Gesundheit gilt in der Bevölkerung als wichtigster Faktor für Lebensqualität. Deshalb soll bereits die Entstehung von Krankheiten verhindert werden, statt diese im Nachhinein zu behandeln. Gesundheitsförderung/Prävention gewinnen dabei als "junge" Schwerpunkt- und Querschnittsaufgaben des ÖGD an Bedeutung. Nach dem Willen des Gesetzgebers von 1995 sollen die Gesundheitsämter unter Beachtung des Subsidiaritätsgrundsatzes die Bevölkerung informieren und beraten sowie Stellen, die mit der Gesundheitsförderung/Prävention befasst sind, unterstützen (§ 7 ÖGDG). Ziele sind gesündere Lebensbedingungen der Bevölkerung und mehr gesundheitliche und soziale Chancengleichheit. Qualifizierte Mitarbeiter, berufs- und ressortverbindende Zusammenarbeit sowie ein breites methodisches Repertoire machen die Gesundheitsförderung/Prävention zu einem innovativen Arbeitsfeld des ÖGD.

Im Vordergrund stehen bevölkerungsmedizinische Aufgabenstellungen: Sie ergänzen individuelle, auf Behandlung und Wiederherstellung (Rehabilitation) gerichtete Maßnahmen und konzentrieren sich vor allem auf präventive und strukturbezogene Lösungen. Dabei steht die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Vordergrund. Aktuelle Themen wie Übergewicht oder Sprachentwicklungsstörungen stellen eine Herausforderung für längerfristige Interventionskonzepte der Gesundheitsförderung dar. Diese werden dann erfolgreich sein, wenn in Kooperationen mit anderen Akteuren auch Kindertageseinrichtungen, Schulen und andere Organisationen selbst zum Thema gesundheitsfördernder Gestaltung werden.

Die dafür erforderlichen personellen und organisatorischen Ressourcen sind jedoch nur in einem Teil der Fachstellen hinreichend vorhanden.

■ Gesundheitsberichterstattung/Epidemiologie

Gesundheitsberichterstattung/Epidemiologie sind im ÖGDG als wichtige Aufgaben des ÖGD verankert. Angesichts der gesellschaftlichen Entwicklungen bestätigt sich

diese Schwerpunktsetzung auch heute. Die Etablierung der Aufgabenbereiche im ÖGD ist jedoch seit 1995 nur zum Teil gelungen.

Die Epidemiologie ist aufgrund ihrer wichtigen Funktion für den Gesundheitsschutz mittlerweile weitgehend etabliert. Hingegen ist die Gesundheitsberichterstattung im ÖGD bisher nur in einem Teil der Gesundheitsämter erfolgreich implementiert worden. Dies hat wesentliche Bedeutung in Anbetracht der qualitätssichernden Funktion der Gesundheitsberichterstattung. Datengestützte Beobachtung, Bewertung und Berichterstattung zur Beantwortung der Frage, ob das bevölkerungsmedizinisch Richtige getan wird und ob dies effizient geschieht, werden im gesamten Gesundheitssystem immer wichtiger. Die zukünftige Leistungsfähigkeit des ÖGD wird insofern ganz wesentlich davon abhängen, inwieweit es ihm gelingt, eine intern wie extern wirksame und bevölkerungsbezogene Gesundheitsberichterstattung zu etablieren.

Die positiven Effekte der Gesundheitsberichterstattung auf die Wirksamkeit des ÖGD sind dort deutlich beobachtbar, wo erfolgreich eine Gesundheitsberichterstattung aufgebaut ist. Entscheidend für das Gelingen zeigt sich zum einen die Qualifikation der Fachkräfte in der Gesundheitsberichterstattung, zum anderen ihre leitungsnahe interne Einbindung, da effektives Qualitätsmanagement nur als Führungsaufgabe realisierbar ist.

■ **Kinder- und Jugendgesundheitsdienst**

Die Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes sind im § 8 ÖGDG beschrieben. Nähere Ausführungen zu den einzelnen Aufgaben finden sich in weiteren Rechtsgrundlagen wie Schulgesetz, Schuluntersuchungsverordnung und dem SGB V (Zahngesundheitsförderung). Die Kernaufgabe des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes stellt die Schuleingangsuntersuchung dar. Diese erfüllt eine wichtige sozialmedizinische und eine die Gesundheitsberichterstattung unterstützende Funktion. Deshalb ist die Weiterentwicklung der flächendeckenden Schuleingangsuntersuchung unverzichtbar.

Die Aufgaben der Ärzte sowie der Sozialmedizinischen Assistentinnen unterlagen seit 1995 einem starken Wandel, der innerhalb Baden-Württembergs unterschiedlich erfolgt ist. Ursächlich für diesen Wandel waren neben veränderten finanziellen Rahmenbedingungen der Einfluss neuer bzw. geänderter rechtlicher Grundlagen. Besonders erwähnt seien die Neuregelungen der Stichtagsregelung hinsichtlich der Schulpflicht. Im Vordergrund der gesellschaftlichen Entwicklungen steht die PISA-Studie und die Diskussion deren Ergebnisse. Hierdurch rückt gerade die Frage nach der Sprachkompetenz der Kinder in den Mittelpunkt der fachlichen und politischen Diskussionen. Da der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst hierzu als wichtiger Partner der Schulen und Kindergärten nachgefragt ist, war im Vorfeld eine Standardisierung des Untersuchungsganges und die Möglichkeit einer regionalen Gesundheitsberichterstattung notwendig. Bei der Vielzahl an Schnittstellen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes muss in diesem Zusammenhang besonders die

Verknüpfung zur Gesundheitsberichterstattung und zur Gesundheitsförderung erwähnt werden. Herausgehoben sei auch die Arbeit der regionalen Arbeitsgemeinschaften für Zahngesundheit mit ihren epidemiologischen Daten zur Kariesprävalenz und resultierenden Prophylaxemaßnahmen.

Ein Konzept zur landesweiten Neugestaltung der Schuleingangsuntersuchung liegt vor und wird derzeit in die Praxis umgesetzt. Diese berücksichtigt viele der beschriebenen Erfordernisse und betont die flächendeckende Untersuchung.

■ **Sozialmedizinische und sozialpsychiatrische Beratung, Betreuung und Vermittlung von Hilfen für besondere Zielgruppen**

Die im § 7 ÖGDG vorgesehene Beratung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Informationen über bestehende Hilfsangebote und eigene Beratungsangebote unter Beachtung der Subsidiarität zeigen in den Gesundheitsämtern sehr große regionale Unterschiede. Gerade hier hat sich die Angebots- und Personalsituation in den letzten zehn Jahren stark geändert. Hinzu kommt, dass das IfSG besondere Auswirkungen auf die STD(sexually transmitted diseases)/AIDS-Beratungsstellen hat.

Subsidiarität, Komplementarität und Reduzierung der individuellen Betreuung sind im gesamten sozialmedizinischen Dienst nicht konsequent durchzuhalten. Dies zeigt die Erfahrung der letzten Jahre.

Im Bereich Frühförderung und Behinderung hat die Nachfrage an Beratung und Begutachtung deutlich zugenommen. Die Sozial- und Jugendämter haben qualitativ und quantitativ hohe Erwartungen an die Gesundheitsämter und bestehen auf deren Leistungsfähigkeit und Fachlichkeit. Dieser Aspekt hat mit der Eingliederung an Bedeutung gewonnen.

In den Bereichen STD/AIDS-Beratung, sozialmedizinische und sozialpsychiatrische Dienste haben die Zielgruppen auch in den Landkreisen zahlenmäßig nicht abgenommen. Die Versorgung in diesem Bereich ist möglicherweise durch Sparmaßnahmen des Landes deutlich gefährdet.

Die Beratung, Betreuung und Begutachtung der genannten Zielgruppen bleibt eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsämter, um die psychosoziale Grundversorgung in diesem Bereich zu gewährleisten.

■ **Amtsärztlicher Dienst/gutachterliche Tätigkeiten**

Der Anteil amtsärztlicher Gutachten an der ärztlichen Kapazität der Gesundheitsämter konnte in den vergangenen Jahren infolge Gesetzesänderungen nur leicht gesenkt werden. Er ist mit gegenwärtig durchschnittlich 30 % immer noch sehr hoch und weit von den ursprünglich vorgesehenen 9 %² entfernt. Inwieweit sich die Änderungen im Beamtenrecht, nach dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) und nach Hartz auf die Untersuchungszahlen auswirken, ist nicht quantifizierbar. Entwicklungen in beide Richtungen sind vorstellbar. Gutachten werden allerdings auch in Zukunft fester Aufgabenbestandteil des ÖGD sein. Für diesen Bereich müssen jedoch die Qualitätsstandards weiter entwickelt und ausgebaut und (auch) zielgruppenspezifische Fortbildungsangebote entwickelt werden.

² Aufgabenanteil entsprechend dem Neuordnungskonzept, Begründung zum Gesetzentwurf ÖGDG, LT-Drs. 11/4871 vom 31.10.1994

Organisation, Struktur und Personal

Nach dem ÖGDG sind Behörden des ÖGD: das Sozialministerium als oberste Gesundheitsbehörde, die Regierungspräsidien als höhere Gesundheitsbehörden, die unteren Verwaltungsbehörden in den Landkreisen und Stadtkreisen Stuttgart, Mannheim und Heilbronn als untere Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämter) und das Landesgesundheitsamt.

Auch nach der Eingliederung in die Landratsämter sind die Gesundheitsämter staatliche Behörden und unterliegen als Teil der unteren Verwaltungsbehörden weiterhin der Dienst- und Fachaufsicht des Sozialministeriums. Die Bedeutung der Regierungspräsidien als Aufsichtsbehörde hatte durch die Eingliederung der Gesundheitsämter spürbar abgenommen. Dies ergab eine Erhebung des Innenministeriums 1999 und konnte auch im Rahmen der hiesigen Projektarbeit bestätigt werden. Demgegenüber nimmt das Landesgesundheitsamt als fachliche Leitstelle für den ÖGD eine wichtige Rolle im ÖGD ein. Es berät und unterstützt die Gesundheitsämter z. B. bei Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge und Gefahrenabwehr bei Auftreten von gefährlichen übertragbaren Krankheiten im Sinne des Seuchenalarmplans, im Großschadens- und Katastrophenfall sowie bei bioterroristischen Bedrohungen.

Das Sozialministerium ist auch nach Eingliederung der Gesundheitsämter in die Landratsämter für die Landesbediensteten im (vergleichbaren) höheren Dienst auf 332,5 Stellen personalbewirtschaftend zuständig. Ende 2003 waren dies einschließlich der beurlaubten bzw. in Teilzeit tätigen Bediensteten 413 Personen, wobei der Frauenanteil relativ konstant bei zwei Dritteln liegt. Erfreulicherweise konnte der Anteil von Bediensteten aller Berufsgruppen im (vergleichbaren) höheren Dienst, die über eine Facharztqualifikation verfügen bzw. den Amtsarztkurs oder das Aufbaustudium Public Health absolviert haben, von 70 % im Jahr 1995 auf 78 % im Jahr 2003 weiter ausgebaut werden.

Neben der Absolvierung des sechsmonatigen Amtsarzturses in München ist ein wesentlicher Bestandteil der Personalentwicklung der Erwerb von Erfahrungen auf mehreren Ebenen der Landesverwaltung im Wege der Abordnung, z. B. in das Sozialministerium, in ein Regierungspräsidium oder in mehrere Landratsämter (Gesundheitsämter). Die Tätigkeit im Sozialministerium dient für besonders qualifizierte Bedienstete unter anderem zur Vorbereitung auf das Assessment-Center und die Teilnahme an dem 15-monatigen Ausbildungsprogramm der Führungsakademie des Landes Baden-Württemberg. Auf diese Weise konnten bereits mehrere Ärzte erweiterte Führungskompetenzen erwerben und im ÖGD des Landes wieder gewinnbringend einsetzen.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung ist für die Aufgabenerledigung des ÖGD von zentraler Bedeutung.

Das Angebots des Landesgesundheitsamtes unterstützt die Mitarbeiter in den Gesundheitsämtern mit bedarfsorientierten Informationen, Fortbildungen und Workshops, um die fachlichen, methodischen und sozialen Kompetenzen für berufliches Handeln zu stärken, neuen Anforderungen frühzeitig anzupassen und zu verbindli-

chenen Qualitätsstandards in den verschiedenen Aufgabenfeldern gesundheitsbezogenen Handelns beizutragen.

Baden-Württemberg kooperiert außerdem mit der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit in Oberschleißheim. Dabei werden insbesondere der Amtsarztkurs, der Lehrgang für Gesundheitsaufseher und derjenige für Sozialmedizinische Assistentinnen von Angehörigen des baden-württembergischen ÖGD in Anspruch genommen. Die erfolgreiche Ablegung der Prüfung für den Amtsarztkurs vermittelt die Befähigung für die fachliche Leitung eines Gesundheitsamtes und die Stellvertretung (§ 4 ÖGDG). Ein wesentliches Element der Weiterbildung war auch der Aufbaustudiengang Public Health an der Universität Ulm. Dieser Studiengang wurde jedoch zum Wintersemester 2003/04 eingestellt. Schließlich sei auf die ärztliche Weiterbildung zum „Arzt für öffentliches Gesundheitswesen“ verwiesen, die durch die geforderte Teilnahme am Amtsarztkurs alle wesentlichen Kenntnisse für eine ärztliche Tätigkeit im ÖGD vermittelt.

3.2 Zukünftige Aufgabenakzentuierung

Im bundesweiten Vergleich fällt die Ausstattung des ÖGD in Baden Württemberg besonders knapp aus. Aus diesem Grunde muss im Rahmen der Aufgabenakzentuierung im ÖGDG der Schwerpunkt künftig noch mehr auf die Kernaufgaben gesetzt werden. Dies sind insbesondere der Gesundheitsschutz sowie Gesundheitsförderung/Prävention. Diese wurden bereits 1995 im ÖGDG neben der Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie als Schwerpunktbereiche genannt.

Der Gesundheitsschutz konnte in den zurückliegenden zehn Jahren am ehesten den gesetzgeberischen und gesellschaftlichen Erfordernissen angepasst werden. Die vom Gesetzgeber geforderte Akzentuierung ist dagegen bei der Kernaufgabe Gesundheitsförderung/Prävention nur teilweise gelungen, nicht zuletzt deshalb, weil die geforderte Aufgabenreduktion im amtsärztlichen/sozialmedizinischen Gutachtengebiet nicht realisiert wurde. Als weitere Gründe der nur teilweise gelungenen Akzentuierung können der unzureichende Stellenwert von Gesundheitsförderung/Prävention in der gesellschaftlichen Wahrnehmung, die unzureichende Entwicklung des Public-Health-Konzepts sowie eine vor zehn Jahren noch unzulängliche Methodik in der Gesundheitsberichterstattung genannt werden.

Die gegenwärtige Entwicklung mit einer veränderten gesellschaftlichen Krisenwahrnehmung bei gleichzeitig steigenden Anforderungen an die fachliche Kompetenz erfordert dringend eine deutliche Akzentuierung der Aufgaben. Angesichts der unübersehbaren Ressourcenknappheit sind dazu neue Lösungswege erforderlich.

Aufgaben

■ Gesundheitsschutz

Der Schutz der Bevölkerung vor Gesundheitsgefahren, insbesondere nach dem IfSG, ist obligatorische Aufgabe des ÖGD. Diese Aufgabe kann auch von keiner anderen Institution wahrgenommen werden. Dies schließt sowohl im Infektionsschutz

als auch im umweltbezogenen Gesundheitsschutz Maßnahmen der Verhältnisprävention ein. Beispiele sind die Überwachung von Anlagen zur Trinkwassergewinnung oder von Krankenhäusern und Gemeinschaftseinrichtungen in hygienischer Hinsicht (§§ 36, 37 IfSG). Zur Verfahrensoptimierung muss sich der ÖGD künftig bereits in erste Planungsstufen konstruktiv einbringen können. Eine Beteiligung im fortgeschrittenen Planungsverfahren erschwert die Wahrnehmung öffentlicher Belange durch den ÖGD.

Teil der obligatorischen Aufgaben im Gesundheitsschutz ist auch die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen - etwa die Überprüfung von Heilpraktikern oder die Aufsicht über die Berufsausübung der Hebammen. Dazu gehört die Mitwirkung bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach dem Heimgesetz (§ 7 ÖGDG). Es ist absehbar, dass aufgrund der demographischen Entwicklung und steigendem Kostendruck im Gesundheitswesen Fragen zur Qualität der Unterbringung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Zukunft an Bedeutung zunehmen und diese Funktion immer wichtiger werden wird. Aktuelles Beispiel für Überschneidungen zwischen der Verhältnisprävention im Gesundheitsschutz und der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen ist die Einbindung des ÖGD bei der Etablierung eines Hitzewarndienstes für Baden-Württemberg.

Gesellschaftliche Erwartungen an eine schnelle Reaktion auf neue Krankheitserreger (z. B. SARS), terroristische Aktivitäten oder Großschadensereignisse erfordern zwingend, dass adäquate Ressourcen im ÖGD vorgehalten werden.

■ Verbraucher- (und Patienten)beratung

Verbraucher- (und Patienten)beratung nimmt inzwischen einen hohen Stellenwert in der öffentlichen Gesundheitsvorsorge ein. Sie soll für Bevölkerung und Politik objektive und unabhängige Aufklärungs- und Informationsangebote sowie fachliche Entscheidungshilfen für ärztliche und nichtärztliche Gesundheitsdienstleistungen bereitstellen.

Individuelle Patientenberatung ist vorrangig eine Aufgabe der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Gefordert sind zunächst kassenärztliche Vereinigungen, Ärzte-, Zahnärzte- und Apothekenkammern, aber auch Krankenkassen, Verbraucherorganisationen sowie Patienteninitiativen, kommunale Initiativen und Selbsthilfegruppen. Die Gesundheitsämter bieten in den Feldern, in denen sie gesetzliche Aufgaben erfüllen, Verbraucher- (und Patienten)beratung an. In der Gesundheitsförderung/ Prävention informieren sie z. B. durch Gesundheitswegweiser über vorhandene Leistungs- und Versorgungsangebote. Eine weitere Verpflichtung der Gesundheitsämter zur Beratung besteht gegenüber Menschen, die nur unzureichend medizinisch versorgt sind. Dazu zählen soziale Rand- und Problemgruppen und unter Umständen auch ältere, pflegebedürftige und behinderte Menschen.

Verbraucher- (und Patienten)beratung wird auch dann erforderlich, wenn über das medizinische Versorgungssystem hinaus Hilfen benötigt werden. Hier bietet das Gesundheitsamt aufgrund seiner Multiprofessionalität entsprechende Beratungs- und Hilfsangebote an. Die Gesundheitsämter können auch, gestützt durch die Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, vorhandene Versorgungsstrukturen untersu-

chen und Handlungsempfehlungen geben mit dem Ziel, mögliche Fehlversorgungen aufzuzeigen und Versorgungslücken zu schließen.

■ Gesundheitsförderung/Prävention

Die Erwartungen an eine nachhaltige Initiierung und Unterstützung von Maßnahmen und Prozessen im Gemeinwesen richten sich künftig vermehrt auch auf die Querschnittsaufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention. Mit ihnen soll die Verantwortung des Einzelnen wie die von Gemeinschaften und Organisationen für gesunde Lebensbedingungen gestärkt und der Aufwand für krankheitsbezogene Leistungen gesenkt werden. Das auf Bundesebene geplante Präventionsgesetz sowie die zum § 20 SGB V entwickelten Handlungsempfehlungen der Gesetzlichen Krankenversicherung fordern und bekräftigen diese Aufgabenzuweisung.

Das Arbeitsfeld soll daher künftig verstärkt am Setting-Ansatz ausgerichtet werden, also Angebote anregen und entwickeln, die für Einzelne und Gruppen, aber ebenso in Institutionen wie Kindertageseinrichtungen, Schulen oder Wohnquartieren langfristig gesundheitsförderliche Lebensweisen und Lebenswelten ermöglichen bzw. erleichtern. Dabei gilt das Gebot der Subsidiarität. Dem ÖGD obliegt eine initiierende, koordinierende und partnerschaftliche Kooperationen stiftende Funktion im Verbund mit den anderen Akteuren in allen gesundheitsrelevanten Sektoren des öffentlichen Lebens. Die Tatsache, dass der ÖGD keine Partikularinteressen vertritt, erleichtert die Übernahme moderierender und vernetzender Aufgaben und sichert eine Vertrauensstellung in lokalen Arbeitsbündnissen (z. B. regionale Arbeitsgemeinschaften, Runde Tische).

Die Vielfalt der Handlungsansätze erfordert eine Festlegung von Prioritäten auf der Grundlage kommunaler Gesundheitsziele. Für die Prävention und Gesundheitsförderung soll die Kinder- und Jugendgesundheit für die kommenden Jahre den obligatorischen Schwerpunkt bilden. Dazu sind wichtige Synergieeffekte zu nutzen, die bereits in der kommunalen Verwaltungsstruktur - künftig noch wesentlich erweitert durch die derzeitige Verwaltungsreform - angelegt sind. Vorrangig sind dies die Kooperation mit dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst, mit Dienststellen der Jugendhilfe sowie der interdisziplinären Frühförderung, aber auch verstärkt mit der Schulaufsicht (vormals Staatliche Schulämter) oder den Schulpsychologischen Beratungsstellen. Auch in der Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit kann das präventive Potential noch weiter ausgeschöpft werden.

Weitere Arbeitsschwerpunkte, etwa zur demographischen Entwicklung (Alter) oder zur interkulturellen Gesundheitsförderung (Migration), können je nach lokaler Situation und Bedarfslage fakultativ ergänzt werden. Grundlage für die Bedarfsermittlung und Zielentwicklung in der Gesundheitsförderung/Prävention muss eine entsprechend positionierte und qualifizierte Gesundheitsberichterstattung sein. Um die knappen Ressourcen zielgerichtet einzusetzen, müssen klar festgestellte und definierte Problemsituationen Ausgangspunkt für Maßnahmen sein. Gesundheitsförderung/Prävention arbeitet dabei mit Zielen, deren Erreichung regelmäßig überprüft wird.

Mit überregionalen (z. B. landes- oder bundesweiten) Gesundheits- und Präventionszielen kann künftig eine fachliche und materielle Förderung von lokalen Projekten

verknüpft werden (Konzeptentwicklung, Begleitforschung, Evaluation, Förderfonds). Dies könnte auch für zeitlich begrenzte Modellprojekte („Experimentierklausel“) gelten.

Hinsichtlich der einzusetzenden Methoden sind landeseinheitliche Standards und Empfehlungen zu beachten. Dazu gehören neben dem Setting-Ansatz etwa das Projektmanagement, die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten („gender mainstreaming“), interkulturelle sowie Moderationskompetenzen.

■ Gesundheitsberichterstattung und Evaluation

Die Gesundheitsberichterstattung beruht auf der Beobachtung und Beschreibung der gesundheitlichen Situation und Versorgung der Bevölkerung bzw. von Bevölkerungsgruppen. Sie ist für die Zielplanung, Steuerung und Qualitätssicherung innerhalb der Aufgaben des ÖGD zwingend erforderlich. Eine räumliche und thematische Bedarfsanalyse sowie die Ergebnisevaluation von Maßnahmen und Interventionsprozessen bilden die Voraussetzung für den zielorientierten Einsatz von Ressourcen (vor allem beim Personalmanagement). Wie für alle Querschnittsaufgaben (etwa der Gesundheitsförderung) gilt auch für die Gesundheitsberichterstattung das Gebot einer Sicherstellung von Schlüsselqualifikationen und personellen Ressourcen.

Zusatzuntersuchungen, eigene Erhebungen oder Auftragsarbeiten für Dritte sind in der Regel fakultative Leistungen. Dies gilt nicht für Maßnahmen, die sich aus aktuellen lokalen Problemlagen oder gesundheitspolitischen Schwerpunktsetzungen für die Region ergeben.

Landeseinheitliche Methoden und Standards sind Voraussetzung für Vergleiche der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bedarfsorientierter Maßnahmen (Benchmarking). Sie erschließen gleichzeitig größere Synergieeffekte. Daher sind überregionale Konzepte und Kompetenzen (z. B. des Landesgesundheitsamtes) zu nutzen. Sie sind an die lokalen bzw. regionalen Schwerpunkte/Problemlagen anzupassen. Der Transfer von Erkenntnissen (Daten), Methoden und Verfahren ist vor allem für die Bereiche mit landeseinheitlichen Standards sicherzustellen.

■ Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Der Arbeitsschwerpunkt ist ausgerichtet am Ziel der Förderung von Kindergesundheit bereits im Vorschulalter. Deshalb erfolgt die Verlagerung einer flächendeckenden Untersuchung vom Einschulungs- in das Kindergartenalter.

Für Kinder im zweiten Kindergartenjahr soll eine flächendeckende Untersuchung - ergänzend zur U8 und U9 - angeboten werden, um rechtzeitig vor dem Schuleintritt Entwicklungsdefizite zu erkennen sowie Maßnahmen der Frühförderung und Prävention einzuleiten. Dazu ist auch das pädagogische Personal für Diagnostik und Intervention zu qualifizieren und einzubeziehen. Diese zusätzliche Untersuchung zu den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen U8 und U9 ist darin begründet, dass schulrelevante Risiken der kindlichen Entwicklung dort nur unvollständig erkannt werden.³

³ So waren von den Kindern, bei denen in Mannheim 2003 ein gewisses Risiko für den späteren Lese- und Schriftspracherwerb erkannt wurden, 85 % im Rahmen der U9 als unauffällig dokumentiert; bei den Kindern mit einem entsprechend hohen Risiko betrug dieser Anteil immer noch 71 %.

An der Entwicklung, Begleitung und Evaluation von diagnostischen und gesundheitsfördernden Maßnahmen für das Kindergartenalter sind die Gesundheitsämter zu beteiligen. Vor Schulbeginn ist lediglich eine Nachuntersuchung der als untersuchungsbedürftig identifizierten Kinder vorgesehen (Kinder mit auffälligen Befunden aus der Kindergartenuntersuchung bzw. aus den Einschulungsgesprächen der Kooperationspartner Kindergarten und Grundschule, Kinder mit Zurückstellungsanträgen, Kinder ohne Kindergartenbesuch, auf Wunsch der Eltern). Die Erfassung des Impfstatus ist im zweiten Kindergartenjahr ausreichend.

Gleichzeitig soll die wenig versorgte Altersgruppe der Jugendlichen ab zwölf Jahren (vorrangig Zeitraum der J1) verstärkt erreicht werden. Die Angebote sind in Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten und Krankenkassen zu entwickeln. Dabei könnte das Modell der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit Pate stehen.

Untersuchungen und Auswertungen (auch von Stichproben) sind nach landeseinheitlichen Standards durchzuführen. Die bisherige Einschulungsuntersuchung bietet dazu Grundlagen; eine Anpassung ist notwendig. Für den Bereich der Jugendlichen ist eine Methodenentwicklung notwendig. Dazu sind zentrale Ressourcen (Landesgesundheitsamt, wissenschaftliche Begleitung mit Partnern außerhalb des ÖGD) einzubinden. Ein Abgleich mit anderen Arbeitsmodellen (z. B. Bremer Gesundheitsamt, J1-Untersuchung) sowie die Einbindung in weitere Programme (z. B. Life-Skills, Sexualpädagogik) wird dringend empfohlen.

Modellberechnungen zeigen, dass diese Veränderungen mit dem derzeitigen Personal umgesetzt werden können. Die vorgestellte Aufgabenakzentuierung muss mit entsprechenden Gesetzesänderungen einher gehen. So hat aus der Neubestimmung von Untersuchungsaufträgen zwingend eine Änderung des Kindergartengesetzes zu erfolgen: Die flächendeckende Untersuchung ein bis zwei Jahre vor der Einschulung ist gesetzlich zu verankern. Parallel könnte dann § 91 Schulgesetz, der die Einschulungsuntersuchung verpflichtend vorschreibt, gestrichen werden. Ähnliches gilt für weitere gesetzliche Rahmenbedingungen bei anderen Aufgabenbereichen.

■ **Amtsärztliche und sozialmedizinische Begutachtung**

Die Gesundheitsämter erstellen auch künftig Gutachten zu sozialmedizinischen Fragestellungen (z. B. im Rahmen der Eingliederungshilfe, zur Hilfe in besonderen Lebenslagen oder zur Arbeits-/Erwerbsfähigkeit). Die Wahrnehmung dieser Aufgabe durch die eigene Verwaltung ist ganz im Interesse der Landkreise und Städte. Darüber hinaus ist die engere Kooperation der Gesundheitsämter mit den Sozial- und Jugendämtern Teil der Effizienzsteigerung durch die Eingliederung der Sonderbehörden.

Die amtsärztliche Begutachtung als staatliche Aufgabe wird reduziert um die Untersuchungen, bei denen der Bürger selbst Auftraggeber ist (insbesondere Einstellungsuntersuchungen, Beihilfeangelegenheiten, Maßnahmen der Rehabilitation, Prüfungsfähigkeit, Untersuchung nach dem Waffengesetz) sowie um die Betreuungsgutachten. Diese Bereiche sind künftig keine Dienstaufgabe mehr und werden zu Lasten der Antragsteller nach außen vergeben.

Verbleibende gutachterliche Aufgaben (z. B. Dienstunfähigkeit, Untersuchungen im Rahmen des Ausländergesetzes, Gutachten im gerichtsärztlichen Dienst mit Ausnahme der Betreuungsgutachten) sind künftig gebührenpflichtige Dienstaufgabe der Gesundheitsämter. Durch Einführung einer Gebührenpflicht kann der Personaleinsatz für diesen Aufgabenbereich refinanziert werden. Damit wird zugleich ein Wettbewerb zu anderen Gutachterdiensten eröffnet. Grundsätzlich sind Möglichkeiten einer ämterübergreifenden Kooperation anzustreben, durch die Synergieeffekte und eine Qualitätssicherung der Aufgabenerfüllung zu erwarten sind.

Aus der Neubewertung gutachterlicher, medizinischer Tätigkeiten ergibt sich mittelfristig im (vergleichbaren) höheren Dienst eine Personalressource, die in Verbindung mit Schlüsselqualifikationen vor allem aus dem Kompetenzbereich Gesundheitswissenschaften/ Public Health für die wachsenden Querschnittsaufgaben Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung/Prävention genutzt werden kann.

Umsetzungsschritte

In einem ersten Schritt wird empfohlen, die oben beschriebene neue Aufgabenakzentuierung kostenneutral umzusetzen.

Vor dem Hintergrund sich schnell ändernder Fragestellungen innerhalb der Aufgabenfelder des ÖGD bzw. dem Aufgabenwandel im Bereich der Gesundheitspolitik insgesamt sollte in einem zweiten Schritt die jetzt vorgenommene neue Aufgabenakzentuierung nach Ablauf von fünf Jahren erneut überprüft werden. Grundlage hierfür sollten stärker als bisher die von Grunow⁴ formulierten vier Thesen für die Zukunftsausrichtung des ÖGD bilden:

1. Der ÖGD ist in dem Maße zukunftsorientiert ausgerichtet, wie er sich konsequent als Bestandteil kommunaler Politik und Verwaltung versteht.
2. Die Profilbildung bedeutet für den kommunal verankerten ÖGD die Prioritätensetzung in einem Aufgabenfeld, das einen Querschnittscharakter aufweist. Deshalb ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen:
 - den fachlichen Dienstleistungen des Gesundheitsamtes,
 - der Koordination von gesundheitsbezogenen Querschnittsaufgaben, die auf die Kommunalverwaltung insgesamt verteilt sind und
 - den Steuerungsfunktionen im Hinblick auf Aufgaben, die von Dritten (Verbänden, Selbsthilfegruppen, privaten Anbietern, freiwilligem Bürgerengagement) erbracht werden.
3. Der ÖGD sollte sich schwerpunktmäßig auf präventive bevölkerungsmedizinische Aufgaben konzentrieren und dabei den Zukunftsbezug bzw. die Nachhaltigkeitsperspektive beachten.
4. Der ÖGD muss sich im Bereich der Nebenaufgaben (also Aufgaben jenseits des Kernprofils) auf Geschäftsfelder beschränken, die mindestens kostendeckende Zusatzeinnahmen sichern - und so unter anderem einen Teil der Leitungskosten refinanzieren.

⁴ Grunow, Dieter: „Selbstverständnis des ÖGD – vorbereitet auf veränderte, zukünftige Aufgaben?“, Referat anlässlich des Fachsymposiums am 25.03.2004 in Stuttgart

3.3 Zukünftige Steuerung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Arbeitsteilige Aufgabenerledigung

Aufgrund des Spezialisierungsgrads verschiedener Aufgaben der staatlichen Gesundheitsverwaltung wurde schon in der Vergangenheit wiederholt über den geeigneten Grad der Zentralisierung diskutiert, um eine höchstmögliche Effizienz der Aufgabenerledigung zu ermöglichen. Unstrittigen Effizienzgewinnen steht jedoch ein Verlust an Bürgernähe gegenüber. Spezialisierte Aufgaben, bei denen arbeitsteilige Aufgabenerledigung zu einer Effizienzsteigerung führen könnte, bestehen in folgenden Bereichen:

- **Gesundheitsschutz:** Fachliche oder organisatorische Fragen des Infektionsschutzes und des umweltbezogener Gesundheitsschutzes, z. B. im Bereich des Krankenhaushygiene-Qualitätsmanagements, der Umwelttoxikologie oder im Zusammenhang mit dem überregionalen Auftreten von Infektionskrankheiten, erfordern einen hohen Spezialisierungsgrad und übersteigen deshalb das Kompetenzprofil eines einzelnen Gesundheitsamtes. Diese Aufgaben müssen zentral bearbeitet oder zumindest zentral fachlich gesteuert werden.
- **Gesundheitsberichterstattung:** Datenbeschaffung und -analysen sowie technische Arbeitsgänge der Berichterstellung sind spezialisierte Prozesse, die in Teilbereichen zentralisiert effizienter durchgeführt werden könnten. Die handlungsleitende Berichterstattung muss jedoch eng in Planungsprozesse vor Ort eingebunden sein, da für berichts-basierte Planungen der laufende Zugriff auf Wissen und Fachkompetenz des Berichterstatters notwendig ist. Effizient wäre insofern eine Kombination aus zentraler Hilfestellung für die Gesundheitsberichterstattung (z. B. durch das Landesgesundheitsamt) bei gleichzeitiger klarer Verantwortlichkeit der lokalen Ebene für die Berichterstattung und daraus resultierenden Handlungsempfehlungen.
- **Epidemiologie:** Spezielle epidemiologische Kompetenzen werden vor allem für Ausbruchsuntersuchungen, fragliche Krankheitshäufungen und komplexe Auswertungen für die Gesundheitsberichterstattung benötigt. Der notwendige Spezialisierungsgrad für epidemiologische Auswertungen ist weit überdurchschnittlich. Daher ist schon heute ein hohes Maß an Aufgabenteilung vorhanden. Das Landesgesundheitsamt spielt für differenzierte lokale Analysen eine wichtige Rolle.
- **Amtsärztlicher Dienst, etwa Begutachtungen der Dienstfähigkeit:** Aufgrund der begrenzten personellen Ressourcen kleinerer Ämter stehen oftmals nicht alle notwendigen fachärztlichen Kompetenzen zur Verfügung. Eine arbeitsteilige Aufgabenerledigung würde sich deshalb unter Qualitätsmanagement-Aspekten anbieten.

Schon heute besteht durch das Landesgesundheitsamt als fachliche Leitstelle für den ÖGD ein hohes Maß an Arbeitsteilung. An eine noch stärkere zentral organisierte methodische Unterstützung ist unter Effizienzaspekten etwa bei der infektiologisch-epidemiologischen Task Force, dem Qualitätsmanagement des amtsärztlichen Dienstes, der Gesundheitsberichterstattung, der Regionalen Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit und bei spezifischen Fragestellungen im Bereich des Gesundheitsschutzes zu denken.

In Baden-Württemberg bleibt die Aufgabenteilung zwischen den lokal agierenden Gesundheitsämtern und dem Landesgesundheitsamt aufgrund der begrenzten lokalen Ressourcen unverzichtbar.

Organisatorische Einbindung

Für die sinnvolle Einbindung des ÖGD in die Landratsämter und Bürgermeisterämter der Stadtkreise sind je nach organisatorischem Zuschnitt verschiedene Modelle für den ÖGD denkbar, da Schnittstellen zu unterschiedlichen Bereichen der Verwaltung von Landkreis/Stadt bestehen und erforderlich sind. Dies betrifft vor allem folgende Zuständigkeitsbereiche:

- Sicherheit und Ordnung, vor allem für die Aufgabenbereiche des Gesundheits- und Katastrophenschutzes, aber auch im psychiatrischen Gutachtenwesen oder bei den Zuständigkeiten im Rahmen des Heimgesetzes
- Verbraucherschutz, vor allem für die Aufgaben im Bereich Lebensmittelhygiene
- Gesundheitliche Versorgung (z. B. Krankenhäuser), vor allem im Bereich Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung/Prävention und Hygiene
- Soziales, vor allem für Aufgaben im Gutachtenwesen, in der Gesundheitsberichterstattung/Sozialplanung, Gesundheitsförderung/Prävention und in der Altenhilfe
- Kinder und Jugendliche, vor allem für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, die Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung/Prävention
- (zukünftig) Schulämter, Ernährung, vor allem für das Gutachtenwesen, die Lebensmittelhygiene und die Gesundheitsförderung/Prävention
- (externe Partner wie z. B.) Versorgungseinrichtungen, Krankenkassen oder Beratungseinrichtungen
- Selbsthilfegruppen, Bildungseinrichtungen

Ungeachtet der jeweiligen Einbindung des ÖGD ist es für eine effektive und effiziente Aufgabenerledigung unerlässlich, Möglichkeiten der Kooperation mehr als bisher aktiv zu nutzen und zu gestalten. So spielen etwa Gremien wie die Regionalen Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit aufgrund der Vielzahl der beteiligten Kooperationspartner in und außerhalb der Verwaltung von Landkreis/Stadt eine wichtige Rolle. Hier wurden in der Vergangenheit mögliche Effizienzgewinne nicht vollständig ausgeschöpft. Dies gilt auch für Schnittstellen zwischen eng verwandten Planungsbereichen wie Soziales, Kinder/Jugendliche, Schule und Gesundheit. Hier können künftig etwa durch eine engere Verknüpfung von Informationen und Planungen von Jugendämtern (Sozialräumliche Planung, Integrierte Berichterstattung auf örtlicher Ebene im Jugendhilfebereich/IBÖ), Schulämtern und ÖGD (Einschulungsuntersuchungen, Gesundheitsberichterstattung) zielgenaue Präventionsmaßnahmen vergleichsweise leicht entwickelt werden.

Interne Steuerung - Zielsysteme

Jede Verwaltung muss ihre Aufgaben effizient und in guter Qualität erbringen. Die Anforderungen ergeben sich für den ÖGD aus der Breite seines Aufgabenspektrums und dem Wandel der Anforderungen, dem er sich stellen muss. Dies betrifft etwa die

jahreszeitlichen Schwerpunkte (z. B. Einschulungsuntersuchung), Projekt orientiertes Arbeiten (z. B. Gesundheitsförderung/Prävention) oder Anlass bezogenes Handeln des ÖGD im Bereich des Gesundheitsschutzes (sogenannte „Feuerwehrfunktion“, z. B. Bioterrorismus, SARS). Dies sind dauerhafte ÖGD-Strukturmerkmale; sie stellen besondere Anforderungen an die Steuerung.

Orientierungsmaßstab müssen dabei in erster Linie Sachziele sein, die sich auf den quantitativen, qualitativen und zeitlichen Erfüllungsgrad von Leistungen beziehen. Die Einführung eines entsprechenden Zielsystems ermöglicht,

- Ressourcen effizient einzusetzen,
- adäquat auf regionale Veränderungen zu reagieren,
- Ergebnisse der Arbeit messbar sowie
- Leistungen und Leistungserbringung transparent zu machen.

Diesen Anforderungen müssen die Führungskräfte des ÖGD gerecht werden, da sie für diese Steuerung (kontinuierlich neu justieren und Ziele bestimmen) verantwortlich sind. Sie brauchen neben der fachlichen Kompetenz ein hohes Maß an Managementkompetenz und müssen mit den unterschiedlichen Steuerungs- und Control-Instrumenten (z. B. einer Balanced Scorecard oder Zielvereinbarung) umgehen und sie aktiv und zielgerichtet einsetzen können. Auch das Leitbild des ÖGD (Ableitung aus dem ÖGDG) muss regional akzentuiert werden.

Gesundheitsberichterstattung erfüllt in einem solchen System zwei Funktionen. Zum einen stellt sie ein zentrales Mittel zur Analyse dar und ermöglicht damit, regionale, am Bedarf orientierte Ziele zu setzen. Sie dient darüber hinaus der Sicherung der Aufgabenqualität (Evaluation) und ermöglicht kontinuierliche Anpassungs- und Veränderungsprozesse. Sie ist unabdingbare Voraussetzung für zielgerichtete Maßnahmen etwa in der Gesundheitsförderung/Prävention sowie im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst als präventivem Schwerpunktbereich (Unterstützung der Untersucherkalibrierung, räumliche Bedarfsanalyse). Erforderlich sind dafür Ergebnis (Outcome) orientierte Kennzahlen.

Die beschriebene Steuerung ermöglicht es, die Personalressourcen optimal einzusetzen. Die Breite der ÖGD-Aufgabengebiete muss allerdings berücksichtigt werden. Ein Wechsel über zu viele Ziel- bzw. Aufgabengebiete würde Personen und damit auch die Organisation überfordern, so z. B. zwischen eher konzeptionellen oder auf Projekte bezogenen Leistungen (Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung/Prävention, Managementaufgaben) und individualmedizinisch geprägten Leistungen (z. B. amtsärztlicher Dienst). Dies könnte dadurch gelöst werden, dass Mitarbeiter neben Kernbereichen (Spezialisten) einen Pool an themenverwandten Arbeitsbereichen haben und so z. B. abteilungsintern Aufgaben aus Gesundheitsförderung/Prävention zusätzlich bewältigt werden können. Klare Zielvorgaben sind allerdings unerlässlich, damit diese Aufgaben z. B. in der Alltagsroutine nicht wegfallen.

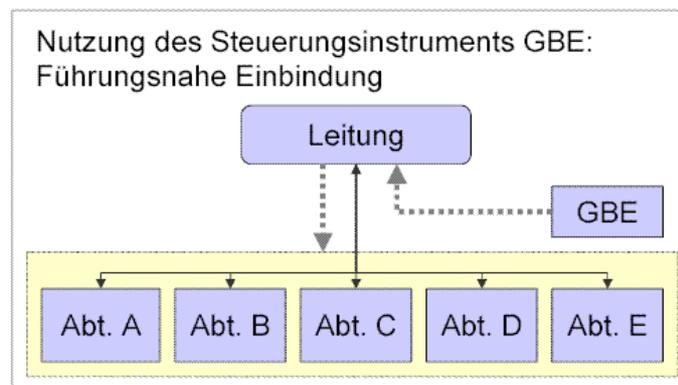
Innere Organisation

Institutionelle Größe und interne Einbindung des ÖGD sind innerhalb Baden-Württembergs so unterschiedlich, dass einheitliche Empfehlungen nur bedingt mög-

lich sind. Erhebliche Teilbereiche des Aufgabenspektrums sind außerdem nur begrenzt steuerbar, da es sich um Pflichtaufgaben nach Weisung handelt.

Um eine zielgerichtete Steuerung des ÖGD zu ermöglichen, müssen folgende Teilaspekte Berücksichtigung finden:

- Personal für das oben beschriebene Ziel gesteuerte Wechseln (oder „Switchen“) zwischen verschiedenen Aufgabenbereichen muss entsprechend ausgebildet, organisatorisch klar benannt und regelmäßig auf ihr jeweils vorrangiges Aufgabengebiet hin überprüft werden.
- Für die Leitungsebene (z. B. Amtsleitung) stellt die Gesundheitsberichterstattung ein wesentliches Steuerungsinstrument des ÖGD dar. Sie kann aber nur wirksam werden, wenn sie auch auf der Leitungsebene erfolgt und dort kompetent genutzt wird. Für eine optimierte interne Planung (z. B. das oben genannte Switchen) muss Gesundheitsberichterstattung daher entsprechend organisatorisch auf der Leitungsebene eingebunden sein (z. B. Abteilungsleitung, Stabsstelle).
- Insbesondere zwischen den Arbeitsfeldern Gesundheitsförderung/Prävention, dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und der Gesundheitsberichterstattung müssen enge Schnittstellen gegeben sein. Sie dienen sensiblen Führungsfunktionen wie Qualitätssicherung, Ressourcen- und Zielplanung. Diese müssen daher auf der Leitungsebene angesiedelt sein und ihre Funktion muss sichergestellt werden.



3.4 Der Öffentliche Gesundheitsdienst und die europäische Entwicklung im Bereich der öffentlichen Gesundheit

Die Bedeutung der Europäischen Gemeinschaft (EG) im Bereich der öffentlichen Gesundheit hat in den letzten Jahren, insbesondere seit dem Vertrag von Maastricht, an Bedeutung gewonnen. Der Vertrag gab der Gemeinschaft eine besondere Rolle bei der Gesundheitsförderung/Prävention von Krankheiten. Auf dieser Basis wurden spezifische Gesundheitsprogramme sowie eine Reihe anderer Aktivitäten entwickelt (z. B. Gesundheitsförderung, AIDS, Sucht und umweltbedingte Krankheiten).

Aufbauend auf diese Einzelprogramme und Aktionen wurde im Rahmen einer Gesamtstrategie ein Aktionsprogramm im Bereich der öffentlichen Gesundheit entwickelt und am 23.09.2002 vom Europäischen Parlament und vom Rat beschlossen.

Dabei hat sich das Verständnis der EG über ihre Rolle im Bereich der öffentlichen Gesundheit mit den neuen Herausforderungen und geänderten Rahmenbedingungen weiterentwickelt. Danach soll die Gesundheitspolitik im Bereich der öffentlichen Gesundheit drei Aktionsschwerpunkte enthalten:

- Verbesserung der Information zur Entwicklung der öffentlichen Gesundheit
- Rasche Reaktion auf Gesundheitsgefahren
- Berücksichtigung der für die Gesundheit bestimmenden Faktoren durch Gesundheitsförderung und Prävention⁵

Das Aktionsprogramm im Bereich der öffentlichen Gesundheit soll dazu beitragen, dass

- durch Förderung einer integrierten und Sektor übergreifenden Gesundheitsstrategie bei der Festlegung und Durchführung sämtlicher Bereiche der Gemeinschaftspolitik und -maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt wird,
- Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abgebaut werden,
- die Zusammenarbeit der EU-Staaten in den unter Art. 152 EGV* fallenden Bereichen gefördert wird.

Die aufgeführten Aktionsschwerpunkte stehen in Einklang mit wesentlichen Aufgabenschwerpunkten des ÖGD in Baden-Württemberg (Gesundheitsschutz, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung/Prävention). Auf allen diesen Gebieten verfügt der ÖGD über eine hohe Kompetenz, die in die Entwicklung auf europäischer Ebene mit einfließen sollte. Als ein Beispiel kann hier die durch die Beobachtungsgesundheitsämter gewonnene Expertise gelten sowie die entsprechenden Bemühungen der EU im Rahmen des SCALE-Programmes, ein Biomonitoring für Kinder auf europäischer Ebene zu etablieren. Umgekehrt sind durch Kooperationen mit europäischen Partnern im Rahmen von Projekten auch Impulse für die eigene Aufgabewahrnehmung zu erwarten. Allerdings werden im Rahmen des Aktionsprogramms vorrangig solche Projekte gefördert, die gewichtige Schwerpunkte betreffen und in der Regel die Kooperation nicht nur mit Partnern in andern EU-Mitgliedsstaaten erfordern, sondern oft auch eine Koordination innerhalb Deutschlands notwendig, zumindest jedoch ratsam machen. Die Möglichkeiten des ÖGD, sich aktiv an den europäischen Förderprogrammen zu beteiligen, waren bisher aufgrund der unzureichenden organisatorischen und verwaltungstechnischen Möglichkeiten begrenzt. Wenn diese Option in Zukunft stärker genutzt werden soll, wofür ausdrücklich plädiert wird, ist es erforderlich, für den ÖGD eine Koordinierungsstelle einzurichten, die z. B. bei der Projektformulierung und Partnersuche unterstützend tätig ist. Auf Grund der Leitstellenfunktion des Landesgesundheitsamtes für den ÖGD in Baden-Württemberg sollte überlegt werden, diese Aufgabe beim Landesgesundheitsamt zu etablieren.

⁵ Auf die übrigen im jetzigen Art 152 EG-Vertrag (Vertrag von Amsterdam) geregelten Aufgaben und Kompetenzen und auf die Wechselwirkungen mit anderen Gemeinschaftspolitiken ist hier nicht näher einzugehen.

Neben den Aktionsprogrammen erfolgt die Förderung von Mitgliedstaaten durch die Europäische Union auch im Rahmen der Strukturfonds. Für den Bereich der öffentlichen Gesundheit in Baden-Württemberg war die im Rahmen des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) eingerichtete Gemeinschaftsinitiative INTERREG von Bedeutung. Obwohl es hier schon Beteiligungen des ÖGD⁶ gibt, wäre eine gesteigerte Beteiligung an entsprechenden Programmen wünschenswert, da durch INTERREG insbesondere die grenzüberschreitende Zusammenarbeit gefördert werden soll, was auch erklärtes Ziel der Landespolitik ist.

3.5 Zukünftige Personalentwicklung

Auch nach Vollzug des Verwaltungsstruktur-Reformgesetzes wird das Sozialministerium weiterhin unmittelbar personalbewirtschaftend für den (vergleichbaren) höheren Dienst bei den Gesundheitsämtern zuständig sein. Es gilt daher, für diese Zielgruppe Konzeptionen zur Personalentwicklung vor dem Hintergrund der durch die Verwaltungsreform veränderten Strukturen zu entwerfen bzw. weiterzuentwickeln.

Es ist zu erwarten, dass die künftigen Rahmenbedingungen insgesamt durch knapper werdende personelle und finanzielle Ressourcen einerseits sowie andererseits durch eine Zunahme der Vernetzung von Aufgaben des ÖGD mit anderen Aufgabenbereichen innerhalb der Landratsämter geprägt sein werden. Neben den fachlichen Kompetenzen werden daher zukünftig vermehrt Management- und Führungskompetenzen erforderlich sein, damit der ÖGD für die Herausforderungen der kommenden Jahre gewappnet ist.

Der Schwerpunkt der Personalentwicklung für den (vergleichbaren) höheren Dienst bei den Gesundheitsämtern wird daher vor allem in der Führungskräfteentwicklung liegen. Das Staatsministerium hat ein ressortübergreifendes Rahmenkonzept der Landesregierung zur Führungskräfteentwicklung erarbeitet, welches im August 2004 vom Kabinett beschlossen wurde. Die Ministerien haben sich verpflichtet, den gesteckten Rahmen binnen einer Frist von drei Jahren mit Hilfe aufgabenspezifischer Führungskräfteentwicklungskonzepte zu konkretisieren.

Zentrales Element des Rahmenkonzeptes ist die Förderung der Verwendungsbreite durch horizontale und vertikale Rotation. Für (künftige) Führungskräfte sind Rotationserfahrungen in verschiedenen Funktionen und auf unterschiedlichen Ebenen der Landesverwaltung grundsätzlich erforderlich, um sowohl die fachliche Qualifizierung als auch die persönliche, methodische und soziale Kompetenz zu erweitern. Im Hinblick auf den ÖGD kommen daher wie bisher vor allem Abordnungen in das Sozialministerium sowie bei Bedarf in die Regierungspräsidien und zu anderen Gesundheitsämtern in Betracht.

Ein weiterer Baustein wird weiterhin der 15-monatige Führungslehrgang an der Führungsakademie in Karlsruhe sein. Daneben soll die Bildung ressortübergreifender Netzwerke erfolgen, um durch das Kennenlernen übergreifender politischer, gesell-

⁶ Aktuelles Beispiel ist das Präventionsprojekt „Euregio Adipositas“ der Bodenseeanrainer-Staaten zur Vorbeugung von Übergewicht und zur Behandlung von Fettleibigkeit

schaftlicher und wirtschaftlicher Zusammenhänge ein gemeinsames „Konzernverständnis“ zu fördern.

Bei der Konkretisierung dieser Rahmenkonzeption für den ÖGD ergeben sich im Hinblick auf die bestehende Eingliederung der Gesundheitsämter in die Landratsämter besondere Herausforderungen. So erscheint es erforderlich, dass alle beteiligten Verwaltungsebenen einschließlich der Landratsämter und der Regierungspräsidien sowie das Innenministerium in fortlaufendem Kontakt und Austausch miteinander stehen und die Durchführung der Personalentwicklungsmaßnahmen miteinander abstimmen und koordinieren. Insbesondere den Regierungspräsidien kommt im Hinblick auf ihre Funktion als Endbeurteiler für den (vergleichbaren) höheren Dienst bei den Landratsämtern insoweit eine Schlüsselfunktion zu. Bei den Landratsämtern gilt es, künftig verstärkt für einen kreisübergreifenden Blickwinkel unter Berücksichtigung der personalentwicklerischen Erfordernisse des gesamten ÖGD zu werben.

3.6 Zukünftige Aus-, Fort- und Weiterbildung

Vorschläge zu den Fortbildungsangeboten des Landesgesundheitsamtes

Ziel der Fortbildungen des Landesgesundheitsamtes ist, die fachlichen, methodischen und kommunikativen Kompetenzen des ÖGD überwiegend berufsgruppenübergreifend zu stärken und neuen Anforderungen frühzeitig anzupassen. Dafür ist der ständige Abgleich der Zielsetzungen in den jeweiligen Kern- bzw. Schwerpunktaufgaben des ÖGD mit möglichen Umsetzungsstrategien und zur Verfügung stehenden Kooperationspartnern erforderlich. Auf diese Erfordernisse muss das Fortbildungsangebot zukünftig noch zielgerichteter ausgerichtet werden. Außerdem ist auf die Entwicklung verbindlicher Qualitätsstandards des ÖGD hinzuarbeiten.

Um die Moderations-, Koordinierungs- und Managementanforderungen des ÖGD zu stärken und weiter zu entwickeln, sollten die Fortbildungsinhalte zusätzlich um ÖGD-relevante Themenstellungen aus den Bereichen Führung/Einsatz moderner Steuerungsinstrumente erweitert werden.

Insgesamt wird zu prüfen sein,

- ob die Inhalte durch Bereitstellung von Informationen (z. B. über Printmedien oder auf elektronischem Weg), durch Beratung bzw. projektbezogene fachliche Begleitung, durch Institutionen und Fach bezogene Hospitationen/Praktika oder durch andere Formen der Vermittlung optimiert werden können. Dezentral angesiedelte Arbeits-/Projektgruppen und Qualitätszirkel sollten noch mehr genutzt werden und zentrale Fortbildungsveranstaltungen ergänzen.
- inwieweit die Fortbildungsarbeit durch Kooperation mit anderen Einrichtungen (auch über die Landesgrenzen hinaus) auf eine breitere Basis gestellt, arbeitsteilig und damit auch kostengünstiger organisiert werden kann. Dies betrifft die Bearbeitung einzelner Themen (z. B. LAUG-Initiative im Bereich Umwelt und Gesundheit) ebenso wie berufsspezifische Qualifikationen (z. B. Amtsarzturse).
- welche Angebote ggf. auch von anderen Anbietern zur Verfügung stehen und Verweise darauf ausreichen.

Auf die Vermeidung von Doppelstrukturen und Parallelangeboten (z. B. SAMA, Wirtschafts- und Verwaltungsakademie, Führungsakademie, Anbietern von Amtsarztkursen) und auf Kostentransparenz sollte geachtet werden. So ist eine angemessene Refinanzierung der Fortbildungskosten z. B. durch Teilnehmer auch außerhalb des ÖGD Baden-Württembergs durchaus denkbar, z. T. aus Kostengründen sogar wünschenswert. Auf eine Umlage von Fortbildungskosten auf Teilnehmer aus dem ÖGD Baden-Württemberg sollte in Bereich der Erledigung der Kern- bzw. Schwerpunktaufgaben auch weiterhin möglichst verzichtet werden.

Zur Stärkung der Fortbildungsschwerpunktes und als Refinanzierungsmodell des Landesgesundheitsamtes wird empfohlen, zusätzliche, Gewinn bringende gesundheitsbezogene Fortbildungen und Publikationen/Unterrichtsmaterialien (z. B. im Bereich der Hygiene) für Zielgruppen außerhalb des ÖGD anzubieten und zu prüfen, inwieweit das Angebot des Landesgesundheitsamtes im Sinne einer „Fortbildungsakademie“ weiterentwickelt werden kann.

Vorschläge zur Weiterentwicklung des Amtsarzturses

Es wird vorgeschlagen, den Amtsarztkurs zukünftig im Rahmen eines Kooperationsmodells durchzuführen. Dabei werden Schwerpunktthemen weiterhin von den bisherigen Akademien in München und Düsseldorf gelehrt. Baden-württembergische Teilnehmer werden weiterhin nach München abgeordnet, jedoch unter der eindeutigen Maßgabe, dass die inhaltlichen und strukturellen Kritikpunkte aufgenommen und umgesetzt werden. Dies wird im Rahmen einer Evaluation überprüft.

- **Strukturelle Reform:** Aufsplittung des Amtsarzturses in München in Module (z. B. analog den sozialmedizinischen Kursen bei der SAMA/Stuttgart oder den allgemeinmedizinischen Kursen bei den Bezirksärztekammern, die immer im Block über zwei Wochen durchgeführt werden). Einzelne Module können zeitlich unbegrenzt nachgeholt werden und werden über mehrere Jahre hin angeboten. Zudem sollten mehr Referenten aus dem ÖGD Baden-Württemberg einbezogen werden. Die Einführung von Evaluationsmethoden ist für eine Qualitätssteigerung des Kurses notwendig. Es wäre wünschenswert, wenn die Prüfung für den Amtsarztkurs die Facharztprüfung ersetzen könnte. **Inhaltliche Reform:** Themen sollten verstärkt berücksichtigt bzw. aufgenommen werden (z. B. Hygienebegehungen in Kliniken, Heimbegehungen/Teilnahme an einer Begehung, medizinische Begutachtungen nach dem BSHG), andere Themen reduziert werden (z. B. Sozialepidemiologie, Betäubungsmittelrecht).
- **Spezifisches baden-württembergisches Angebot:** Neben den in München angebotenen Modulen soll ein spezifisches baden-württembergisches Fortbildungselement für Teilnehmer aus Baden-Württemberg angeboten werden. Hierbei sollen baden-württembergische Themen, die bei den bisherigen Amtsarztkursen nicht behandelt wurden, bearbeitet werden (z. B. baden-württembergische Verwaltungsvorschriften, aber auch Landesgesetze wie das Unterbringungsgesetz). Zur inhaltlichen und formalen Gestaltung sollte eine Arbeitsgruppe gebildet werden.

Sollten diese Veränderungen insbesondere von der Akademie in München nicht umgesetzt werden, wäre es langfristig sinnvoll, auf alternative Angebote (z. B. die Aka-

demie für öffentliches Gesundheitswesen in NRW) zurückzugreifen oder eine eigene Variante für einen Amtsarztkurs kostenneutral in Baden-Württemberg durchzuführen. Für die Durchführung käme das Landesgesundheitsamt in Betracht.

Vorschläge zur Weiterentwicklung der Fort- und Weiterbildung der Sozialmedizinischen Assistentinnen

Die unterschiedliche berufliche Herkunft bzw. Berufsausbildungen und beruflichen Vorerfahrungen der Sozialmedizinischen Assistentinnen (SMA) in den Gesundheitsämtern (z. B. Arzthelferin, Krankenschwester und Kinderkrankenschwester, Zahnarzthelferin, Hebamme) erfordern eine qualifizierte Fortbildung, die einen einheitlichen Ausbildungsstandard sicherstellt und den in den letzten Jahren gestiegenen und weiter ansteigenden Anforderungen gerecht wird. In den letzten Jahren hat sich die Arbeitssituation der SMA stark verändert. Eigenständiges und eigenverantwortliches Arbeiten stehen weit mehr im Vordergrund, während die Ärzte zunehmend Moderations-, Koordinierungs- und Managementaufgaben übernommen haben. Beispielhaft seien die in weiten Teilen Baden-Württembergs mittlerweile eingeführten, zweigeteilten Einschulungsuntersuchungen genannt. In vielen Gesundheitsämtern haben die SMA traditionell noch weitere Aufgabenbereiche (z. B. Durchführung von Impfaktionen, Mitarbeit in regionalen Arbeitsgemeinschaften, Projektarbeit im Präventionsbereich und Beratungstätigkeiten). Um die fachlichen Kompetenzen der SMA im ÖGD zu erhalten und zu stärken, sollte zusätzlich ein berufsbegleitendes Fortbildungsangebot zur Verfügung stehen.

Folgende Einzelvorschläge werden unterbreitet:

- Der SMA-Kurs an der Akademie in München sollte zur Standardausbildung gehören und von allen SMA verpflichtend besucht werden. Die zentrale Zielsetzung dieser Fortbildung besteht darin, das Qualifikationsprofil der Pflegeberufe den Aufgaben und Anforderungen des ÖGD anzupassen. So sind die Krankenpflegeberufe von der Ausbildung her individualmedizinisch und kurativ orientiert, während die Aufgaben des ÖGD bevölkerungsmedizinisch ausgerichtet sind. Die Ausbildungsdauer des Kurses könnte durchaus reduziert und in Modul-Form in je zwei 14-tägige Kursblöcke im Jahr, verteilt auf 3-4 Jahre, aufgeteilt werden. Kürzere fortbildungsbedingte „Fehlzeiten“ würden sowohl die Akzeptanz bei den Landratsämtern als auch die Arbeitsplanung der SMA erleichtern.
- Hospitationen/Praktika in sozialen und medizinischen Einrichtungen der Landkreise (z. B. in Behinderteneinrichtungen, Frühförderstellen, Schulkindergärten für förderbedürftige Kinder, Förderschulen bis hin zu Kreiskrankenhäusern), abgestimmt auf die Berufsausbildung und die berufliche Erfahrung der SMA, verbreitern das Erfahrungsspektrum und fördern die fachliche Kompetenz.
- Berufsbegleitende Fortbildungen durch das Landesgesundheitsamt zu fachbezogenen Themen (z. B. Neukonzeptionen der Einschulungsuntersuchung, neue Aufgaben oder Aufgabenteilung zwischen Arzt und SMA) sowie die regionale Bildung von Arbeitsgruppen oder Qualitätszirkeln der SMA unterstützen und verbessern die operative Ebene der beruflichen Arbeit.

■ **Vorschläge zur Weiterentwicklung der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsaufseher**

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsaufseher ist weder bundes- noch landeseinheitlich geregelt. Es gibt keine Pflicht zur Fort- und Weiterbildung wie im ärztlichen Bereich. Die beiden Akademien für öffentliches Gesundheitswesen bieten spezifische Fort- und Weiterbildungen für Gesundheitsaufseher an.

Vorschläge zur Weiterentwicklung der Ausbildung (Lehrgang für Gesundheitsaufseher):

- Grundvoraussetzung für die Zulassung zum Lehrgang ist die bestandene Prüfung als Desinfektor.
- Vor Besuch des Lehrgangs an der bayerischen Akademie sollte künftig ein mindestens sechsmonatiges Praktikum abgeleistet werden bzw. der Bewerber vor Absolvierung des Lehrgangs mindestens sechs Monate als Gesundheitsaufseher tätig sein. Der sich daran anschließende Lehrgang sollte sechs Monate dauern (bisher: 436 Stunden).
- Die Kurzevaluationen der Lehrgangsteilnehmer aus den Jahren 2000 - 2003 lassen erkennen, dass künftig die Ausbildungsinhalte weniger Bayern spezifisch und auch für baden-württembergische Kursteilnehmer Erkenntnis erweiternd und Gewinn bringend sein sollten. Dies betrifft insbesondere den Abschnitt Recht, Verwaltung und Staatsbürgerkunde. Hier gilt es, gegenüber der bayerischen Akademie die baden-württembergischen Vorstellungen entsprechend einzubringen.

Folgende Einzelvorschläge werden unterbreitet:

- Aus fachlicher Sicht wünschenswert wäre eine Verpflichtung der Gesundheitsaufseher zur Fort- und Weiterbildung, wie sie aus dem ärztlichen Bereich bekannt ist. Um die Arbeitgeber durch eine längere Abwesenheit der Mitarbeiter nicht über Gebühr zu belasten, wäre eine Ausbildung in mehreren Schritten oder Modulen (mit der Dauer der einzelnen Module von wenigen Wochen) eine Möglichkeit, dieser Belastung entgegen zu wirken.
- In Baden-Württemberg könnte die Fortbildung über einen oder zwei Veranstalter (z. B. Berufsverband der Hygieneinspektoren, der schon seit langem solche Veranstaltungen erfolgreich durchführt oder das Landesgesundheitsamt) erfolgen. Führte z. B. das Landesgesundheitsamt diese Fortbildung durch, könnte eine gemeinsame Teilnahme von Gesundheitsaufsehern und Ärzten im Bereich Umwelt zu Synergien führen.
- Aus fachlicher Sicht wäre es zudem erstrebenswert, diese Fort- und Weiterbildung in ein zertifiziertes und evaluiertes Kursumfeld einzubetten. Wären diese Kurse mit einer Leistungsbewertung versehen, könnte das Erreichen einer bestimmten Leistungsstufe zum Führen einer Berufsbezeichnung berechtigen. Dies bedarf allerdings der engen Abstimmung mit den Land- und Stadtkreisen sowie den kommunalen Landesverbänden.

3.7 Neue Organisationsstrukturen (Verwaltungsstruktur-Reformgesetz)

Am 30.06.2004 wurde das Verwaltungsstruktur-Reformgesetz vom baden-württembergischen Landtag beschlossen. Danach tritt die umfassende Reform der Landesverwaltung zu Beginn 2005 in Kraft.

Für den ÖGD sind damit Änderungen verbunden. Eine wesentliche Änderung gegenüber der bisherigen Organisationsstruktur betrifft das Landesgesundheitsamt, das als sogenannte Vor-Ort-Behörde in das Regierungspräsidium Stuttgart eingegliedert wird, jedoch als fachliche Leitstelle für den ÖGD nach wie vor für ganz Baden-Württemberg zuständig bleibt. Das Landesgesundheitsamt wird die Abteilung 9 des Regierungspräsidiums, der außerdem das Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen angehören wird. Mit der Eingliederung des Landesgesundheitsamtes in das Regierungspräsidium Stuttgart wechselt auch die Dienstaufsicht zum Innenministerium.

An den Aufgaben wird sich durch die Eingliederung keine Veränderung ergeben. Allerdings kann als Folge der zu erbringenden 20 %igen Effizienzredite (d. h. im Wesentlichen durch Personaleinsparung) der Zwang zur erneuten Aufgabenkritik und Leistungsbeschränkung in den kommenden Jahren entstehen.

Bei den schon seit 1995 in die Landratsämter und Bürgermeisterämter der Stadtkreise eingegliederten Gesundheitsämtern können sich in Folge der Verwaltungsreform Änderungen in Zuschnitt und Organisation im Rahmen der Neuorganisation der Landratsämter ergeben. Aber auch neue Kooperationsmöglichkeiten mit neu in die Landratsämter eingegliederten Behörden (z. B. Versorgungsämter, Schulämter) werden dadurch eröffnet.

Mitglieder der AG ÖGDG

Vorsitzender	Dr. Jürgen Wuthe Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
Geschäftsstelle	Matthias Appelt Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
Mitglieder	Dr. Peter Friebel Landratsamt Karlsruhe, Gesundheitsamt Michael Gaßner Landratsamt Breisgau-Hochschwarzwald, Gesundheitsamt Dietmar Jassner Landratsamt Alb-Donau-Kreis Dr. Roswitha Kull Landratsamt Enzkreis, Gesundheitsamt Lutz Mai Landratsamt Heilbronn Dr. Peter-Joachim Oertel Landratsamt Tübingen, Gesundheitsamt Dr. Barbara Oettinger (bis Ende 2003) Regierungspräsidium Freiburg Elisabeth Pabst Landratsamt Alb-Donau-Kreis, Gesundheitsamt Dr. Peter Schäfer Städtisches Gesundheitsamt Mannheim Dr. Birgit Schmidt-Lachenmann (bis Ende 2003) Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart Dr. Thomas Schönauer (seit März 2004) Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart Dr. Günter Schmolz (seit Anfang 2004) Landratsamt Ludwigsburg, Gesundheitsamt Rainer Steen Landratsamt Rhein-Neckar- Kreis, Gesundheitsamt Dr. Bertram Szagun MPH Landratsamt Bodenseekreis, Gesundheitsamt Franz Vetter Sozialministerium Baden-Württemberg

Danksagung

Bedanken möchten wir uns bei allen Mitgliedern der Unterarbeitsgruppen, die mit ihrem Sachverstand, insbesondere bei der Bestandsaufnahme des ÖGD, die Arbeitsgruppe tatkräftig unterstützt haben. Dies gilt für: Gertrud van Ackern, Dr. Birgit Berg MPH, Wolfgang Blam, Dr. Elisabeth Cyran, Jodok Erb MPH, Monika Firsching, Daniela Krämer, Barbara Leykamm, Heinz-Peter Ohm, Dr. Sylvia Steingaß und Dr. Joachim Wetzig MPH.

Ein besonderer Dank geht auch an die Geschäftsstelle der Arbeitsgruppe für die engagierte und kompetente Unterstützung: Matthias Appelt, Maria Chwalla und Tanja Ludwig. Ohne ihre Beharrlichkeit wäre dieser Bericht in der vorliegenden Form nicht möglich gewesen.

Wir hoffen, dass der Bericht der AG ÖGDG zu einer intensiven Diskussion über die zukünftige Ausrichtung des ÖGD in Baden-Württemberg beiträgt sowie neue und konstruktive Anregungen dafür bietet. Kritische Kommentare und ergänzende Vorschläge sind den Mitgliedern der Arbeitsgruppe stets willkommen.

Stuttgart, im November 2004

Dr. Jürgen Wuthe
Vorsitzender der AG ÖGDG

Literatur

Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008); Beschluss Nr. 1786/2002/EG des Europäischen Parlamentes und Rates vom 23.09.2002; in: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften vom 09.10.2002, L 271/1-9

Bekanntmachung des Sozialministeriums über das Aufgaben- und Organisationsstatut des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg; GABI vom 25.12.1991; S. 730

Gesetzentwurf der Landesregierung: Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz - ÖGDG); LT-Drs. 11/4871 vom 31.10.1994

Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz – ÖGDG) vom 12. Dezember 1994; GBl. vom 28.12.1994; S. 663-669

Gesetz zur Eingliederung der Staatlichen Veterinärämter, zur Aufhebung der Staatlichen Gesundheitsämter, zur Übertragung von Aufgaben der Ämter für Wasserwirtschaft und Bodenschutz auf untere Verwaltungsebenen sowie zur Bereinigung fleischhygiene- und lebensmittelrechtlicher Zuständigkeiten (Sonderbehörden-Eingliederungsgesetz) vom 12.12.1995; GBl. vom 28.12.1994; S. 653-663

Grunow, Dieter/Grunow-Lutter, Vera: Der Öffentliche Gesundheitsdienst im Modernisierungsprozess - eine Untersuchung über Handlungsspielräume und Restriktionen im Rahmen kommunaler Gesundheitspolitik; Juventa-Verlag Weinheim und München 2000

Grunow, Dieter/Trojan, Alf: Deutliche Unterschiede zwischen Status quo und Wunschbild; in: Deutsches Ärzteblatt, Jg.99, H.25 (21.06.2002)

Innenministerium Baden-Württemberg: Produkte - Ziele - Kennzahlen: Kommunalen Produktplan Baden-Württemberg; Schriftenreihe zum kommunalen Haushalts- und Rechnungswesen H.7; Stuttgart 2001

Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung: KGST-Bericht 11/1998: Ziele, Leistungen und Steuerung des kommunalen Gesundheitsdienstes; Köln 1998

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg: Leitbild für die Gesundheitsämter als Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Baden-Württemberg, Windesreute, 06.11.1998

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg: Fachliche Empfehlungen zu Schwerpunktaufgaben des ÖGD Baden-Württemberg; Stuttgart, August 2001

Wituschek, Angelika: Gesundheitspolitische Strategien der Europäischen Union im Bereich Public Health und deren Auswirkungen auf den ÖGD in Baden-Württemberg; Masterarbeit Public Health-Aufbaustudium, Universität Ulm, Juni 2004

Anhang

Anhang 1

Zwischenbericht der AG ÖGDG, Januar 2004

Anhang 2

Dokumentation des Fachsymposiums „Der Öffentliche Gesundheitsdienst Baden-Württemberg - auf dem richtigen Weg in die Zukunft?“ am 25.03.2004 in Stuttgart, Oktober 2004