



Landes Gesundheits Amt  
Baden-Württemberg

Anhang 1  
zum Abschlussbericht  
der AG ÖGDG

10 Jahre  
Gesundheitsdienstgesetz  
Baden-Württemberg

## **Öffentlicher Gesundheitsdienst Zwischenbilanz und Ausblick**

Zwischenbericht der AG ÖGDG  
im Auftrag des Sozialministeriums



Baden-Württemberg

BERICHT





Anhang 1  
zum Abschlussbericht  
der AG ÖGDG

10 Jahre  
Gesundheitsdienstgesetz  
Baden-Württemberg

# **Öffentlicher Gesundheitsdienst Zwischenbilanz und Ausblick**

Zwischenbericht 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](mailto:poststelle@lga.bwl.de)  
[www.landesgesundheitsamt.de](http://www.landesgesundheitsamt.de)

Ansprechpartner:

Matthias Appelt  
Tel. 0711/1849-322  
Fax 0711/1849-242  
E-Mail: [appelt@lga.bwl.de](mailto:appelt@lga.bwl.de)

Januar 2004

## Gliederung

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Zusammenfassung</b> .....	<b>5</b>
<b>3. Anlass und Zielsetzung des Gesundheitsdienstgesetzes</b> .....	<b>11</b>
<b>4. Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes</b> .....	<b>12</b>
4.1 Gesundheitsschutz .....	12
4.2 Gesundheitsförderung/Prävention .....	17
4.3 Gesundheitsberichterstattung/Epidemiologie .....	19
4.4 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst .....	22
4.5 Sozialmedizinische und sozialpsychiatrische Beratung, Betreuung und Vermittlung von Hilfen für besondere Zielgruppen.....	25
4.6 Amtsärztlicher Dienst/gutachterliche Tätigkeiten .....	29
<b>5. Organisation und Struktur des Öffentlichen Gesundheitsdienstes</b> .....	<b>32</b>
5.1 Gesundheitsämter .....	32
5.2 Landesgesundheitsamt.....	33
5.3 Regierungspräsidien.....	34
5.4 Schnittstellen .....	36
<b>6. Vergleichende Darstellung mit anderen Bundesländern</b> .....	<b>39</b>
<b>7. Personalausstattung, -gewinnung und -entwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes</b> .....	<b>41</b>
7.1 (Vergleichbarer) höherer Dienst.....	41
7.2 (Vergleichbarer) gehobener Dienst/mittlerer Dienst.....	44
7.3 Aus-, Fort- und Weiterbildung.....	44
<b>8. Vorschläge für eine Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes</b> .....	<b>51</b>
<b>Mitglieder der AG ÖGDG und der UAGen</b> .....	<b>53</b>
<b>Danksagung</b> .....	<b>55</b>
<b>Anhang</b> .....	<b>56</b>

## 1. Einleitung

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) Baden-Württemberg ist heute mehr denn je ein wesentlicher Baustein im Gesundheitswesen und nimmt wichtige bevölkerungsmedizinische Aufgaben im Dienste der Bürgerinnen und Bürger wahr. Aktuelle Gefährdungslagen durch SARS oder potentielle bioterroristische Anschläge verdeutlichen dies eindrucksvoll.

Rechtliche Grundlage des ÖGD ist das baden-württembergische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz - ÖGDG), das am 01.01.1995 in Kraft trat.

Im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg sollte anlässlich des zehnjährigen Bestehens des ÖGDG im Rahmen eines breit angelegten Projekts eine Evaluation durchgeführt werden. Dabei war zunächst eine Bestandsaufnahme vorzunehmen und eine Zwischenbilanz zu ziehen. Schließlich sollen auf dieser Basis Vorschläge zur Weiterentwicklung des ÖGD erarbeitet werden. Insoweit 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.

Als Steuerungsgremium fungiert das seit 1998 beim Sozialministerium eingerichtete „Forum Öffentlicher Gesundheitsdienst - Gesundheitswissenschaften - Kommunalpolitik“. Dadurch ist eine Einbindung und Repräsentanz der Stadt- und Landkreise und der Gesundheitswissenschaften gewährleistet.

Ziel des Projekts ist es, den ÖGD weiter zu entwickeln, 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 sollte auch die Situation anderer (Bundes-)Länder beleuchtet und die dortigen Erfahrungen und Einschätzungen in die hiesigen Überlegungen einbezogen werden.

Das Forum Öffentlicher Gesundheitsdienst - Gesundheitswissenschaften - Kommunalpolitik“ hat in der Sitzung vom 13.09.2002 beschlossen, zur Umsetzung des Projekts eine Arbeitsgruppe beim Landesgesundheitsamt zu bilden mit dem Auftrag, bis Ende 2004 einen Bericht mit entsprechenden Handlungsempfehlungen vorzulegen.

## 2. Zusammenfassung

### Anlass und Zielsetzung des Gesundheitsdienstgesetzes

Mit der Verabschiedung des Gesundheitsdienstgesetzes (ÖGDG) im Jahr 1995 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 die Bürgermeisterämter Stuttgart, Mannheim und Heilbronn als Teil der unteren Verwaltungsbehörde eingegliedert (sog. Sonderbehördeneingliederungsgesetz-SoBEG). Das Gesundheitsamt Stuttgart war bereits vor 1995 Bestandteil der Kommunalverwaltung der Landeshauptstadt.

### Der Öffentliche Gesundheitsdienst – eine Bestandsaufnahme

#### ■ 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 zu den Grundsätzen „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 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 interessenneutral 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, die 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 und effektiv 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 ist 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 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 war neben veränderten finanziellen Rahmenbedingungen der Einfluss neuer bzw. geänderter rechtlicher Grundlagen. Besonders erwähnt seien die Neuregelungen der Stichtagsregelung. 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 von 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 daraus 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 vorgesehenen 9 %<sup>1</sup> 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.

### ■ **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, Mann-

---

<sup>1</sup> Siehe dazu auch im Anhang Anlage 10: Aufgabenspektrum der Gesundheitsämter

heim 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 Landes. Die Bedeutung der Regierungspräsidien als Aufsichtsbehörde hat durch die Eingliederung der Gesundheitsämter spürbar abgenommen. Dies ergab eine Erhebung des Innenministeriums 1999 und kann 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. Im Jahr 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 Einbindung in die ministerielle Tätigkeit eröffnet neue Blickwinkel auf den ÖGD und vermittelt Kompetenzen, die unter anderem auch für die Teilnahme an dem 15-monatigen Ausbildungsprogramm der Führungsakademie des Landes Baden-Württemberg und zur Vorbereitung auf das im Vorfeld durchzuführende Assessment-Center förderlich sind. 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 Angebot 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 verbindlicheren 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.

### **Vorschläge für eine Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes**

Die Fragen der neuen Aufgabenakzentuierung, der künftigen Organisationsstruktur, Personalausstattung sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildung wurden von der Arbeitsgruppe bisher nicht ausführlich diskutiert. Klar ist allerdings, dass die Entscheidungen der Landesregierung zur Verwaltungsreform voraussichtlich nicht nur Auswirkungen auf das Landesgesundheitsamt haben, für das eine Eingliederung mit Vor-Ort-Funktion in das Regierungspräsidium Stuttgart vorgesehen ist.

Bei den Aufgaben des ÖGD hat sich in einer ersten vorläufigen Diskussionsrunde sowie nach ersten Einschätzungen der Unterarbeitsgruppen folgende Zwischenbilanz ergeben:

- Der Gesundheitsschutz hat sich als ein nach wie vor wichtiger und zum Kerngeschäft des ÖGD gehörender Aufgabenbereich gezeigt.
- Im Hinblick auf die Gesundheitsförderung/Prävention wird die Notwendigkeit gesehen, dass dieser Bereich wachsen muss, wenn das Ziel einer nachhaltig wirksamen Gesundheitspolitik beibehalten werden soll.
- Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst wird als eine gleichbleibend wichtige Aufgabe betrachtet.
- Bei der sozialmedizinischen und sozialpsychiatrischen Beratung, Betreuung und Vermittlung von Hilfen für besondere Zielgruppen wird eine zunehmende Tendenz der Aufgaben gesehen, die allerdings vor dem Hintergrund der Subsidiarität zu prüfen sind.
- Beim amtsärztlichen Dienst und den gutachterlichen Tätigkeiten werden Möglichkeiten zur Ressourceneinsparung und Umschichtung grundsätzlich nur bei Vorliegen der Bereitschaft gesehen, entsprechende gesetzliche Grundlagen zu ändern. Die Möglichkeit zur Fremdvergabe von Gutachten wird eher kritisch eingeschätzt.
- Der zukünftig noch stärker werdende Zwang zur Einsparung und damit zur Ressourcenschonung durch strenge Bedarfsorientierung wird der Bedarfsanalyse im Gesundheitsbereich durch Gesundheitsberichterstattung und damit dem weiteren Aufbau einer funktionierenden Gesundheitsberichterstattung neues Gewicht verleihen.

### 3. Anlass und Zielsetzung des Gesundheitsdienstgesetzes

Bereits Anfang der siebziger Jahre wurde deutlich, dass aufgrund der allgemeinen Entwicklung des Gesundheitswesens dringender Regelungsbedarf im Hinblick auf ein Dienstgesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst bestand. Ziel sollte es sein, durch gesetzliche Normen die Aufgaben ÖGD neu zu beschreiben und zu akzentuieren. Baden-Württemberg hat als siebtes Bundesland mit Wirkung vom 01.01.1995 ein eigenes Gesundheitsdienstgesetz (ÖGDG) verabschiedet. Grundlage dafür war das Gutachten der Sachverständigenkommission "Zukunftsperspektiven des öffentlichen Gesundheitsdienstes".

Im Zuge der in der 11. Legislaturperiode eingeleiteten Verwaltungsreform wurden fast gleichzeitig (01.07.1995) die Staatlichen Gesundheitsämter in die Landratsämter und Bürgermeisterämter der Stadtkreise als Teil der unteren Verwaltungsbehörde eingegliedert. Diese Eingliederung war ein wesentlicher Teil der von der Landesregierung angestrebten Fortentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Das ÖGDG muss deshalb im engen Zusammenhang mit dem Sonderbehördeneingliederungsgesetz (SoBEG) vom 12.12.1994 gesehen werden. Das Eingliederungskonzept sah vor, dass die Stadtkreise, die dies wünschen, die Möglichkeit erhalten, die Aufgabe eines Gesundheitsamtes zu übernehmen (Optionsrecht). Anderenfalls nehmen die Landratsämter als untere Verwaltungsbehörden auch in den Stadtkreisen, in denen sie ihren Sitz haben, die Aufgaben eines Gesundheitsamtes wahr. Gesetzgeberisches Ziel war es von Anfang an, die Stadt Mannheim und die Landeshauptstadt Stuttgart – wie bisher schon – mit einem eigenen Gesundheitsamt auszustatten. Hinzu kam, dass die Stadt Heilbronn von ihrem Optionsrecht Gebrauch gemacht hat, weshalb das ÖGDG in § 2 vorsieht, dass die unteren Verwaltungsbehörden in den Landkreisen und den Stadtkreisen Stuttgart, Mannheim und Heilbronn untere Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämter) sind.

Durch das ÖGDG wurden Aufgaben und Organisation des ÖGD in Baden-Württemberg gesetzlich neu geregelt. Ziele der Neuordnung waren dabei

- Stärkung und Erhalt des ÖGD als Instrument einer wirksamen staatlichen Gesundheitspolitik,
- Anpassung an neue Aufgaben durch eine Verlagerung hin zu bevölkerungsmedizinischen geprägten Aufgaben,
- Bereinigung und damit Übersichtlichkeit der gesundheitsrechtlichen Vorschriften des Landesrechts.

Das ÖGDG akzentuiert in besonderer Weise die Aufgabenbereiche Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung/Prävention und Gesundheitsberichterstattung/ Epidemiologie. Nach der Konzeption des Gesetzes soll der ÖGD als präventiv orientiertes Gesundheitssystem über zuverlässige Informationen zur Erkennung und Bewertung der Gesundheitslage der Bevölkerung verfügen und dadurch ein zielgerichtetes gesundheitspolitisches Handeln ermöglichen.

## 4. Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes<sup>23</sup>

### 4.1 Gesundheitsschutz

#### Infektionsschutz

##### *Definition des Aufgabenbereiches*

Infektionsschutz ist der Schutz des Einzelnen und der Allgemeinheit vor Infektionen (§ 1 Infektionsschutzgesetz, IfSG). Der Infektionsschutz ist originäre Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) (§§ 1 Abs. 1 und 2 ÖGDG) und beinhaltet sowohl die Verhütung als auch die Erfassung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten. Er stellt auf Grund seines bevölkerungsmedizinischen Ansatzes eine der Kernaufgaben der öffentlichen Gesundheitsvorsorge dar. Der ÖGD ist damit Teil des internationalen Netzwerkes zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten, die laut WHO auch zukünftig eine der gefährlichsten Bedrohungen für die Menschheit bleiben werden.

Das Aufgabenspektrum des ÖGD im Infektionsschutz umfasst insbesondere

- Prävention: Information und Aufklärung über die Gefahren übertragbarer Krankheiten und deren Verhütung mit dem Ziel, die Eigenverantwortlichkeit zu fördern (§ 3 IfSG). Die Prävention ist zentraler Leitgedanke des Infektionsschutzes.
- Meldung und Erfassung von Infektionskrankheiten: Beobachtung der epidemiologischen Situation, Information aller Beteiligten und Weiterleitung der Meldungen von Krankheiten und Krankheitserregern an die nationalen und internationalen Netzwerke (Landesgesundheitsamt, Robert Koch-Institut, EU und WHO); Aufbau gut funktionierender Vernetzungsstrukturen von Behörden und anderer Organisationen zur zeitnahen Erfassung des Infektionsgeschehens.
- Bekämpfung der Ausbreitung übertragbarer Krankheiten: Ermittlungen zu Ursache, Ansteckungsquelle und Übertragbarkeit einer Infektionskrankheit, Veranlassung von allgemeinen oder besonderen Maßnahmen durch die zuständige Behörde oder direkte Anordnung von Maßnahmen bei Gefahr im Verzuge; subsidiär: Aufsuchende, infektionspräventive Hilfen für bestimmte Risikogruppen (z. B. Obdachlose oder Prostituierte).
- Verhältnisprävention/gesundheitlicher Verbraucherschutz: Schutz der menschlichen Gesundheit vor Infektionsgefahren beim Gebrauch von Gütern und bei der Inanspruchnahme von Dienstleistungen durch infektionshygienische Überwachung von
  - medizinischen Einrichtungen der stationären und ambulanten Versorgung (z. B. Krankenhäuser, Praxen, Pflegeheime) und von Einrichtungen, in denen eine große Zahl von Menschen leben (z. B. Massenunterkünfte) sowie Einrichtungen für Kinder, Jugendliche und alte Menschen,
  - öffentlich zugänglichen Einrichtungen (z. B. Spiel- und Sportstätten),

<sup>2</sup> Siehe dazu auch im Anhang Anlage 9: Gliederung der Aufgaben des ÖGD

<sup>3</sup> Siehe dazu auch im Anhang Anlage 10: Aufgabenspektrum der Gesundheitsämter

- gewerblichen infektionsgefährdenden Einrichtungen ( z. B. Fußpflegeeinrichtungen, Piercing-Studios und Friseursalons gemäß Hygiene-Verordnung),
- Trink- und Badewasser und von Wassergewinnungs- und Versorgungsanlagen einschließlich der Wasseraufbereitung,
- Bädern und Badestellen, von Einrichtungen zur Nahrungsmittelversorgung, Anlagen zur Abwasser- und Abfallentsorgung,
- Einrichtungen des Bestattungs- und Friedhofswesens sowie Beratungen in hygienischen Fragen, auch bei Um- und Neubauten von öffentlichen Gebäuden und die
- infektionshygienische Erstbelehrung vor Antritt einer Tätigkeit im Nahrungsmittelbereich.

### *Aufgabenentwicklung seit 1995*

Wie schon 1994 im ÖGDG auf Landesebene hat mit der Ablösung des Bundesseuchengesetzes durch das IfSG im Jahr 2001 ein Paradigmenwechsel hin zum Grundsatz "Prävention durch Information und Aufklärung" stattgefunden. Der ÖGD hat sich weg von überwiegend seuchenpolizeilichen Funktionen mit Elementen der Eingriffsverwaltung hin zur Stärkung der Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen bewegt. Gleichzeitig wurde die Verantwortung des Gesundheitsamtes im Infektionsschutz gestärkt, was den Aufwand erhöht hat. Mit der Implementierung eines effektiven, national und international vernetzten Melde- und Frühwarnsystems wurde darüber hinaus ein angepasstes Fall- und Krisenmanagement ermöglicht. Die Erwartung, dass dies personalneutral zu bewältigen sei, hat sich allerdings nicht bestätigt.

Neue wirksame und schnelle Instrumente für die Gesundheitsberichterstattung/ Epidemiologie haben dem ÖGD in Verbindung mit der Erfassung und Auswertung meldepflichtiger Erkrankungen erstmals die Möglichkeit an die Hand gegeben, zeitnah die Ursachenermittlung von Infektionskrankheiten durchzuführen und geeignete Abwehrmaßnahmen einzuleiten. Hier kommt der Einrichtung von Kompetenzzentren auf Landes- und Bundesebene große Bedeutung zu, um neben Massenerkrankungen auch seltene, aber hochgefährliche Erreger vor Ort gezielt und koordiniert bekämpfen zu können.

Die Novellierung der Trinkwasserverordnung erhöhte durch erheblich gestiegene Sicherheitsstandards den Überwachungsaufwand und stellt noch höhere Anforderungen an den technischen Sachverstand von Ärzten und Gesundheitsaufsehern. So müssen jetzt neben den öffentlichen und privaten Wasserversorgungsanlagen alle Gebäude überwacht werden, in denen Wasser für die Öffentlichkeit abgegeben wird (z. B. Krankenhäuser, Pflegeheime, Schulen, Kindergärten, Lebensmittelbetriebe oder Gaststätten). Die Überprüfungsfrequenz hat sich deutlich erhöht. Neu ist auch, dass das Gesundheitsamt als zuständige Behörde bis auf wenige Ausnahmen für die Wasserversorger ständig erreichbar sein muss.

Auch durch die Überwachung der Badegewässer und Schwimmbäder werden die Gesundheitsämter in erheblichem Umfang in Anspruch genommen. Insbesondere besteht auf Grund der Bestimmungen der EU-Badegewässerrichtlinie die Verpflichtung zur kontinuierlichen Untersuchung der Gewässer, die zum Baden

genutzt werden. Hinzu kommt, dass die Anforderungen an die jährliche Berichterstattung an die EU-Kommission in den letzten Jahren deutlich gestiegen sind. Die Badegewässerüberwachung beansprucht allerdings die Gesundheitsämter regional in unterschiedlichem Maße.

Ein auf Grund der Vorgaben des IfSG wachsendes Aufgabenfeld stellt die Überprüfung des Hygienemanagements von Krankenhäusern, Praxen des ambulanten Operierens und anderen Einrichtungen (z. B. Kindergärten, Alten- und Pflegeheimen) dar. In dieser Funktion wirken die Gesundheitsämter bei der Überwachung der Pflegeheime durch die Heimaufsicht mit und achten darauf, dass niemand unerlaubt die Heilkunde ausübt (§ 13 ÖGDG). Zudem unterliegt die Berufsausübung der Hebammen der Aufsicht durch das Gesundheitsamt.

## **Umweltbezogener Gesundheitsschutz**

### *Definition des Aufgabenbereichs*

Der umweltbezogene Gesundheitsschutz umfasst die Abwehr giftiger, krebserregender, erbgutverändernder, missbildender, fruchtbarkeitsmindernder und sonstiger die Gesundheit beeinträchtigender Einwirkungen aus der Umwelt (Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten/AGLMB, 1986). Dabei können die Noxen physikalischer (Strahlung, Lärm), biogener (Toxine, Schimmelpilze) oder chemischer Natur (Schadstoffe) sein. Der gesetzliche Auftrag ergibt sich aus den § 1, Abs. 1 und 2 sowie § 6 ÖGDG. Der ÖGD beobachtet, beurteilt, bewertet und informiert auf dieser Basis die Bevölkerung und Behörden. Seine Aufgabe ist es, den Ursachen von Gefahren für die Gesundheit nachzugehen und auf ihre Beseitigung hinzuwirken. Dabei bezieht der ÖGD in seine Überlegungen das Prinzip der Nachhaltigkeit mit ein.

### *Aufgabenentwicklung seit 1995*

Ausgelöst durch Umweltkatastrophen (z. B. Seveso, Bhopal, Tschernobyl) waren Umweltfragen in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts wichtige Themen (z. B. Müllverbrennung, Dioxine, Ozonproblematik, Altlasten, Holzschutzmittel, elektromagnetische Strahlung). Sie bestimmten maßgeblich das politische Geschehen. In der Folge wurden die Ärzte an den Gesundheitsämtern mit einer Flut von Problemen konfrontiert, für die es keine anerkannten Lösungswege gab. "Umweltkranke" Menschen sowie Behörden nahmen die Beratung durch die Gesundheitsämter intensiv in Anspruch. Vor diesem Hintergrund wurde der umweltbezogene Gesundheitsschutz im ÖGD etabliert. Der ÖGD stellte sich der Herausforderung, einer häufig durch Medienberichte über vermeintliche Gefahren durch Umweltschadstoffe aufgeschreckten Öffentlichkeit eine nüchterne, wissenschaftlich begründete Bewertung zu vermitteln. In der Auseinandersetzung mit Betroffenen über Umweltprobleme entwickelten Mitarbeiter der Gesundheitsämter Fähigkeiten in der Risikokommunikation. Parallel hierzu entstand die Zusatzbezeichnung „Umweltmedizin“ in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern.

Inzwischen hat der primär individualmedizinische Ansatz in der Umweltmedizin, demzufolge "umweltkranke" Menschen in niedergelassenen Praxen oder in Beratungsstellen medizinischer Forschungseinrichtungen und Universitäten untersucht und betreut wurden, an Bedeutung verloren, da ein Zusammenhang zwischen Schad-



stoffexposition und Erkrankung in den meisten Fällen nicht nachgewiesen werden konnte. Demgegenüber ergeben sich immer wieder und häufig überraschend neue Fragestellungen zur Bedeutung von Risiken aus der Umwelt für die öffentliche Gesundheit, die eine gegebenenfalls dringende Nachfrage nach einschlägiger Erfahrung im umweltbezogenen Gesundheitsschutz mit sich bringen.

Im umweltbezogenen Gesundheitsschutz bestehen nur wenige normative Vorgaben. Die im Bereich des Immissions- und Bodenschutzes geltenden gesetzlichen Regelwerke richten sich primär an andere Verwaltungen. Eine wichtige Ausnahme bildet die Trinkwasserverordnung. Zudem findet die Diskussion in der Öffentlichkeit über die Konzentrationen toxischer Substanzen in der Umwelt meist im Bereich unterhalb gesetzlich definierter Grenzwerte statt. Beurteilung und Beratung erfolgen vielmehr auf der Basis des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes sowie fachlicher Empfehlungen, Leitlinien und Standards nationaler und internationaler Organisationen und Kommissionen. Derartige Beurteilungsgrundlagen für das noch junge Fach waren Anfang der 90er Jahre kaum verfügbar. Es fehlten Grundlagen für die Expositionsabschätzung, vor allem für die Beurteilung der Wirkung toxischer Substanzen bei chronischer Aufnahme im Niedrigdosisbereich. Beispielhaft genannt seien die Frage der Resorption von Schwermetallen aus kontaminiertem Boden nach Verschlucken durch Kinder sowie Fragen zur Immuntoxizität und Kanzerogenität nach Aufnahme von chlororganischen Substanzen (PCP, PCB), z. B. nach Aufnahme aus der Luft in Innenräumen.

Diese Situation führte in Baden-Württemberg unter Mitwirkung des ÖGD zu verschiedenen wichtigen Initiativen. Hierzu gehören der Aufbau einer leistungsfähigen Analytik beim Landesgesundheitsamt sowie das mit Mitteln des Landes finanzierte Forschungsprogramm "Umwelt und Gesundheit" („Projekt Umwelt und Gesundheit“/PUG Baden-Württemberg und „Programm Lebensgrundlage Umwelt und ihre Sicherung“/BW PLUS) beim Forschungszentrum Karlsruhe. Um den Gesundheitszustand der Bevölkerung in Baden-Württemberg in Bezug auf Umwelteinflüsse systematisch untersuchen zu können, wurde das Konzept der Beobachtungsgesundheitsämter entwickelt. Dieses wurde an ausgesuchten Gesundheitsämtern im Land etabliert und beinhaltet ein Belastungs- und Wirkungsmonitoring an Schulkindern im Hinblick auf Schadstoffe und Allergien.

Im Verlauf der Jahre entstanden zahlreiche Richtlinien, Standards zur Expositionsabschätzung sowie Beurteilungshilfen für das Vorgehen im umweltbezogenen Gesundheitsschutz. Die Arbeit der Umweltärzte ist hierdurch effektiver geworden. Zugleich hat die spezifische Qualifikation des Fachpersonals im ÖGD zugenommen. An den meisten Gesundheitsämtern steht ein im Risikomanagement erfahrenes Personal zur Verfügung. Im Ergebnis können heute die meisten Probleme im umweltbezogenen Gesundheitsschutz gelöst werden, ohne dass die Öffentlichkeit davon besondere Notiz nimmt.

## **Diskussion und Bewertung**

In Baden-Württemberg sind sowohl im Infektionsschutz als auch im umweltbezogenen Gesundheitsschutz regional große Unterschiede zu beobachten. Im Infektionsschutz bestehen diese zwischen ländlichen und städtischen Bereichen, aber auch bei verschiedenen Personenkreisen, insbesondere in sozialen Brennpunkten

(z. B. bei der Häufigkeit von Tuberkulose oder bei sexuell übertragbaren Erkrankungen). Gerade hier ergibt sich deshalb verstärkt die (auch vom IfSG geforderte) Notwendigkeit, neben den etablierten Kommstrukturen subsidiär aufsuchende Beratung und Hilfe z. B. durch Sozialarbeiter oder Ärzte anzubieten. Ziel ist neben der Schaffung infektionsverhütender Rahmenbedingungen (Verhältnisprävention) die Reduzierung von Infektionsgefahren durch Änderung des persönlichen Verhaltens (Verhaltensprävention). Die hierfür benötigten Ressourcen sind allerdings derzeit nur sehr bedingt verfügbar.

Der Gedanke, dass Infektionskrankheiten in der modernen Industriegesellschaft keine Rolle mehr spielen, hat sich als Trugschluss erwiesen. Zusätzlich zu den alten, unter Kontrolle geglaubten Seuchen sind neue, bislang unbekannte, oft dramatisch und schicksalhaft verlaufende Infektionskrankheiten (z. B. AIDS, Ebola, SARS) hinzugekommen. Aber auch die "alten Seuchen" wie z. B. Tuberkulose gewinnen durch Migrationsbewegungen (Spätaussiedler, Flüchtlinge, Asylbewerber) wieder zunehmend an Bedeutung. Globale Vernetzung, internationaler Tourismus, zunehmende Antibiotikaresistenzen sowie die Zunahme älterer und immungeschwächter Menschen im Rahmen der demographischen Entwicklung verschärfen die möglichen Auswirkungen von Infektionskrankheiten. Darüber hinaus stellt der internationale Terrorismus eine neue, zusätzliche Herausforderung (z. B. Milzbrand, Pocken) im Infektionsschutz dar.

Obwohl eine Schwerpunktverlagerung vom umweltbezogenen Gesundheitsschutz zum Infektionsschutz zu beobachten ist, ist im umweltbezogenen Gesundheitsschutz insbesondere die systematische Aufarbeitung der Schadstoffproblematik (Altlasten, PCB in Innenräumen) bei weitem noch nicht abgeschlossen.

Insbesondere die Risikokommunikation hat sowohl im Infektionsschutz als auch im umweltbezogenen Gesundheitsschutz eine zunehmende Bedeutung erlangt. Meist sind es Ängste, die aus einer Überschätzung des persönlichen Risikos resultieren (z. B. Todesfälle durch Meningokokken, Legionelleninfektionen durch Duschaerosole, "Elektrosmog", polyzyklische Aromate in Parkettklebern, Acrylamid und Dioxine in Lebensmitteln, BSE, Impfrisiko) und eine Herausforderung in der Kommunikation mit der Bevölkerung darstellen. Andererseits erfordert auch ein risikoreiches Verhalten infolge der Unterschätzung von Gefahren Aufklärung (z. B. Infektionsrisiko bei Tropenreisen). Die Betroffenen müssen in die Problematik mit eingebunden, in verständlicher Weise über bewertungsrelevante Fakten informiert und am Entscheidungsprozess beteiligt werden. Dadurch, dass sich nicht nur Medien wie Fernsehen, Funk und Presse, sondern in letzter Zeit verstärkt auch das Internet mit entsprechenden Risiken – nicht immer in sachlicher und auch nicht immer in sachkundiger Form – beschäftigen, kommt dem ÖGD als Vermittler eine wichtige Aufgabe in dieser Kommunikation zu. Voraussetzung hierfür ist das Vertrauen der Öffentlichkeit in die Kompetenz des ÖGD.

## 4.2 Gesundheitsförderung/Prävention

### *Definition des Aufgabenbereichs*

Gesundheitsförderung/Prävention ist ein gesundheitspolitisch hoch angesiedeltes Handlungsfeld des ÖGD, das im Verbund mit anderen Akteuren antritt, um Lebensweisen (Verhalten) und Lebensbedingungen der Menschen (Verhältnisse) in Städten und Landkreisen gesünder zu gestalten, vor allem auch für mehr gesundheitliche und soziale Chancengleichheit beizutragen. Damit können erhebliche Kosten für Behandlung und Therapie, aber ebenso soziale Folgekosten langfristig gesenkt werden.

Mit den gesetzlichen Vorgaben – vor allem nach § 7 ÖGDG – erhält die Gesundheitsförderung/Prävention einen differenzierten, dem Subsidiaritätsprinzip unterliegenden Arbeitsauftrag:

- Sie soll die Bevölkerung aufklären und informieren: Einzelpersonen, Gruppen und Fachinstitutionen bietet sie aufbereitete Medien und Materialien zu einem breiten Spektrum gesundheitlich bedeutsamer Themen an. Das Angebot reicht vom Falblatt zu aktuellen Themen über Wegweiser zu hilfreichen Adressen und Angeboten bis hin zur Pflege lokaler Datenbanken. Außerdem umfasst es öffentlichkeitswirksame und interaktive Aktionen oder den regionalen Fachaustausch für Multiplikatoren.
- Sie soll andere Stellen beraten und unterstützen: Gesundheitsförderung/ Prävention leistet inhaltliche wie methodische Hilfestellung bei der Planung und Durchführung von Projekten und Maßnahmen, z. B. bei Projekttagen in Schulen, Elternabenden im Kindergarten, bei der Moderation schulinterner Lehrerfortbildungen oder der Finanzierung von Informationsveranstaltungen auf Gemeindeebene.
- Sie soll initiieren und koordinieren: Auf der Basis eines festgestellten Bedarfes, etwa durch Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung, regt die Gesundheitsförderung/Prävention gezielt gesundheitsbezogene Maßnahmen an. Vor allem in den wichtigsten sogenannten Settings Kindergarten, Schule, Betrieb, Gemeinde und für benachteiligte Personenkreise koordiniert und begleitet sie Prozesse, mit denen die Beteiligten ihre gesundheitliche Situation verbessern. Dies schließt die Gestaltung von Strukturen ein (z. B. Gesundheitsfördernde Schulen oder Betriebe, Gesunde Städte). Mit wichtigen Akteuren wie Volkshochschulen, Krankenkassen, Schulämtern, Fachberatungen für Kindertageseinrichtungen, Sportkreisen, Ärzteschaft oder Selbsthilfe- (und anderen bürgerschaftlichen) Initiativen werden Netzwerke – wie z. B. die Regionalen Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit – gestaltet, die gesundheitsfördernde Entwicklungen verstärken und festigen helfen. Hier übernimmt der ÖGD regelmäßig geschäftsführende Funktionen.

Professionelles Handeln in der Gesundheitsförderung/Prävention ist auf mehreren Handlungsebenen angelegt, um Nachhaltigkeit und strukturelle Wirksamkeit zu erreichen:

- Als Einzelpersonen werden interessierte Bürger (z. B. Eltern) ebenso bedient wie Fachkräfte (z. B. Lehrer), die als Multiplikatoren ihrerseits Verantwortung für die Beratung, Betreuung oder Bildung bestimmter Zielgruppen tragen.

- Aber auch ganze Organisationen (z. B. Kindergärten oder Schulen) rücken in den Mittelpunkt der fachlichen Arbeit. Gesundheitsförderung ist erfolgreich, wenn sie neben dem Verhalten der Beteiligten auch die Verhältnisse und Strukturen gestalten hilft, unter denen gelernt, gearbeitet und gelebt wird.

Dabei orientieren sich die Fachkräfte an den folgenden Handlungsgrundsätzen:

- berufsverbindende Zusammenarbeit (Interdisziplinarität)
- Stärkung und Förderung vorhandener Ressourcen (Salutogenese)
- Beteiligung von Betroffenen (Partizipation)
- langfristige Wirkung (Nachhaltigkeit)
- auch in institutionellen Strukturen (Personal- und Organisationsentwicklung)

### *Aufgabenentwicklung seit 1995*

Positiv entwickelt hat sich landesweit eine belebende Berufsgruppenvielfalt in der Gesundheitsförderung. Nach den Sozialarbeitern/-pädagogen als größte Gruppe fällt vor allem die gestiegene Zahl sonstiger wissenschaftlicher Fachkräfte ins Gewicht: Dipl. Pädagogen, Dipl. Soziologen, Dipl. Psychologen, Ethnologen, Ernährungswissenschaftler. Außerdem übernehmen die zugeordneten Verwaltungsfachkräfte sowie berufserfahrene Sozialmedizinische Assistentinnen (SMA) zunehmend qualifizierte Aufgaben im Sachgebiet (z. B. Selbsthilfe- und Projektkoordination, RAG-Geschäftsstelle, Datenbank-Betreuung). Festzustellen bleibt, dass vor allem diese Professionalisierung erheblich zur Qualität der Aufgabenerfüllung beiträgt. Hier hat das Landesgesundheitsamt mit Fortbildungen und fachlicher Beratung eine wichtige Rolle übernommen.

Von erheblicher Bedeutung für die Gesundheitsförderung war auch die zweimalige Änderung des § 20 SGB V. Die Bestimmung regelt die (finanzielle) Beteiligung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an Maßnahmen der Gesundheitsförderung/Prävention. Mit seiner zwischenzeitlichen Abschaffung war die finanzielle Beteiligung der GKV an regionalen Projekten weggebrochen, so dass deren landesweite Pool-Finanzierung eingestellt werden musste. Die Neufassung der Bestimmung eröffnet gegenwärtig Möglichkeiten der örtlichen Kooperation nicht nur im Selbsthilfebereich, sondern neuerdings auch – auf freiwilliger Basis - ausdrücklich für Handlungsansätze in Settings, vor allem Schulen.

### *Diskussion und Bewertung*

Gesundheitsförderung/Prävention verfügt heute in mehr als der Hälfte aller Gesundheitsämter über den Status eines eigenen Sachgebiets, einer Abteilung bzw. eines Referates oder einer Stabsstelle. Rund die Hälfte der Ämter erfüllt auch den in den "Fachlichen Empfehlungen" des Landesgesundheitsamtes vorgeschlagenen Standard, für Gesundheitsförderung/Prävention mindestens 50 % einer Planstelle einzusetzen, um Strukturqualität, Planungssicherheit und Kontinuität in der Arbeit zu gewährleisten. Wo die professionellen Rahmenbedingungen (Qualifikation und Stellenumfang) gegeben sind, können die gesetzlich vorgegebenen Aufgaben in der vorgeesehenen Breite und Tiefe angegangen werden.

Von Kooperationspartnern wird inzwischen anerkannt, dass der ÖGD keine Partikularinteressen vertritt und deshalb als neutraler Mittler wichtige moderierende und koordinierende Funktionen mit hoher Akzeptanz wahrnehmen kann.

Gleichzeitig muss festgestellt werden, dass in einer ganzen Reihe von Gesundheitsämtern

- die personelle Ausstattung seit vielen Jahren stagniert, im Einzelfall sogar sinkt,
- das Sachgebiet überhaupt nicht ausgewiesen oder anderen Dienstaufgaben nachgeordnet ist,
- direkt zugeordnete finanzielle Mittel fehlen.

Da die Größe der Gesundheitsämter in Baden-Württemberg schwankt, erweisen sich quantitative wie qualitative Vergleiche als grundsätzlich problematisch. Sie können nur Trends beschreiben. Anhand aktuell erfragter Stellenpläne von 23 Gesundheitsämtern ergibt sich für Gesundheitsförderung/Prävention ein durchschnittlicher Stellenanteil von rund 4,4 % (1997 landesweit: 4,2 %) pro Amt. Damit ist die vom Gesetzgeber angestrebte Gewichtung des Aufgabenbereichs (mittelfristig Stellenanteile von 14%)<sup>4</sup> auch zehn Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes noch nicht erreicht.

Die Sicherstellung der mit dem ÖGDG verfolgten – und mit Unterstützung des Landesgesundheitsamtes in den vergangenen Jahren ausgearbeiteten – Qualitätsstandards in allen Dienststellen steht landesweit noch aus.

Die Arbeit in räumlichen und institutionellen Settings und damit die langfristig angelegte Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, Lern- und Arbeitsstrukturen muss weiter an Bedeutung gewinnen. Nur so kann auch das vorgegebene Ziel eingelöst werden, gesundheitliche Ungleichheit abzubauen.

### **4.3 Gesundheitsberichterstattung/Epidemiologie**

#### *Definition des Aufgabenbereichs*

Der ÖGD beobachtet, bewertet und beschreibt die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung einschließlich der Auswirkungen der sozialen und technischen Umwelt auf die Gesundheit. Hierzu erfasst er Gesundheit und Krankheiten epidemiologisch und kann dazu – etwa zur Analyse von Krankheitshäufungen – eigene Untersuchungen durchführen. Die erhobenen Daten übermittelt er den vorgesetzten Gesundheitsbehörden im von diesen festgesetzten Umfang.

Außerdem bewertet er amtsinterne und externe Daten unter Berücksichtigung örtlicher Prioritäten und erstellt Gesundheitsberichte.

Gesundheitsberichterstattung liefert auftragsbezogenen Planungsgrundlagen für gesundheitspolitische Schwerpunkte, eine bedarfsorientierte Gesundheitsförderung/Prävention und die Arbeit von Institutionen im Gesundheits- und Sozialbereich,

---

<sup>4</sup> Aufgabenanteil entsprechend dem Neuordnungskonzept, Begründung zum Gesetzentwurf ÖGDG, LT-Drs. 11/4871 vom 31.10.1994

ermöglicht die Identifikation notwendiger lokaler Arbeitsschwerpunkte (Settings, Verhaltensweisen, Risiken, Erkrankungen, Strukturen etc.) und stellt damit einen wichtigen Faktor für mehr Qualitätssicherung und -verbesserung im ÖGD dar. Sie stellt Bürgern unabhängige Informationen zur Verfügung und stärkt damit die Basis für ein eigenverantwortliches Handeln im Gesundheitsbereich.

### *Aufgabenentwicklung seit 1995*

Wesentlich für die Gesundheitsberichterstattung ist der § 20 SGB V, der die Prävention durch die GKV regelt. In den Handlungskriterien der GKV zur Umsetzung wird die Gesundheitsberichterstattung des ÖGD als wesentliche Grundlage zur Identifikation sinnvoller Zielgruppen für Präventionsmaßnahmen speziell für Kinder und Jugendliche benannt. Daneben haben diverse Reformgesetze im Gesundheitswesen Einfluss auf die Gesundheitsberichterstattung, da der gesundheitliche Versorgungsbereich einem stetigen Wandel unterliegt, in dem eine daten- und berichts-basierte Prioritätensetzung Anpassungsprozesse ermöglicht. Im Bereich der Epidemiologie hat das IfSG große Bedeutung, da es die Datenerhebung, Analyse und Weiterleitung an vorgesetzte Behörden regelt.

In allen Ämtern, die sich an einer aktuellen Befragung zum Aufgabengebiet beteiligten, wird Personal für Gesundheitsberichterstattung/Epidemiologie eingesetzt. Eine Quantifizierung dieser Ressourcen ist jedoch wegen der unterschiedlichen Organisationsformen nur bedingt möglich. Die gesetzgeberischen Ziele des ÖGDG werden allerdings nur teilweise erreicht. Nicht in allen Ämtern ist Gesundheitsberichterstattung implementiert. Als wesentliche Gründe können die angespannte personelle Situation, aber auch die teilweise immer noch zu individualmedizinisch geprägte Prioritätensetzung im ÖGD genannt werden. Im Vergleich zu früheren Erhebungen ist eine deutliche Weiterqualifizierung des Personals im ÖGD für die Bereiche Gesundheitsberichterstattung/Epidemiologie (teils durch das Landesgesundheitsamt) festzustellen.

Kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung und epidemiologische Untersuchungen werden vor allem dann möglich, wenn Public Health-Kompetenz – z. T. durch Umschichtung aus anderen Aufgabenbereichen – ausschließlich für diesen Aufgabenbereich zuständiges Personal im Amt zur Verfügung steht. Regelmäßige und epidemiologisch fundierte Berichterstattung erleichtert die Kooperation im Innen- wie Außenverhältnis des Gesundheitsamtes und mit anderen Akteuren sowie die Einbindung in die kommunalen bzw. städtischen Strukturen. In Ämtern mit regelmäßiger Berichterstattung können Maßnahmen der Gesundheitsförderung/Prävention stärker akzentuiert sowie Koordinierungs- und Initiierungsfunktionen effizienter umgesetzt werden. Anfragen (z. B. vom Kreistag) zur gesundheitlichen Lage und Versorgung werden dadurch häufiger einlösbar.

Kontinuierliche Berichterstattung unterstützt Planungsprozesse im Gesundheits- und Sozialbereich und fördert freiwilliges Engagement.

Als bedeutsam für die Gesundheitsberichterstattung ist vor allem die zunehmende Ressourcenknappheit im Gesundheits- und Sozialbereich zu betrachten. Dadurch sind die Anforderungen an Effektivität und Effizienz der Aufgabenerfüllung erheblich gestiegen. Innerhalb des ÖGD wird das Qualitätsmanagement durch Gesundheits-

berichterstattung für laufende Qualitätsverbesserungen und die Anpassung an veränderte Bedarfssituationen mit steigendem Ressourcendruck immer wichtiger. Außerhalb des ÖGD finden ähnliche Prozesse im Gesundheits- und Sozialbereich statt, so dass eine objektive Bedarfsermittlung und Evaluation von Maßnahmen allgemein größeres Gewicht erhält. Die Gesundheitsberichterstattung des ÖGD bekommt damit auch für andere Institutionen eine stärkere Bedeutung. Beispielhaft kann hier die kommunale Koordinierungsfunktion für meist von vielen Akteuren erbrachte präventive Leistungen oder auch für Umstrukturierungen im gesundheitlichen Versorgungsbereich genannt werden, die durch eine spezifische Gesundheitsberichterstattung optimiert wird.

Der epidemiologischen Datenaggregation, Analyse und Weiterleitung kommt durch Globalisierung und zunehmende Mobilität im Rahmen des Gesundheitsschutzes zunehmende Bedeutung zu. Der gesellschaftliche Stellenwert epidemiologischer Aufgaben des ÖGD hat durch Erfahrungen mit SARS und bioterroristischen Bedrohungen erheblich zugenommen, da der Gesundheitsschutz seither weniger als abstraktes Szenario, sondern als konkrete Gefahrenabwehr begriffen wird.

### *Diskussion und Bewertung*

Datengestützte Gesundheitsberichterstattung ist steuerndes Kernelement eines modernen, kontinuierlich qualitätsgesicherten ÖGD, erfüllt aber auch externe Funktionen. Gesundheitsberichterstattung kann

- Angebote der Gesundheitsförderung/Prävention bedarfsgerecht steuern,
- epidemiologische Erhebungen für den Einsatz in der Praxis verdichten,
- regionale Daten in Abstimmung mit der Bundes- und Landes-Gesundheitsberichterstattung systematisch aufbereiten (Vergleichbarkeit, Ermittlung von Handlungsbedarf) und
- durch regionale Analysen die notwendigen Planungsgrundlagen zur Ermittlung von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitsbereich (gerade auch in Zeiten knapper Ressourcen) liefern.

Beispielsweise hat Gesundheitsberichterstattung vielerorts Impulse für eine spezifische und dadurch ressourcenschonende Präventionsarbeit bei gesundheitlich benachteiligten Kinder und für die bedarfsgerechte Anpassung von Versorgungsstrukturen gegeben.

Für Gesundheitsberichterstattung/Epidemiologie sind dafür nach dem mit der Veröffentlichung des ÖGDG vorgestellten Neuordnungskonzept<sup>5</sup> mittelfristig Stellenanteile von 5 % vorgesehen. Dieser Anteil wird allerdings auch zehn Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes nicht annähernd erreicht.

---

<sup>5</sup> LT-Drs. 11/4871 vom 31.10.1994, Begründung zum Gesetzentwurf ÖGDG

#### 4.4 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

##### *Definition des Aufgabenbereiches*

Die Aufgaben der Schulgesundheitspflege und der Jugendzahnpflege sind in § 8 ÖGDG geregelt. Als Hauptaufgabe wird die Schuleingangsuntersuchung genannt. Diese wird auch im Schulgesetz (§ 74, Vorzeitige Aufnahme und Zurückstellung, sowie § 91, Schulgesundheitspflege) näher ausgeführt. Zielgruppenspezifische Untersuchungen, Angebote und Maßnahmen können von den Gesundheitsämtern entwickelt werden. Als Beispiel sei hier auf die Schulsprechstunde oder auf Präventionsmaßnahmen zum Thema Gewalt oder Sucht an Schulen verwiesen. Im § 8, Abs. 2 ÖGDG werden Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen im Rahmen der Jugendzahnpflege geregelt. Im Abs. 4 wird das Sozialministerium ermächtigt, im Einvernehmen mit weiteren Ministerien durch Rechtsverordnung nähere Bestimmungen zu den genannten Maßnahmen zu treffen. Beispielfähig kann hier die Schuluntersuchungsverordnung vom 15.08.1997 angeführt werden. In dieser Verordnung werden Zweck, Umfang, Häufigkeit und Durchführung der schulärztlichen Untersuchungen näher beschrieben. Demzufolge sind Einschulungsuntersuchungen bei allen einzuschulenden Kindern Pflicht.

Im kommunalen Produktplan Baden-Württemberg 2001<sup>6</sup> werden unter Kinder- und Jugendgesundheitsdienst die Einzelprodukte Untersuchung/Beratung im Vorschulalter (Frühförderung), Gesundheitsmonitoring/Beratung von und in Einrichtungen sowie die Zahngesundheitsförderung zusammengefasst.

Grundsätzlich erfüllt die Schuleingangsuntersuchung eine sozialmedizinische und eine die Gesundheitsberichterstattung unterstützende Funktion. Kinder aus schwierigen sozialen Verhältnissen (geringere Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen, z. B. U9 teilweise bei unter 50 % der Kinder) werden nur durch die Schuleingangsuntersuchung aufgefangen. Daneben liefert diese Untersuchung elementare Daten für die Gesundheitsberichterstattung. So können unter anderem Daten zur Durchimpfungsrate der kommenden Schulanfänger (IfSG), aber auch zu Fragen der Auswirkungen der sozialen Chancenungleichheit auf die Gesundheit der Kinder dokumentiert und ausgewertet werden. Hierfür ist eine flächendeckende Schuleingangsuntersuchung unverzichtbar.

##### *Aufgabenentwicklung seit 1995*

Die Aufgaben werden innerhalb des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes von ärztlichen Mitarbeitern (u. a. Fachärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Zahnärzte) und von Sozialmedizinischen Assistentinnen erbracht. Die Aufgaben der beiden Berufsgruppen unterlagen in den zurückliegenden Jahren seit Inkrafttreten des ÖGDG einem starken Wandel, der innerhalb Baden-Württembergs unterschiedlich erfolgrich und auch heute noch nicht abgeschlossen ist.

So traten in einzelnen Gesundheitsämtern Veränderungen ein, die mit dem Begriff Spezialisierung überschrieben werden können. Dies lässt sich z. B. an den Aufgaben

---

<sup>6</sup> Siehe dazu auch Anlage 9: Gliederung der Aufgaben des ÖGD



der Sozialmedizinischen Assistentinnen im Gesundheitsamt Alb-Donau-Kreis aussagekräftig beschreiben. Dort lagen die Aufgaben vor zehn Jahren mit unterschiedlicher Gewichtung im Bereich der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsfürsorge. Die Sozialmedizinische Assistentin arbeitete auf Anweisung und unter Aufsicht und Anleitung des zuständigen Arztes. Diese Aufgaben umfassten die Mitwirkung bei Einschulungsuntersuchungen, Rötelnimpfungen u. a. m. Hier setzte in der zweiten Hälfte der 90er Jahre ein Wandel von einer breiteren Streuung des vormaligen Aufgabenbereiches hin zu einer heute anzutreffenden Fokussierung auf die Einschulungsuntersuchung ein. So wurde im Gesundheitsamt Alb-Donau-Kreis vor fünf Jahren mit einem zweizeitigen Modell zur Schuleingangsuntersuchung begonnen. Dabei führt die Sozialmedizinische Assistentin zunächst den ersten Teil einer Screeninguntersuchung allein durch. Diese Veränderungen führten auf der einen Seite zu einer höheren Kompetenz und Arbeitszufriedenheit der Sozialmedizinischen Assistentinnen. Andererseits mussten andere Aufgaben verlagert oder deutlich reduziert werden. Dies kann im Rahmen der geänderten gesetzlichen Grundlagen oder gesellschaftlichen Entwicklung durchaus begründet sein. Allerdings mussten gerade in den letzten Jahren auch die Präventionsangebote in Schulen und Kindertagesstätten deutlich reduziert werden. Parallel hierzu wurden die Planstellen der Sozialmedizinischen Assistentinnen um ein Drittel reduziert.

Der Ulmer Situation kann beispielhaft die Aufgabenentwicklung der Sozialmedizinischen Assistentinnen am Gesundheitsamt Göppingen gegenüber gestellt werden. Die Aufgaben der Sozialmedizinischen Assistentin beinhalten dort die Einschulungsuntersuchung nach herkömmlicher Art, d. h. gemeinsame Untersuchung der Kinder durch Sozialmedizinischen Assistentinnen und Schularzt im Team am gleichen Tag. Weitere Aufgaben sind die Masern-Mumps-Röteln-Impfung, Impfberatungen in den 5. Klassen, Kindergartenbesichtigungen und vereinzelt Läuse-Nachschaun in Kindergärten und Schulen. Zwei der Mitarbeiterinnen arbeiten zusätzlich in der Arbeitsgemeinschaft für Gesundheit Göppingen in der Gesundheitsförderung mit. Hier blieb die Zahl der Planstellen in den letzten Jahren weitgehend unverändert.

Parallel zur Veränderung der Aufgabenentwicklung bei den Sozialmedizinischen Assistentinnen hat sich dies auch auf die Tätigkeit der Ärzte ausgewirkt. So werden regional unterschiedlich von den ärztlichen Mitarbeitern des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes amtsärztliche und gutachterliche Aufgaben geleistet.

Ursächlich für diese Veränderungen in der Aufgabenentwicklung waren neben veränderten finanziellen Rahmenbedingungen auch neue bzw. geänderte gesetzliche und rechtliche Grundlagen sowie gesellschaftliche Entwicklungen. Hinsichtlich der Einschulungsuntersuchung traten beispielsweise mehrere gesetzliche und rechtliche Änderungen der Arbeitsgrundlagen in den letzten Jahren ein. Die erweiterte Stichtagsregelung wurde eingeführt (erleichterte Regelung zur Einschulung von sogenannten Kann-Kindern, Vollendung des sechsten Lebensjahres zwischen dem 01.07. und 30.09. des jeweiligen Einschulungsjahrgangs). Die vorzeitige Einschulung wurde erleichtert, ebenso die Einschulung von Kindern mit Behinderungen in Regelschulen. Aktuell ist die Änderung des Schulgesetzes mit Neuregelung des Stichtages zur Einschulung in den kommenden Jahren zu erwähnen, die weitreichende Auswirkungen auf die Einschulungsuntersuchung haben wird. Aufgrund des geänderten Schulgesetzes (erweiterte Stichtagsregelung, geänderte Zeiträume zur Einschulung sogenannter Kann-Kinder) können ab dem Schuljahr 2005/06 (d. h. für die Einschul-

lungsuntersuchung 2004/05) Kinder eingeschult werden, die bis zum 30.06. des Jahres der Einschulung das 5. Lebensjahr vollendet haben. Dies bedeutet für die Sozialmedizinischen Assistentinnen und Ärzte bei der Einschulungsuntersuchung einen gesteigerten Untersuchungs- und Beratungsaufwand. Schließlich ist unter den rechtlichen Rahmenbedingungen auch noch die Schuluntersuchungsverordnung vom 15.08.1997 zu erwähnen, die im § 2 Abs. 2 die Einschulungsuntersuchung als Pflichtuntersuchung bei allen einzuschulenden Kindern klar formuliert.

Gerade die Ergebnisse der viel diskutierten PISA-Studie rückten die Frage der Schulfähigkeit, verbunden mit dem Entwicklungsstand der Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung, in den Blickpunkt der öffentlichen Diskussion. Dementsprechend hat sich vielerorts eine sehr hohe und zu Recht sehr differenzierte Erwartungshaltung der Eltern an die Einschulungsuntersuchung entwickelt. An das Untersuchungsergebnis werden erhöhte Ansprüche von Seiten der Eltern und Grundschulen, aber auch von Seiten der Politik gestellt. Parallel hierzu besteht von elterlicher und politischer Seite die Neigung, Kinder früher einzuschulen. Dies bedeutet einen erhöhten Aufwand in der Untersuchungssituation, aber auch für die abschließende Beratung der Eltern. In den zurückliegenden Jahren hat sich ein Anwachsen der Zahl sogenannter schwieriger und möglicherweise verhaltensauffälliger Kinder gezeigt. Dies ist unter anderem in veränderten Familienstrukturen und gesellschaftlichen Problemen (Zunahme alleinerziehender Eltern, Migration und mangelnde Integration, Auswirkungen sozialer Unterschiede) begründet. Die Auswirkung der genannten Faktoren auf die gesundheitliche Entwicklung der Kinder ist in mehreren Publikationen belegt. Im § 2 Abs. 1 der Schuluntersuchungsverordnung ist dem bereits Rechnung getragen: "Schulärztliche Untersuchungen dienen ... der individuellen präventiven gesundheitlichen Beratung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen, soweit eine anderweitige Betreuung nicht gewährleistet ist. Dies gilt insbesondere für Kinder und Jugendliche in sozialen Notlagen."

Unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen wird inzwischen mancherorts eine regionale Gesundheitsberichterstattung aus den Ergebnissen der Einschulungsuntersuchung geleistet. Dies wurde z. B. in Mannheim und im Rems-Murr-Kreis bereits 2002 umgesetzt; die Daten besitzen dementsprechend eine regionale Relevanz.

Der Migrationshintergrund, die soziale Herkunft und die Dauer des Kindergartenbesuches wurden als Risikofaktoren zahlreicher gesundheitlicher Aspekte identifiziert. In Mannheim liefern die Daten eine wesentliche Grundlage für die Arbeit des örtlichen Runden Tisches "Sprachförderung". Sie stellen einen ersten Schritt zur gezielten Ermittlung der erforderlichen Ressourcen für Interventionen und deren optimierte Verteilung dar, weil die Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren auf die Lern- und Leistungsfähigkeit der Kinder näher identifiziert werden können. Diese Art der Auswertung von Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung hat landesweit großes Interesse in gesundheits- bzw. bildungspolitischen Kreisen gefunden.

### *Diskussion und Bewertung*

Insgesamt unterlag die Aufgabenentwicklung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes in den zurückliegenden zehn Jahren einem ausgeprägten Wandel. Allerdings ist dieser Wandel regional sehr unterschiedlich verlaufen, so dass eine Ver-

gleichbarkeit der Personalentwicklung (sowohl unter quantitativen als auch unter qualitativen Aspekten) nicht möglich ist. Eine Standardisierung zum landesweiten Vorgehen des wesentlichen Aufgabenbereiches der Einschulungsuntersuchung wird derzeit im Sozialministerium erarbeitet. Ein neues Konzept zur Einschulungsuntersuchung wurde erstellt, die Umsetzung in die Praxis erfolgt derzeit.

Trotz der gesetzlichen Verpflichtung, alle Einschulungskinder zu untersuchen, können derzeit in einigen Landkreisen die Untersuchungen nicht flächendeckend angeboten werden. Ursächlich hierfür sind die knapp bemessenen Personalressourcen der Gesundheitsämter. Zusätzlich wirkten sich Personalkürzungen auch in diesem Bereich negativ aus.

Bei der Beurteilung der Kariesprävalenz im Rahmen der Zahngesundheitsförderung ist zu bedenken, dass bei den meisten epidemiologischen Untersuchungen Kariesläsionen erst in einem weit fortgeschrittenen Stadium (Kavitäten) erfasst werden. Initiale Läsionen (Schmelz- und Dentinkaries ohne Kavität) werden ganz bewusst nicht berücksichtigt, da sie weniger zuverlässig zu ermitteln sind. Hierdurch wird die eigentliche Kariesprävalenz unterschätzt und hauptsächlich der invasive, nicht aber der präventive Behandlungsbedarf ermittelt. Dies kann dazu führen, dass Entscheidungsträger, die diese Hintergründe nicht kennen, die einstige Volkskrankheit Nr. 1 weitgehend für besiegt halten und die Notwendigkeit umfassender Prophylaxemaßnahmen nicht mehr für erforderlich halten. Untersuchungen im Rems-Murr-Kreis zeigen aber, dass bei Einbeziehung von Initialläsionen gerade 15 % der 12-jährigen Schüler im Jahre 2000 kariesfrei waren. Diese Zusammenhänge sind bei der weiteren Diskussion um die Zahngesundheitsförderung mit zu berücksichtigen.

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

Sozialmedizinische und sozialpsychiatrische Beratung, Betreuung und Vermittlung von Hilfen für besondere Zielgruppen umfasst die AIDS- und STD (sexually transmitted diseases)-Prävention, die Schwangerschaftskonfliktberatung, die allgemeine sozialmedizinische und sozialpsychiatrische Beratung und Betreuung sowie die Beratung und Begutachtung von Menschen mit Behinderung. Ziel ist die Verbesserung der gesundheitlichen Situation und die soziale Integration.

Rechtsgrundlage ist § 7 ÖGDG. Danach haben die Gesundheitsämter u. a. Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen individuell zu beraten, über bestehende Hilfeeinrichtungen zu informieren und eigene Beratungsangebote unter Beachtung der Subsidiarität vorzuhalten. In § 7 Abs. 2 ÖGDG erhielt die AIDS-Beratung eine landesweite gesetzliche Grundlage. Nach § 126 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) haben die Gesundheitsämter die Aufgabe:

- behinderte Menschen oder ihre Sorgeberechtigten mit deren Zustimmung über geeignete Eingliederungsmaßnahmen zu beraten,
- zur Einleitung der erforderlichen Maßnahmen bei Zustimmung des Betroffenen den zuständigen Sozialleistungsträger/das Arbeitsamt zu verständigen,

- die Unterlagen aus dieser Aufgabe zur Planung erforderlicher Einrichtungen auszuwerten und den zuständigen obersten Landesbehörden in anonymer Form weiterzuleiten.

Durch das SGB IX, gültig seit 01.07.2001, erhalten Teilhabe (§ 1), wohnortnahe Integration (unter anderem § 4 Abs. 3) und Prävention (§ 3) besonderes Gewicht. Den Bedürfnissen betroffener Frauen und Kinder wird explizit Rechnung getragen (§ 1). Sozialhilfe und Jugendhilfe werden den Rehabilitationsträgern zugeordnet (§ 6). Die Rehabilitationsträger haben wohnortnahe Gutachter zu benennen (§ 14 Abs. 5).

Gemäß Frühförderungsverordnung (FrühV), gültig seit 01.07.2003, ist der ÖGD Kooperationspartner der interdisziplinären Frühförderstellen und an der Früherkennung und Frühförderung beteiligt (§ 8 Abs. 4).

## **STD/AIDS**

### *Definition des Aufgabenbereichs*

Folgende Aufgaben werden je nach strukturellen, politischen und geografischen Gegebenheiten in den jeweiligen Landratsämtern wahrgenommen und durchgeführt:

- Sprechstunden zur Beratung zu AIDS und sexuell übertragbaren Krankheiten (Beratung, Information, HIV-Tests) anonym und kostenlos
- Beratung für HIV-Infizierte und deren Angehörige und Freunde vor allem bei medizinischen Fragen und in der Lebensführung
- Prävention vor allem in der sogenannten Normalbevölkerung, besonders bei Jugendlichen (HIV, STD, Verhütung - auch von ungewollten Schwangerschaften)
- Prävention bei gefährdeten Gruppen, meist in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (Drogenberatung, AIDS-Hilfen, Sozialämtern, Jugendämtern, etc.)
- Prävention bei HIV-Infizierten, um deren Gesundheit so lange wie möglich zu erhalten
- Information und Fortbildung bei Berufsgruppen, die mit HIV-Infizierten zu tun haben
- Monitoring der Situation vor Ort als "Frühwarnsystem"

### *Aufgabenentwicklung seit 1995*

Die Beratungsstellen erfuhren und erfahren eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung. Dies weisen die Anzahl der Beratungen und durchgeführten HIV-Tests sowie die vielen Präventionsveranstaltungen aus.

Laut Robert Koch-Institut kommt es in den letzten zwei Jahren, nachdem es zuvor zu einer Stagnation oder gar zu einem Rückgang gekommen war, zu bemerkenswerten Neuinfektionen von Syphilis und nach letzten Meldungen auch zu einem Anstieg bei HIV-Infektionen. AIDS hat nicht an Bedeutung verloren. STD nehmen zu. Das Wissen in der Bevölkerung zu sexuell übertragbaren Krankheiten ist nur rudimentär vorhanden.

Eine Umfrage bei den Gesundheitsämtern im Juni 2003 zur AIDS-Beratung ergab folgendes Bild: 93 % der Gesundheitsämter bieten Testung und Beratung an, 45 % Betreuung und 87 % Prävention. Bezüglich Prostitution/STD bieten 45 % der Gesundheitsämter Untersuchungen an, 75 % Beratung und 54 % Testung.

Unabhängig vom ÖGDG hat die Gesamtzahl an Beratungen und Untersuchungen mit Einführung des IfSG (2001) zunächst abgenommen. Seitdem ist die Prävention aller übertragbaren Krankheiten ein zentrales Anliegen: § 3 IfSG weist die Information und Aufklärung der Allgemeinheit als öffentliche Aufgabe aus, die von den nach Landesrecht zuständigen Stellen zu erfüllen ist. § 19 IfSG präzisiert diese Aufgabe der Beratung unter anderem für alle STD. Pflichtuntersuchungen werden dagegen nicht mehr durchgeführt. Zur Zeit richten die Fachkräfte ihre Arbeitsformen und Zielgruppen auf die geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen aus, insbesondere auf § 19 IfSG, der verstärkt auf freiwillige Beratungsangebote setzt.

Nach geltendem Recht muss jedes Gesundheitsamt Beratung zu allen STD anbieten. Untersuchung und im Einzelfall auch Behandlung müssen sichergestellt werden.

Es zeigt sich, dass die Risikogruppen weniger erfasst werden und daher eine aufsuchende Arbeit (z. B. Streetwork) notwendig ist. Gemäß § 19 IfSG soll für besondere Zielgruppen auch aufsuchende Arbeit geleistet werden. Diese ist allerdings viel zeit- und personalintensiver als die frühere Pflichtuntersuchung.

### **Sozialmedizinischer Dienst**

Die Sozialmedizin bezieht das Soziale in die Betreuung des Kranken ein. Insoweit hat Sozialarbeit die Aufgabe, Menschen dabei zu helfen, wieder an den Systemen und Ressourcen der Gesellschaft partizipieren zu können. Aufgabenschwerpunkte sind hierbei die aufsuchende und nachsorgende Gesundheitsberatung für Benachteiligte, die Erschließung von Hilfsmöglichkeiten und die Motivation des Betroffenen, diese Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen.

Die Gesundheitsämter haben die Aufgabe, auf mögliche gesundheitliche Auswirkungen der sozialen Lage zu reagieren. Hierzu gehört die Bereitstellung sozialkompensatorischer Hilfen für spezielle Zielgruppen, auch im Rahmen von Einzelfallhilfen, die von anderen Diensten nicht erreicht werden (Subsidiaritätsprinzip).

### **Sozialpsychiatrischer Dienst**

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist in Baden-Württemberg seit 20 Jahren Kernelement der ambulanten psychiatrischen Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen. Seine Einrichtung leitet sich von Forderungen der Psychiatrie-Enquête nach Durchbrechen des Teufelskreises "Drehtür-Psychiatrie" her.

Zum Zeitpunkt der Eingliederung der Gesundheitsämter in die Landratsämter und Bürgermeisterämter der Stadtkreise (1995) bestanden in vielen Stadt- und Landkreisen Doppelstrukturen: Sozialmedizinische Dienste bei den Gesundheitsämtern, die sich um Alkoholranke, verwahrloste und sonst sozial auffällige Menschen, aber auch um körperbehinderte und psychisch kranke Menschen kümmerten und andererseits Hilfen von kommunalen und freien Trägern.

Grundlage der Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste sind die Richtlinien des Landes Baden-Württemberg. Die Sozialpsychiatrischen Dienste wiesen vor der Eingliederung oft die in diesen Richtlinien geforderte Personalstärke von 1:50 Tsd. Einwohner nicht auf. Diese Situation, bei der es nicht selten zu Doppelbetreuungen gekommen war, konnte mit der Eingliederung bereinigt werden. In den wenigen Fällen (15 %), bei denen der Stadt- oder Landkreis Träger war, wurden die Dienste vereinigt. Im Übrigen konzentrierten sich die Sozialmedizinischen Dienste der Gesundheitsämter künftig auf die anderen oben genannten Zielgruppen.

## **Beratung zu Frühförderung und Behinderung**

### *Definition des Aufgabenbereichs*

Beratung behinderter Menschen aller Altersgruppen ist schwer zu trennen von der klassischen Aufgabe des ÖGD in der Begutachtung behinderter Menschen. Der Schwerpunkt in der Praxis liegt dabei insbesondere in der Altersgruppe behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und ihrem individuellen Hilfebedarf im Rahmen der Eingliederungshilfe nach BSHG bzw. Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG).

Der ÖGD hat eine wesentliche Rolle in der Frühförderung: Das baden-württembergische System der interdisziplinären Frühförderung ist in seiner Schwerpunktsetzung auf bürgerfreundlich gestaltete, wohnortnahe, interdisziplinär vernetzte und mobile frühe Hilfen für Kinder mit drohenden oder manifesten Behinderungen ausgelegt.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Gesundheitsämter hat darin eine wichtige Rolle, da er den ganz überwiegenden Teil derjenigen Vorschulkinder untersucht und beurteilt, deren Eltern beim Sozialhilfeträger aufgrund einer vermuteten drohenden oder bestehenden Behinderung Leistungen der Eingliederungshilfe beantragen. Bei dieser ärztlichen Untersuchung werden Eltern zum Hilfebedarf ihres Kindes beraten.

### *Aufgabenentwicklung seit 1995*

Unabhängig vom ÖGDG hat die Nachfrage nach Begutachtung mit hohem Qualitätsanspruch zugenommen.

Gemäß einer Umfrage unter den Gesundheitsämtern im Jahr 2003 sind ein Viertel der antwortenden Ämter über ihre Pflichtaufgabe "Begutachtung in der Eingliederungshilfe" hinaus aktiv in Kooperationen mit der interdisziplinären Frühförderung im Land- bzw. Stadtkreis eingebunden. Die Beratung und Untersuchung besonders im Rahmen der Integration behinderter Kinder in Regeleinrichtungen hat deutlich zugenommen. Menschen mit Behinderung werden sichtbarer.

In den zehn Jahren hat sich sowohl in der Gesellschaft als auch auf Gesetzebene viel verändert, was die Stellung und den Umgang mit Menschen mit Behinderungen betrifft. Mit dem SGB IX wurde der vorher schon in der Gesellschaft eingeleitete Paradigmenwechsel hin zur gemeindenahen Teilhabe behinderter Menschen an der Gesellschaft auch gesetzlich formuliert. Das hat Auswirkungen auf die individuell

ausgerichtete Feststellung ihres Hilfebedarfs und das erforderliche Ausmaß an Wohnort nahe fachlich-sozialmedizinischer Beratung.

Gemäß der Rahmenkonzeption Frühförderung Baden-Württemberg in der Fassung von 1998 ist der ÖGD einer der wichtigen Akteure in der Frühförderung. Er berät, begutachtet und hat die Federführung einer Arbeitsgruppe der Fachleute in der Frühförderung des Land- bzw. Stadtkreises. Eine Landesvereinbarung zur Frühförderungsverordnung wird zur Zeit unter Federführung des Sozialministeriums erarbeitet.

## **Diskussion und Bewertung**

Die in der amtlichen Begründung zum ÖGDG vorgesehene Subsidiarität und Komplementarität sowie Reduzierung der individuellen Betreuung ist im gesamten sozialmedizinischen Dienst, wie die Erfahrung seit der Eingliederung der Gesundheitsämter in die unteren Verwaltungsbehörden gezeigt hat, nicht konsequent durchzuhalten.

Im Bereich Frühförderung und Behinderung sind Beratung und Begutachtung nicht trennbar ohne Qualitätsverlust; die Nachfrage hat zugenommen. Die Sozial- und Jugendämter haben qualitativ und quantitativ hohe Erwartungen an die Gesundheitsämter und bestehen weiterhin auf deren Leistungsfähigkeit. Dieser Aspekt hat mit der Eingliederung an Bedeutung gewonnen.

In den Bereichen STD/AIDS und Sozialpsychiatrische Dienste haben die Zielgruppen in den Landkreisen nicht abgenommen. Die Versorgung dieser Zielgruppen ist möglicherweise durch Sparmaßnahmen des Landes gefährdet.

## **4.6 Amtsärztlicher Dienst/gutachterliche Tätigkeiten**

### *Definition des Aufgabenbereichs*

Ärztliche Untersuchungen und gerichtsärztliche Tätigkeiten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen sind nach § 12 ÖGDG Dienstaufgabe der Gesundheitsämter. Ihr Anteil an der gesamten ärztlichen Kapazität wurde 1994 vom Sozialministerium auf 15 % geschätzt. Durch Abbau sollte eine Reduzierung der Untersuchungen auf 9 % angestrebt werden, um Kapazitäten für lebensraumbezogene Leistungen wie Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung verfügbar zu machen. 1998 führte der Landkreistag eine Umfrage bei den Landratsämtern durch, welche Anteile der gesamten ärztlichen Kapazität auf die ämterärztlichen und gerichtsärztlichen Untersuchungen entfallen. Das Ergebnis wurde auf der 4. Sitzung des Forums Öffentlicher Gesundheitsdienst – Gesundheitswissenschaften - Kommunalpolitik im Oktober 1998 vorgestellt. 1997 lag der prozentuale Anteil der ämterärztlichen Untersuchungen deutlich darüber und betrug durchschnittlich 32-35 %. Auch damals wurde eine Reduzierung und Verlagerung der Gutachten diskutiert.

Der Wegfall der Lebensmitteluntersuchungen (§§ 17,18 Bundesseuchengesetz) und der Untersuchungen zur Führerscheinerlaubnis (Fahrerlaubnisverordnung) in der

Mehrzahl der Landratsämter führte zu einem Rückgang der amtsärztlichen Untersuchungen um ca. 5 %.

Begutachtungen durch die Jugendzahnärzte werden für Empfänger von Leistungen nach dem BSHG und nach dem Asylbewerberleistungsgesetz durchgeführt. Exakte Zahlen existieren nicht; die Landkreise geben auf Befragung Fallzahlen von 20-500 pro Jahr an.

Die Untersuchungen nach dem BSHG werden zum Teil als freiwillige Leistung für die Sozialämter oder als zugewiesene Dienstaufgabe durchgeführt. Grundlage der Beurteilung sind die kassenzahnärztlichen Richtlinien, für die Untersuchung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz der Kriterienkatalog des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK).

#### *Aufgabenentwicklung seit 1995*

Im Jahre 2002 führte die Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (KGSt) im Rahmen des Vergleichsringes "Amtsärztliche Gutachten" eine Befragung zum Umfang der amtsärztlichen Gutachten bei 13 am Vergleichsring teilnehmenden Gesundheitsämtern durch. Danach betrug der Anteil der amtsärztlichen

Untersuchungen an der gesamten ärztlichen Kapazität 25 %. Diese Zahlen berücksichtigen nicht sogenannte Infrastrukturzeiten (Rückfragen, Fortbildung, Dienstbesprechungen etc.), was sich darin widerspiegelt, dass die Gesundheitsämter für das Produkt amtsärztliches Gutachten durchschnittlich 15-20 % mehr an ärztlichen Stellen vorhalten. Rechnet man diese Angaben auf die errechneten Zeiten hinzu, ergibt sich im Jahre 2002 ein Anteil von durchschnittlich 30 % amtsärztliche Aufgaben an der gesamten ärztlichen Kapazität.

Die Untersuchungen zur Dienstunfähigkeit zeigen einen leichten Rückgang, die sozialmedizinischen Untersuchungen sind von anteilig 7 % auf 11 % gestiegen. Die Anzahl der Betreuungsgutachten ist gleich geblieben. Allerdings führten im Jahr 2002 nicht mehr alle Gesundheitsämter Betreuungsgutachten regelmäßig durch.

Die bundesweit in Angriff genommenen Maßnahmen zur Eindämmung der Frühpen-sionierung können zu einer weiteren Reduzierung der Untersuchungen zur Dienstunfähigkeit führen. Eine geringe Entlastung bei den sozialmedizinischen Gutachten wird durch die Zwangsversicherung der Sozialhilfeempfänger in der GKV eintreten. Ob diese Entlastung sich auch auf die Untersuchungen zur Arbeitsfähigkeit erstrecken wird, ist noch offen, da über die Steuerung der Arbeitsvermittlung (Arbeitsamt oder Sozialamt) nicht entschieden ist. Die zahnärztlichen Untersuchungen für Empfänger von Leistungen nach BSHG werden nach dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) entfallen, da die Sozialhilfeempfänger über die Krankenkassen versichert und abgerechnet werden.

Bei der zahnärztlichen Beurteilung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz handelt es sich nicht um Beurteilung von Heil- und Kostenplänen, sondern um die Beurteilung der Unaufschiebbarkeit von Zahnersatz und kieferorthopädischen Maßnahmen. Allerdings hat sich das Spektrum hier geändert, weil es sich bei den zu beurteilenden Fällen nicht mehr um Personen handelt, die sich nur vorübergehend im Inland auf-



halten, sondern um Personen, die bereits mehrere Jahre in Deutschland sind und deren Behandlung nicht endlos verschoben werden kann.

### *Diskussion und Bewertung*

Der Anteil der amtsärztlichen Gutachten an der ärztlichen Kapazität der Gesundheitsämter konnte in den vergangenen Jahren infolge Gesetzesänderungen leicht gesenkt werden. Er ist mit gegenwärtig durchschnittlich 30 % immer noch sehr hoch und weit von den vorgesehenen 9 % entfernt. Inwieweit sich die Änderungen im Beamtenrecht, nach dem GMG und nach Hartz auf die Untersuchungszahlen auswirken, ist nicht quantifizierbar. Entwicklungen in beide Richtungen sind vorstellbar.

Bei Überlegungen, Gutachten nach außen zu vergeben, ist zu berücksichtigen, dass lange Bearbeitungszeiten über Jahre (!), Rückgang der Arztzahlen mit konsekutiver Konzentration auf die ärztlichen Versorgungsbereiche und mangelnde Qualifikationsmöglichkeiten der Ärzteschaft auf diesem Gebiet dazu geführt haben, dass Versuche wieder abgebrochen wurden. Eine Nach-Außen-Vergabe ist auch aufgrund der höheren Kosten nur in Teilbereichen und zu definierten Fragestellungen in Erwägung zu ziehen und führt nicht zu einer umfassenden Entlastung.

## 5. Organisation und Struktur des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Nach dem Gesundheitsdienstgesetz (ÖGDG) sind Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)

- das Sozialministerium als oberste Gesundheitsbehörde,
- die Regierungspräsidien als höhere Gesundheitsbehörden,
- die unteren Verwaltungsbehörden in den Landkreisen und Stadtkreisen Stuttgart, Mannheim und Heilbronn (Gesundheitsämter),
- das Landesgesundheitsamt.

Die Gesundheitsbehörden fügen sich in die bestehende Struktur des dreigliedrigen vertikalen Aufbaus der Landesverwaltung ein. Mit Beginn 2005 wird das Landesgesundheitsamt im Rahmen der umfassenden Verwaltungsreform mit Vor-Ort-Funktion (d. h. weiterhin mit Zuständigkeit für ganz Baden-Württemberg) in das Regierungspräsidium Stuttgart eingegliedert werden und damit seinen bislang bestehenden Status als Landesoberbehörde im Geschäftsbereich des Sozialministeriums verlieren.

### 5.1 Gesundheitsämter

Nach derzeit geltendem Recht sind die Gesundheitsämter staatliche untere Verwaltungsbehörden in den Landkreisen und den Stadtkreisen Stuttgart, Mannheim und Heilbronn (§ 2 Abs. 1 Nr. 3 ÖGDG i. V. m. § 13 Abs. 1, § 16 Abs. 1 Nr. 20 LVG und § 1 Abs. 3 LkreisO). In den übrigen sechs Stadtkreisen werden die Aufgaben des Gesundheitsamtes gemäß § 2 Abs. 2 ÖGDG wie folgt wahrgenommen:

- im Stadtkreis Baden-Baden vom Landratsamt Rastatt
- im Stadtkreis Freiburg vom Landratsamt Breisgau-Hochschwarzwald
- im Stadtkreis Heidelberg vom Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis
- im Stadtkreis Karlsruhe vom Landratsamt Karlsruhe
- im Stadtkreis Pforzheim vom Landratsamt Enzkreis und im Stadtkreis Ulm vom Landratsamt Alb-Donau-Kreis

Durch Artikel 4 des Sonderbehördeneingliederungsgesetzes (SoBEG) vom 12.12.1994 wurde auch § 52 Abs. 1 Satz 1 LkrO geändert. Danach werden die für die Aufgaben der unteren Verwaltungsbehörde erforderlichen Beamten des höheren Dienstes und vergleichbare Angestellte, soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist, vom Land gestellt. Das bedeutet, dass insbesondere die Ärzte der bei einem Landratsamt befindlichen Gesundheitsämter Bedienstete des Landes (geblieben) sind, während alle übrigen Beschäftigten im Dienste des Landkreises bzw. des Stadtkreises stehen.

Die Gesundheitsämter sind daher auch nach der Eingliederung in die Landratsämter im Juli 1995 Landesbehörden und unterliegen als Teil der unteren Verwaltungsbehörden weiterhin der Dienst- und Fachaufsicht des Landes (§§ 20-24 LVG, für die

Stadtkreise gilt § 25 LVG). Die mancherorts übliche Bezeichnung "Kreisgesundheitsamt" ist daher irreführend, da sie suggeriert, dass es sich um Kreisbehörden handeln würde.

Als Leiter der unteren Verwaltungsbehörde ist der Landrat dem Land für die ordnungsgemäße Erledigung ihrer Geschäfte verantwortlich und unterliegt insoweit den Weisungen der Fachaufsichtsbehörden und der Dienstaufsicht des Regierungspräsidiums (§ 53 Abs. 1 LkrO).

In Angelegenheiten des Landratsamtes als staatliche untere Verwaltungsbehörde ist eine Mitwirkung des Kreistags nur in Ausnahmefällen vorgesehen (z. B. nach § 15 PolG). Damit ist auf Angelegenheiten des Gesundheitsamts § 54 Abs. 2 LkrO anzuwenden, wonach der Landrat den Kreistag anhören kann.

Die innerbehördliche organisatorische Einbindung der Gesundheitsämter in die Landratsämter und Bürgermeisterämter der oben genannten Stadtkreise erfolgte größtenteils als Amt, teilweise auch als eigenständiges Dezernat – letzteres meist in größeren Ämtern wie z. B. in Böblingen, Esslingen oder Ludwigsburg<sup>7</sup>. Die in den Querschnittsfunktionen (Verwaltung, Schreibdienst) mögliche Nutzung von Synergieeffekten wurde von den Kreisen erkannt und durch die Vernetzung mit vorhandenen Strukturen genutzt.

## 5.2 Landesgesundheitsamt

Durch Beschluss der Landesregierung vom 24.06.1991 wurde das Landesgesundheitsamt mit Wirkung vom 01.07.1991 als eine dem Sozialministerium unmittelbar nachgeordnete, nicht rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts errichtet. Sitz des Landesgesundheitsamtes ist Stuttgart; eine Außenstelle in Freiburg nimmt Aufgaben des Staatlichen Gewerbearztes wahr. Die Dienst- und Fachaufsicht führt das Sozialministerium. Näheres regelt die Bekanntmachung des Sozialministerium über das Aufgaben- und Organisationsstatut des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg vom 15.06.1991. Das ÖGDG führt in § 2 das Landesgesundheitsamt als Landesoberbehörde im Geschäftsbereich des Sozialministeriums auf und regelt in § 5 dessen Aufgaben.

Das Landesgesundheitsamt ist in der Schnittstelle zwischen den Gesundheitsämtern, der Gesundheitspolitik und Wissenschaft angesiedelt und hat die Aufgabe, als fachliche Leitstelle für den ÖGD auf den Gebieten

- Umweltbezogener Gesundheitsschutz, Umweltmedizin, Toxikologie
- Hygiene, Infektionsschutz, Infektiologie
- Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation
- Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung sowie
- Arbeitsmedizin, Staatlicher Gewerbearzt

---

<sup>7</sup> Siehe dazu auch im Anhang Anlage 2: Organisation und Struktur der Gesundheitsämter

konzeptionelle und beratende Unterstützung zu leisten. Dem Landesgesundheitsamt sind ferner die Aufgaben des Landesarztes für Behinderte und des Staatlichen Gewerbearztes zugeordnet.

Das Landesgesundheitsamt sammelt wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Erfahrungen und wertet Untersuchungs- und Forschungsprogramme aus, führt anwendungsbezogene Untersuchungen und Forschungsprojekte durch, entwickelt fachliche Konzepte und Strategien und bietet Aus-, Fort- und Weiterbildung an.

Seit 01.01.1998 wird das Landesgesundheitsamt als landeseigener Betrieb nach § 26 LHO geführt.

Durch Neuordnung der Zuständigkeiten der Ministerien sind durch Ministerratsbeschluss vom 07.12.1998 die vom Landesgesundheitsamt im Rahmen der amtlichen Lebensmittelüberwachung (Lebensmittel und Bedarfsgegenstände, Trinkwasser und Mineralwasser) durchzuführenden Untersuchungen seit dem 01.01.2001 unter die Fachaufsicht des Ministeriums Ernährung, Ländlicher Raum gestellt.

Mit Ministerratsbeschluss vom 21.10.2001 wurde beim Landesgesundheitsamt ein Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz eingerichtet, das im Kern die Bereiche Epidemiologie, Infektiologie und Toxikologie umfasst. Es berät insbesondere die Behörden des ÖGD in Baden-Württemberg bei Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge und Gefahrenabwehr bei Auftreten von gefährlichen übertragbaren Krankheiten im Sinne des Seuchalarmplans, im Großschadens- und Katastrophenfall sowie bei terroristischen Bedrohungen mit B- und C-Stoffen.

### 5.3 Regierungspräsidien

Nach § 2 Abs. 1 Ziffer 2 ÖGDG i. V. m. § 12 Abs. 1 Satz 1 LVG sind die Regierungspräsidien als "höhere Gesundheitsbehörden" Behörden des ÖGD. Das ÖGDG weist den Regierungspräsidien ansonsten keine speziellen Aufgaben und Befugnisse zu. Die Regierungspräsidien führen die Dienst- und Fachaufsicht über die Landratsämter und damit auch über die dortigen Gesundheitsämter (§ 21 Nr. 2 und § 22 Nr. 2 LVG). Über die Gesundheitsämter bei den Stadtkreisen Stuttgart, Mannheim und Heilbronn führen die zuständigen Regierungspräsidien lediglich die Fachaufsicht (§ 25 LVG).

Die Aufgabenentwicklung der Regierungspräsidien als höhere Gesundheitsbehörden orientiert sich auch an Gesetzen wie dem Infektionsschutzgesetz (IfSG; Nachfolgegesetz des Bundesseuchengesetzes), die das ÖGDG als Rechtsgrundlage des ÖGD ergänzen.

Bezogen auf den ÖGD übernehmen die Regierungspräsidien u. a. folgende Aufgaben:

- Durchführung von Dienstbesprechungen mit den Gesundheitsämtern
- Teilnahme an Sprengeltreffen einiger Gesundheitsämter
- Teilnahme an Sitzungen der Arbeitsgemeinschaft Trinkwasser beim Ministerium Ernährung, Ländlicher Raum

## ■ Bearbeitung von Widersprüchen in Zusammenhang mit dem Bestattungsgesetz

Neben ihrer Funktion als höhere Gesundheitsbehörde haben die Gesundheitsreferate der Regierungspräsidien eine große Zahl von anderen Aufgaben zu erfüllen. Besonders erwähnt werden sollen hier die Wahrnehmung des Prüfungsvorsitzes für die medizinischen Fachberufe mit vielen Außendienstterminen und der Katastrophenschutz.

Eine Erhebung des Innenministeriums "zu den Erfahrungen mit der Eingliederung unterer Sonderbehörden nach dem Sonderbehördeneingliederungsgesetz und dem Gesundheitsdienstgesetz, Stichtag 01.01.1999" ergab – so die Umfrageergebnisse der Regierungspräsidien – viele positive Aspekte wie eine bessere Kooperation innerhalb der Kommunalverwaltung, kürzere Kommunikationswege und eine überwiegend bessere Ausstattung. Dagegen wurden Defizite im Informationsfluss zwischen den Regierungspräsidien und den Gesundheitsämtern beklagt. Ein Drittel der Gesundheitsämter sahen die Zusammenarbeit mit den Regierungspräsidien als verschlechtert an, zwei Drittel als gleich geblieben; kein Gesundheitsamt sah Vorteile.

Im Landkreistag, dem Gremium der Landkreise, werden fachliche und konzeptionelle Angelegenheiten der Gesundheitsämter thematisiert<sup>8</sup>. Der Landkreistag lässt sich über verschiedenste Aktivitäten und Probleme der Gesundheitsämter berichten und veranstaltet eine eigene Besprechung mit den Gesundheitsämtern. Die Regierungspräsidien werden zwar zu den jährlichen Besprechungen eingeladen, ebenso wie zu der vom Sozialministerium alljährlich ausgetragenen Amtsärztetagung, sind aber darüber hinaus nicht durchgängig informiert, welcher Austausch in Form von Schreiben des Landkreistages oder von Arbeitsgruppen dort besteht. Informationen werden auch direkt zwischen Sozialministerium und Landkreistag ausgetauscht, ohne dass die Präsidien in jedem Fall eingebunden wären. So besitzen die Regierungspräsidien nur einen unvollständigen Blick auf das aktuelle Geschehen im ÖGD. Im Umkehrschluss kommt es zu Entwicklungen, dass die Gesundheitsämter fachliche Fragen immer häufiger direkt an das Sozialministerium richten, ohne die Regierungspräsidien einzubinden. Dies mag auch durch die Außenwahrnehmung der Reorganisation der Regierungspräsidien (Wegfall einer eigenen Gesundheitsabteilung) und die enge personelle Ausstattung der Gesundheitsreferate (schwierige Erreichbarkeit von Ansprechpartnern in den Regierungspräsidien) bedingt sein.

Mit der Eingliederung gaben die Regierungspräsidien de facto die juristische Beratung und Vertretung der Gesundheitsämter auf, obwohl sie hierfür als höhere Gesundheitsbehörden de jure weiterhin zuständig wären.

Hier lag ehemals eine große Stärke der Regierungspräsidien. Es wurden rechtliche Fragen der Gesundheitsämter von Ärzten aus dem ÖGD gemeinsam mit auf diesem Gebiet erfahrenen Juristen bearbeitet und abgeklärt. Heute beklagen einige Gesundheitsämter, dass ihnen diese Spezialisten im Landratsamt fehlen. Rechtliche und fachliche Zweifelsfragen werden deshalb vielfach ohne vorherige Prüfung durch das Landratsamt und das zuständige Regierungspräsidium direkt dem Sozialministerium zur Beantwortung vorgelegt.

---

<sup>8</sup> Für die drei Stadtkreise und kommunalen Gesundheitsämter ist der Krankenhaus- und Gesundheitsausschuss des Städtetags das zuständige Beratungsgremium.

Zusammenfassend verloren die Präsidien durch die Eingliederung an Bedeutung für die Gesundheitsämter.

#### **5.4 Schnittstellen**

Die Existenz und Qualität von Schnittstellen sind für den ÖGD von elementarer Bedeutung. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen den Schnittstellen einzelner Aufgabenfelder des ÖGD wie z. B. Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung/Prävention, Gesundheitsberichterstattung/Epidemiologie, und Kinder- und Jugendgesundheitsdienst innerhalb eines Gesundheitsamtes oder innerhalb des ÖGD z. B. zum Landesgesundheitsamt und Schnittstellen zu anderen Behörden, Institutionen und Einrichtungen.

So können beispielsweise die Untersuchungsdaten der Einschulungsuntersuchung zur Identifikation wichtiger Zielgruppen beitragen, um begrenzte Ressourcen bedarfsgerecht einsetzen zu können. Zur schnellen Beantwortung und Koordinierung zentraler Fragen und in der Fortbildung hat sich die enge Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsämtern und dem Landesgesundheitsamt bewährt.

Extern ergeben sich bei der Aufgabenwahrnehmung des ÖGD vielfältige Schnittstellen zu Behörden, zu Trägern öffentlicher Einrichtungen und Institutionen, zu wissenschaftlichen Einrichtungen (Universitätsinstitute, Forschungszentren), Laboren, Wasserversorgungsunternehmen u. a. m. Schnittstellen werden zur Ärzteschaft (im niedergelassenen Bereich oder z. B. in sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen), zu Krankenhäusern und den Krankenkassen gepflegt. Die externen Schnittstellen der Gesundheitsberichterstattung sind bisher noch zu gering ausgeprägt, da sie wenig vorgegeben sind und etwa die GKV den nach § 20 SGB V vorgegebenen Aufgaben in Abstimmung mit der lokalen Gesundheitsberichterstattung bisher nur unzureichend nachkommen. Im Bereich Epidemiologie sind durch das IfSG Schnittstellen zu vorgesetzten Behörden (auch über die Landesgrenzen hinaus z. B. zum Robert Koch-Institut) festgelegt. Im Falle von fraglichen Krankheitshäufungen ergeben sich anlassbezogen vielfältige Schnittstellen zu anderen Behörden oder etwa Gemeinden. Bei der Zahngesundheitsförderung besteht bei der Jugendzahnpflege im Rahmen der Durchführung der Gruppenprophylaxe eine vertraglich fixierte enge Kooperation mit der örtlichen Zahnärzteschaft und den örtlichen Krankenkassen in den jeweiligen Arbeitsgemeinschaften Zahngesundheit.

#### **Regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit**

In fast allen Landkreisen sind sogenannte Regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit eingerichtet. Sie sind in der Gesundheitsförderung/Prävention ein institutionalisierter Zusammenschluss der Akteure und Institutionen auf regionaler Ebene im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen. Aufgabe ist es, die gesundheitsfördernden und präventiven Bestrebungen zu erfassen, zu koordinieren und zu intensivieren. Die Gesundheitsämter haben die Geschäftsführung inne.

Die Produktivität der Schnittstellenarbeit wird in der Gesundheitsförderung/ Prävention geradezu beispielhaft umgesetzt: Schulische Gesundheitsförderung z. B. ohne

Schul- und Jugendämter, Elternbeiräte, Lehrerausbildungsstätten, Krankenkassen, Ernährungsfachleuten oder Sportpädagogen würde ebenso wenig Sinn machen wie interkulturelle Gesundheitsförderung ohne Ausländerräte, Sozial- und Ausländerämter, Wohlfahrtsverbände oder multikulturelle Initiativen.

Die Regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit verständigen sich in regelmäßigen Sitzungen über die regionalen Ziele und Maßnahmen und nehmen in Abstimmung mit dem Landesgesundheitsamt an einem regelmäßigen, landesweiten Informations- und Erfahrungsaustausch teil. Da die Teilnahme an den Regionalen Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit auf freiwilliger Basis erfolgt, ist die aktive Mitarbeit regional sehr unterschiedlich ausgeprägt.

### **Regionale Arbeitsgemeinschaften für Zahngesundheit**

Nach den Richtlinien zur Durchführung der Jugendzahnpflege des Sozialministeriums vom 01.07.2001 führt das Gesundheitsamt die Geschäftsstelle der regionalen Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit. Diese Aufgabe hat durch den ständigen Ausbau der Gruppenprophylaxe (§ 21 SGB V) und die damit verbundene Zunahme des Personals bei den Arbeitsgemeinschaften an Bedeutung gewonnen. Die Geschäftsstelle plant, organisiert, koordiniert und evaluiert die Programme zur Mundgesundheitsförderung. Sie übernimmt die Personalverwaltung und -führung, die Haushaltsplanung und Buchhaltung, die Öffentlichkeitsarbeit und das Qualitätsmanagement.

Die Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit Baden-Württemberg hat die regionalen Arbeitsgemeinschaften 1998 in einem landesweiten Konzept zur Qualitätssicherung eingebunden. Im Rahmen dieses Qualitätsmanagements ist es die Aufgabe der Geschäftsstelle, die epidemiologischen Daten zu erfassen, sie auszuwerten, darüber zu berichten, Prioritäten zu definieren, Ziele zu formulieren, bedarfsgerechte Programme zu entwickeln und diese anschließend zu evaluieren.

### **Forum Öffentlicher Gesundheitsdienst - Gesundheitswissenschaften - Kommunalpolitik**

Seit der Eingliederung der Gesundheitsämter in die Landratsämter und die Bürgermeisterämter der Stadtkreise macht das Sozialministerium von seinen traditionellen fachaufsichtlichen Befugnissen nur noch in zurückhaltender Weise Gebrauch.

Im Vordergrund steht heute eher eine diskursive Meinungsbildung aller Akteure des ÖGD. Zur Pflege des Meinungsaustausches und als Plattform für die Behandlung anstehender Fragen auf dem Gebiet des ÖGD hat das Sozialministerium 1998 das „Forum Öffentlicher Gesundheitsdienst - Gesundheitswissenschaften - Kommunalpolitik“ ins Leben gerufen. Im Forum sind die kommunalen Landesverbände, Repräsentanten der Kreise, des ÖGD und des Verbandes der Ärzte im ÖGD sowie Gesundheitswissenschaftler vertreten. Ziel ist es,

- die gegenseitigen Erwartungen und Schnittstellen zu klären,
- die Zusammenarbeit zu verbessern,
- den Transfer zwischen Praxis, Forschung und Lehre voranzubringen sowie

- die Identifikation der Kommunen mit den Aufgaben des ÖGD zu stärken.

Unter der Moderation des Sozialministeriums werden gemeinsame Handlungsempfehlungen und Vorschläge zur Fortentwicklung des ÖGD erarbeitet. Das Forum wirkt insoweit als wichtiges Beratungs- und Steuerungsgremium für den ÖGD vor Ort. Mit der Einrichtung des Forums gelang es, wesentliche Schnittstellen des ÖGD zur Politik und den Gesundheitswissenschaften an den Universitäten zu institutionalisieren.



## 6. Vergleichende Darstellung mit anderen Bundesländern<sup>9</sup>

Im Rahmen des Gesamtprojekts hat das Sozialministerium Ende 2003 eine schriftliche Länderumfrage durchgeführt. Die Bundesländer Bayern, Berlin, Hamburg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen haben sich an dieser Umfrage beteiligt. Nachfolgend werden die wesentlichen Ergebnisse der Umfrage wiedergegeben.

- Alle genannten Länder haben inzwischen ein Gesundheitsdienstgesetz (Thüringen: Verordnung).
- Die größeren Flächenstaaten verfügen des Weiteren über eine „fachliche Leitstelle“ für den ÖGD, vergleichbar dem hiesigen Landesgesundheitsamt.
- Die Aufgaben der Gesundheitsämter werden zum Teil als staatliche, aber überwiegend als kommunale Aufgabe wahrgenommen.
- Bezüglich der jeweiligen Aufgabenschwerpunkte ergibt sich folgendes Bild: Bedeutendstes Aufgabengebiet ist der Gesundheitsschutz mit durchschnittlich 26 %, gefolgt vom jugendärztlichen Dienst (Jugendgesundheitspflege) mit 21 % und dem amtsärztlichen Dienst/Gutachten mit 20 %. Im Weiteren werden Sozialmedizin (16 %), Gesundheitsförderung/Prävention sowie Jugendzahnpflege (jeweils 6 %) genannt. Den prozentual geringsten Anteil am Aufgabenspektrum macht der Bereich Gesundheitsberichterstattung/Epidemiologie mit durchschnittlich 4 % aus. Nicht alle antwortenden Bundesländer haben sich an der prozentualen Gewichtung der Aufgabenbereiche beteiligt. Auffallend ist diesbezüglich vor allem die extrem große Schwankungsbreite im Bereich amtsärztliche Gutachten (Berlin 2 % einerseits und Rheinland-Pfalz mit mehr als 30 % andererseits).
- Die Angaben zur Entwicklung der Aufgaben seit 1995 waren erwartungsgemäß sehr heterogen. Eine allgemeine Tendenz lässt sich daher nur schwer ableiten. Dennoch kann festgestellt werden, dass folgende Bereiche zunehmende Bedeutung erlangt haben: Gesundheitsschutz einschließlich Umwelthygiene und Trinkwasserüberwachung, Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie, Amtshilfegutachten z. B. für Sozial- und Ausländerämter (Einmalnennung) und Jugend(zahn)pflge (Einmalnennung). Abgenommen hätten die gutachtlichen Aufgaben (Einmalnennung). Allgemein ist ein Trend zu zielgruppenspezifischen Angeboten und zu bevölkerungs- und sozialmedizinischen Schwerpunkten auszumachen.
- Künftige Aufgabenschwerpunkte sehen die genannten Länder in folgenden Bereichen: Weiterhin Gesundheitsschutz; Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsberichterstattung; Risikokommunikation; Kooperations- und Koordinierungsaufgaben; sozial- und umweltmedizinische Aufgaben.
- Reduktionspotential wird vor allem in folgenden Bereichen gesehen: Amtsärztliche Begutachtung, individualmedizinische Leistungen, Gesundheitshilfen, Amtshilfesaufgaben, Jugendärztliche Dienste (strittig).

<sup>9</sup> Siehe dazu auch im Anhang Anlage 1: Überblick über die Gesundheitsdienstgesetze der Länder

Bezüglich der Ergebnisse der Länderumfrage ist besondere Vorsicht geboten, da aufgrund der länderspezifischen Situation nur eine bedingte Vergleichbarkeit der jeweiligen Gesundheitsdienste besteht. Bei summarischer Bewertung kann jedoch festgestellt werden, dass sich der ÖGD deutschlandweit immer mehr zu einem bevölkerungsmedizinischen Pfeiler des Gesundheitswesens fortentwickelt und – unter Beachtung des Subsidiaritätsprinzips – sich aus individualmedizinischen Bereichen zurückzieht bzw. zurückzuziehen versucht.

## **7. Personalausstattung, -gewinnung und -entwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes**

Die Eingliederung der Gesundheitsämter hatte zur Folge, dass im Wesentlichen nur noch die Laufbahngruppen des (vergleichbaren) höheren Dienstes weiterhin Landesbedienstete blieben, während die Bediensteten der anderen Laufbahngruppen im Regelfall zu den Landkreisen als neuen Dienstherrn bzw. Arbeitgeber wechselten. Die folgende Darstellung differenziert daher nach den verschiedenen Laufbahngruppen. Lediglich für die Laufbahngruppe des (vergleichbaren) höheren Dienstes bei den Gesundheitsämtern ist das Sozialministerium weiterhin personalbewirtschaftend zuständig.

### **7.1 (Vergleichbarer) höherer Dienst**

#### **Personalausstattung**

Die Stellenzahl bei den Gesundheitsämtern ist seit 1995 im Wesentlichen gleich geblieben und beträgt aktuell laut Staatshaushaltsplan 2004 insgesamt 332,5 Stellen für Beamte bzw. Angestellte im höheren Dienst. Änderungen im Sinne von Verschiebungen bei der Personalausstattung einzelner Gesundheitsämter haben sich allenfalls im Zusammenhang mit der Verlagerung von Aufgaben ergeben, beispielsweise der Schließung von Bezirksstellen für Asyl oder der Einrichtung von Beobachtungsgesundheitsämtern. Die Soll-Ausstattung der einzelnen Gesundheitsämter ist nunmehr im Anhang zum SoBEG I auf die einzelnen Landkreise bezogen festgelegt, die grundsätzlich die Ausschöpfung der ihnen zustehenden Stellenbesetzungsmöglichkeiten fordern.

Nachdem die vor 1995 bestehende Aufgliederung der Soll-Zahlen in Stellen für den ärztlichen und für den zahnärztlichen Dienst aufgehoben wurde und die Soll-Zahlen nur noch einheitlich die Anzahl der Stellen im höheren Dienst festlegen, fällt auf, dass zahlreiche Ämter eine Verschlankung des zahnärztlichen Dienstes zugunsten des ärztlichen Dienstes anstreben, um auf diese Weise neuen fachlichen Anforderungen (beispielsweise im Zusammenhang mit dem IfSG) begegnen oder neue Schwerpunkte in den Bereichen Public Health und Gesundheitsberichterstattung setzen zu können.

#### **Personalgewinnung**

Im Zusammenhang mit der Eingliederung der Gesundheitsämter in die Landratsämter hat das Sozialministerium die bisher primär von den Regierungspräsidien wahrgenommene Aufgabe der Personalgewinnung im (vergleichbaren) höheren Dienst an sich gezogen, um dem erforderlichen erhöhten Abstimmungs- und Koordinierungsbedarf mit den Landratsämtern besser begegnen zu können. So läuft die Personalbedarfsplanung, die Entwicklung des Stellenprofils, die Stellenausschreibung sowie die Bewerbungsverfahren einheitlich beim Sozialministerium, wobei die Wahrung der Interessen der Landkreise und der Regierungspräsidien durch eine enge Abstimmung und Verfahrensbeteiligung sichergestellt wird.

Dieses Verfahren "aus einer Hand" hat sich trotz des erforderlichen personellen Aufwands im Sozialministerium gut bewährt, da auf diese Weise ein nachhaltiger Kontaktaufbau zu den neu eingestellten Bewerbern ermöglicht wird. Dieser soll gegebenenfalls angestrebte spätere Personalentwicklungsmaßnahmen und somit auch mittelfristig die qualifizierte Besetzung von Funktionsstellen erleichtern. Auch die erfolgreiche Wahrnehmung des Abstimmungs- und Koordinierungsbedarfs mit den Landratsämtern wird durch die persönliche Kontaktpflege im Rahmen der Vorstellungsgespräche gefördert.

Wesentlich geprägt wird die Personalgewinnung durch den bei den Gesundheitsämtern vorhandenen hohen Frauenanteil, der relativ konstant bei zwei Dritteln der Beschäftigten im (vergleichbaren) höheren Dienst liegt. Die familienpolitischen Instrumente der Beurlaubung sowie der Teilzeittätigkeit werden sowohl von weiblichen als auch von männlichen Bediensteten in steigender Zahl genutzt, so dass auf Grund der Rückkehransprüche zahlreiche Stellen bei den Gesundheitsämtern nur befristet besetzt werden können.

Während die Kopffzahlen aller Beschäftigten im (vergleichbaren) höheren Dienst einschließlich der beurlaubten bzw. in Teilzeit tätigen Bediensteten sowie der befristet Beschäftigten 1995 noch 373 betrug, liegt die Kopffzahl bei einer ansonsten vergleichbaren Stellenzahl 2003 bei 413, was eine Steigerung von über 10 % bedeutet. Hieraus resultieren für die Personalgewinnung und -bewirtschaftung neue Herausforderungen, da nicht nur die Zahl der (vorübergehend) freiwerdenden Stellen und somit der durchzuführenden Bewerbungsverfahren stetig steigt, sondern aufgrund der Befristungen auch die Gewinnung hochqualifizierten Personals erschwert wird.

Umso erfreulicher ist es, dass 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 konnte<sup>10</sup>.

Auffällig ist hierbei, dass der Anteil der Bediensteten mit Amtsarztkurs bzw. Facharztanerkennung für öffentliches Gesundheitswesen konstant geblieben ist, während die Steigerung zum einen auf den neu eingeführten Aufbaustudiengang Public Health zurückzuführen ist sowie primär auf die vermehrte Neueinstellung von Ärzten mit bereits in der Klinik bzw. Praxis erworbener Facharztqualifikation. Während 1996 nur 120 Ärzte über eine außerhalb des ÖGD erworbene Facharztanerkennung verfügten, konnten diese im Jahr 2003 auf 153 ausgebaut werden<sup>11</sup>.

### **Andere Berufsgruppen im (vergleichbaren) höheren Dienst**

Zum Stichtag 30.06.2003 waren bei den Gesundheitsämtern der Landratsämter 413 Landesbedienstete im (vergleichbaren) höheren Dienst tätig (einschließlich Teilzeitkräften und Beurlaubten). Hiervon gehörten 50 Bedienstete nicht der Berufsgruppe der Ärzte an. Davon waren 45 Bedienstete Zahnärzte; fünf weitere Bedienstete kommen aus folgenden Berufsgruppen:

<sup>10</sup> Siehe dazu auch im Anhang Anlage 3: Anteil von Bediensteten aller Berufsgruppen im (vergleichbaren) höheren Dienst mit Facharztqualifikation, Amtsarztkurs oder Aufbaustudium Public Health

<sup>11</sup> Siehe dazu auch im Anhang Anlage 4: Facharzt-Qualifikationen bezogen auf alle Bediensteten im (vergleichbaren) höheren Dienst

- 3 Dipl.-Psychologen (Landratsämter Böblingen, Rhein-Neckar-Kreis, Lörrach)
- 1 Dipl.-Pädagoge (Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis)
- 1 Dipl.-Oecotrophologin mit MPH-Abschluss (Landratsamt Rems-Murr-Kreis)

Es fällt auf, dass alle vier betroffenen Ämter zu den größeren Gesundheitsämtern mit mindestens 9,5 Soll-Stellen im höheren Dienst zählen. Dies legt die Schlussfolgerung nahe, dass der Schwerpunkt der Tätigkeit der Gesundheitsämter weiterhin auf ärztlichem Gebiet liegt und insbesondere kleinere Gesundheitsämter eine Besetzung der ihnen zur Verfügung stehenden Stellen mit ärztlichem Personal anstreben.

### **Personalentwicklung**

Wesentlicher Bestandteil der Personalentwicklung ist neben der Aneignung von Führungs- und besonderer Fachkompetenz der Erwerb von Erfahrungen auf mehreren Ebenen der Landesverwaltung oder in mehreren Landratsämtern (Gesundheitsämtern).

Für die Landesbediensteten des (vergleichbaren) höheren Dienstes bei den Gesundheitsämtern besteht zunächst die Möglichkeit, an der aus vier Bausteinen bestehenden Einführungsfortbildung des Landes teilzunehmen. Leider musste festgestellt werden, dass die eigentlich als Pflichtfortbildung vorgesehenen Seminare von den Bediensteten der Gesundheitsämter seit der Eingliederung 1995 vermehrt nicht in vollem Umfang wahrgenommen werden. Es wäre wünschenswert, wenn seitens der Landratsämter die Wahrnehmung dieses Fortbildungsangebots entsprechend gefördert werden könnte, zumal die Lehrgangskosten sowie die Kosten für Unterbringung und Verpflegung vom Land getragen werden und die Landkreise lediglich für die Fahrtkosten aufzukommen haben.

Bezüglich der sonstigen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sieht die Kostenregelung anders aus. Da mit der Eingliederung der Gesundheitsämter in die Landratsämter auch sämtliche Mittel für die Fort- und Weiterbildung aller Bediensteten der Gesundheitsämter einschließlich Reisekosten und Trennungsgeld über die jährlichen FAG-Zuweisungen auf die Landratsämter übertragen wurden, steht es nunmehr im Ermessen der Landratsämter, in welchem Umfang Fort- und Weiterbildungen der Bediensteten bei den Gesundheitsämtern erfolgen können. Gerade die Entwicklung der letzten Jahre hat gezeigt, dass bei einer schwierigen allgemeinen Haushaltslage die Zahl der Ärzte, denen die Absolvierung des sechsmonatigen Amtsarztkurses in München ermöglicht wird, zurückgeht. Diese Entwicklung ist insofern alarmierend, als § 4 ÖGDG die Prüfung für den höheren ÖGD, die insbesondere mit dem Amtsarztkurs erworben wird, als fachliche Voraussetzung für die Leitung oder stellvertretende Leitung eines Gesundheitsamtes normiert. Es bleibt daher zu hoffen, dass es trotz der teilweise schlechten Haushaltslage in einzelnen Landkreisen weiterhin gelingen wird, die übergeordneten fachlichen Interessen an einer ausreichenden Zahl von Amtsarztkursabsolventen in allen Landkreisen zu wahren.

Um auch Bediensteten der Gesundheitsämter die Möglichkeit zum Erwerb von Erfahrungen auf mehreren Ebenen der Landesverwaltung zu eröffnen, bietet das Sozialministerium für besonders qualifizierte Bedienstete die Abordnung an das Sozialministerium und bei Bedarf auch zu den Regierungspräsidien oder zu anderen Land-

ratsämtern an. Die Einbindung in die ministerielle Tätigkeit eröffnet neue Blickwinkel auf den ÖGD und vermittelt Kompetenzen, die unter anderem auch für die Teilnahme an dem 15-monatigen Ausbildungsprogramm der Führungsakademie des Landes und zur Vorbereitung auf das im Vorfeld durchzuführende Assessment-Center förderlich sind. Auf diese Weise konnten bereits mehrere Ärzte erweiterte Führungskompetenzen erwerben und im ÖGD des Landes wieder gewinnbringend einsetzen. Das Sozialministerium wird sich weiterhin bemühen, in Abstimmung mit den Landratsämtern besonders qualifizierten Bediensteten diese wichtige Möglichkeit der Personalentwicklung anzubieten, damit mittelfristig alle Landratsämter von einer breiten und fachlich fundierten Personalentwicklung der Landesbediensteten in den Gesundheitsämtern profitieren können.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass sich das ÖGDG und die damit verbundene Eingliederung der Gesundheitsämter in die Landratsämter insgesamt bewährt haben, wobei insbesondere im Bereich der Personalentwicklung einem erhöhten Abstimmungs- und Koordinierungsaufwand mit den einzelnen Landkreisen Rechnung zu tragen ist.

## **7.2 (Vergleichbarer) gehobener Dienst/mittlerer Dienst**

Angaben zu den Berufsgruppen und zur Gesamtzahl der Bediensteten im (vergleichbaren) gehobenen Dienst/mittleren Dienst in den Gesundheitsämtern liegen nicht vor. Eine Statistik zum Fachpersonal der Gesundheitsämter, allerdings ohne Unterscheidung zwischen höherem, gehobenen/mittleren Dienst, wird vom Statistischen Landesamt jährlich fortgeschrieben<sup>12</sup>.

## **7.3 Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung ist für die Aufgabenerledigung des ÖGD von zentraler Bedeutung. Baden-Württemberg kooperiert darüber hinaus 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. 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.

### **Fortbildungsangebot des Landesgesundheitsamtes**

Das Landesgesundheitsamt bietet insbesondere für Mitarbeiter in den Gesundheitsämtern sowie für in der Hygiene (Hygienefachkräfte, Desinfektoren, Hygienebeauf-

---

<sup>12</sup> Siehe dazu auch im Anhang Anlage 5: Berufe des Gesundheitswesens 1995 und 2003 – Fachpersonal der Gesundheitsämter nach Berufsbezeichnung/ Berufsgruppen

tragte Ärzte, Altenpfleger und Zahn-/ Arzthelferinnen), in Frühförderstellen und als Betriebs- und Gewerbeärzte Tätige überwiegend Berufsgruppen übergreifend Aus-, Fort- und Weiterbildungen, Informationsveranstaltungen und Workshops an zu den Bereichen:

- Umwelt und Gesundheit
- Hygiene und Infektionsschutz
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Landesarzt für Behinderte
- Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung
- Arbeit und Gesundheit

Für die Planung und Durchführung der Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote im Hygienebereich ist das Referat Aus-, Fort- und Weiterbildung zuständig, das auch die Fortbildungsarbeit der Fachabteilungen organisatorisch unterstützt.

Fortbildungsziel ist es, die fachlichen, methodischen und sozialen Kompetenzen für berufliches Handeln zu stärken, neuen Anforderungen frühzeitig anzupassen und zu verbindlicheren Qualitätsstandards in den verschiedenen Aufgabenfeldern gesundheitsbezogenen Handelns beizutragen.

Darüber hinaus gibt das Landesgesundheitsamt Fachpublikationen, Infodienste und sonstige Info-Materialien als Printmedien heraus und betreibt im Internet die Websites [www.landesgesundheitsamt.de](http://www.landesgesundheitsamt.de) und [www.gesundheitsamt-bw.de](http://www.gesundheitsamt-bw.de).

### **Aufbaustudiengang Public Health, Universität Ulm**

Das Kooperationsmodell zwischen dem ÖGD Baden-Württemberg und dem Public Health-Studiengang der Universität Ulm endet aufgrund des Auslaufens des universitären PH-Angebots in Ulm.

Der zunehmende Einsatz von Public Health-Absolventen in den Gesundheitsämtern Baden-Württembergs stellt eine große Bereicherung dar. Speziell die Arbeitsbereiche Gesundheitsberichterstattung/Epidemiologie profitierten stark vom Einsatz von Public Health-Absolventen, da die im Public Health-Studium angeeigneten Methodenkompetenzen hier für eine effiziente Arbeit ideal sind und sie teilweise erst ermöglichen. Auch im Bereich der Gesundheitsförderung/Prävention zeigte der Einsatz von Public Health-Kräften positive Effekte für mehr Qualität und im Hinblick auf die zunehmend geforderte Evidenzbasierung.

Public Health-Wissen ist darüber hinaus auch im Bereich der Umweltmedizin und Hygiene gut nutzbar. Nicht zuletzt wurden auch die Qualitätssicherung von ÖGD-Aufgaben, die Anwendung von Kennzahlensystemen und internes Berichtswesen durch die Methodenkompetenz von Public Health-Absolventen erleichtert. Deren Einsatz ist insofern amtsübergreifend positiv zu bewerten und fördert die Qualität der Arbeit des ÖGD.

Nicht zufriedenstellend gestaltete sich leider die dauerhaft angestrebte Kooperation mit der Universität Ulm. Nur einige wenige Jahrgänge des Studiengangs hatten einen hohen Anteil an ÖGD-Mitarbeitern. In den letzten Jahrgängen bewarben sich jedoch keine ÖGD-Mitarbeiter mehr in Ulm. Wesentlichstes Hindernis für eine dauerhaft funktionierende Kooperation war die zuletzt stark wissenschaftlich-klinische Ausrichtung des Ulmer Studiengangs, ein Spezifikum gegenüber anderen Public Health-Studiengängen. Dies machte ihn zunehmend ungeeignet, die für ÖGD-Absolventen notwendigen, eher anwendungsbezogenen Kenntnisse zu vermitteln. Ein Übriges tat die Erfahrung, dass sich das Aufgabenprofil innerhalb mancher Ämter nur schleppend an die vom Gesetzgeber angestrebten neuen fachlichen Schwerpunkte anpasste, wodurch die erworbenen Public Health-Kompetenzen teils nur unzureichend genutzt werden konnten.

Zusammenfassend ist die Bereicherung des ÖGD Baden-Württembergs durch Public Health-Absolventen schon heute erheblich. Ungeachtet der auslaufenden Kooperation mit der Universität Ulm ist eine deutliche Erhöhung der Public Health-Kompetenz innerhalb des ÖGD Baden-Württemberg anzustreben.

### **Amtsarztkurs**

Die erfolgreiche Teilnahme an einem halbjährigen Amtsarztkurs ist nicht nur Bestandteil der Weiterbildung zum Arzt für das öffentliche Gesundheitswesen, sondern auch Voraussetzung für die fachliche Leitung eines Gesundheitsamtes und die Stellvertretung § 4 ÖGDG. Die meisten Ärzte des baden-württembergischen ÖGD entscheiden sich für eine Teilnahme am Amtsarztkurs an der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit in Oberschleißheim. Dieser Kurs umfasst ca. 700 Unterrichtsstunden. Dabei werden für die ärztliche Tätigkeit im Gesundheitsamt insbesondere in folgenden Bereichen Grundkenntnisse vermittelt:

- Recht und Verwaltung, Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Public Health, Statistik; Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung
- Gesundheitsförderung und Prävention; Grundlagen der Sozialmedizin; schul- und jugendärztliche Aufgaben des ÖGD
- Mikrobiologie; Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (Infektionshygiene und Impfwesen)
- Toxikologie; gesundheitlicher Umweltschutz; Umwelthygiene und -medizin
- Medizinische Begutachtung; Psychiatrie einschließlich forensisch relevanter Fragestellungen und Rechtsmedizin

Unter Berücksichtigung diverser Vorschläge des Landes Baden-Württemberg wurde 1997 der Stoffplan den praktischen Erfordernissen des ÖGD weiter angepasst. Insbesondere die Themen "Public Health, Gesundheitsberichterstattung und EDV im Gesundheitsamt" wurden als eigenständige Themen in den Stoffplan aufgenommen. Zudem wurde die Zahl der Unterrichtsstunden bei den Modulen "Gesundheitsförderung und Prävention" erhöht sowie bei den Modulen "Toxikologie und Umwelthygiene" reduziert. Insgesamt ergab sich eine deutliche Erhöhung der Unterrichtsstunden und eine Annäherung an die inhaltliche Ausrichtung des nordrhein-west-



fälischen Amtsarzturses an der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Dennoch häuften sich in jüngster Zeit Beschwerden über die inhaltliche und formale Ausrichtung des Amtsarzturses in München. Der Kurs ist inhaltlich vor allem auf die bayerischen Teilnehmer ausgerichtet und entspricht über weite Strecken didaktisch in keiner Weise modernen, lernpädagogischen Ansätzen (viel Frontalunterricht). Wesentliche Inhalte, die für die zukünftigen baden-württembergischen Amtsärzte von hoher Relevanz sind, werden kaum oder gar nicht gelehrt, wohingegen andere Themen völlig überbewertet werden.

Innerhalb eines Zeitraums von neun Jahren nahmen insgesamt 51 Ärzte aus dem ÖGD Baden-Württemberg am bayerischen Amtsarztkurs teil<sup>13</sup>. Dies entspricht ca. einem Achtel der Gesamtzahl der Ärzte im ÖGD. Dieser hohe Anteil belegt eindrucksvoll den großen Stellenwert des Amtsarzturses für den ÖGD in Baden-Württemberg.

### **Facharztweiterbildung "Öffentliches Gesundheitswesen"**

Bis zum Jahr 2002 galt für die ärztliche Weiterbildung im Gebiet "Öffentliches Gesundheitswesen" die Bestimmung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung vom 19.10.1979. Im Frühjahr 2003 wechselte die Zuständigkeit für diese fachärztliche Weiterbildung zur Landesärztekammer Baden-Württemberg (LÄK). Die LÄK verabschiedete daraufhin mit Wirkung vom 01.04.2003 eine neue Weiterbildungsordnung. Wesentliche Unterschiede zur bisherigen Bestimmung des Sozialministeriums:

- Statt bisher zwei, sind künftig drei Jahre praktische ärztliche Tätigkeit erforderlich, wovon 30 Monate im Bereich "Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Kinderheilkunde" und sechs Monate im Bereich "Psychiatrie, Psychotherapie" abzuleisten sind. Auf die genannten 30 Monate ist eine Vielzahl von anderen Fachgebieten anrechenbar<sup>14</sup>.
- Künftig ist obligatorisch ein sogenanntes Fachgespräch – gleichsam eine mündliche Prüfung – abzulegen (§ 22 Abs. 15 Satz 3 WBO).

Aus Vertrauensschutzgründen und zur Vermeidung unzumutbarer Härten wurde eine entsprechende Übergangsregelung (§ 22 Abs. 15 WBO) geschaffen, wonach die Facharztweiterbildung für bereits bei den Gesundheitsämtern beschäftigte Bedienstete nach den bisherigen Bestimmungen des Sozialministeriums abgelegt werden kann.

Dies erfolgte insbesondere deshalb, weil die bisherigen Einstellungsanforderungen ganz bewusst an den bisherigen Bestimmungen des Sozialministeriums über die Weiterbildung zum Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen orientiert waren, um so allen Bediensteten bei den Gesundheitsämtern grundsätzlich die Erlangung der Facharztanerkennung für das öffentliche Gesundheitswesen zu ermöglichen.

Durch die oben dargestellten höheren Anforderungen hat die Facharztweiterbildung eine Aufwertung erfahren, die aus fachlicher Sicht durchaus erwünscht ist.

<sup>13</sup> Siehe dazu auch im Anhang Anlage 6: Baden-württembergische Teilnehmer am Amtsarzt-Kurs

<sup>14</sup> Abschnitt I Nummer 27 der Weiterbildungsordnung der LÄK Baden-Württemberg in der Fassung vom 10.10.1997, geändert durch Satzung vom 19.02.2003 - ÄBW 2003, S. 136

## Lehrgang für Sozialmedizinische Assistentinnen

Die Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit in Oberschleißheim führt im zweijährigen Turnus jeweils in der Zeit von Januar bis April einen Weiterbildungslehrgang für Sozialmedizinische Assistentinnen durch, der offiziell "Lehrgang für Assistentinnen im Gesundheitsdienst" heißt. Die Lehrgang dauert drei Monate und wurde im Jahre 1997 an die spezifischen praktischen Bedürfnisse des ÖGD angepasst; er findet nur bei ausreichender Teilnehmerzahl statt.

Voraussetzungen für die Teilnahme an dem Weiterbildungslehrgang ist eine mindestens neunmonatige Tätigkeit in den Aufgaben einer Assistentin im Gesundheitsdienst. Der Lehrgang für Sozialmedizinische Assistentinnen umfasst ca. 380 Unterrichtsstunden, wobei in folgenden Bereichen Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt werden:

- Staatsbürgerkunde, Recht und Verwaltung, Berufskunde
- Umgang mit dem Bürger, Gesundheitserziehung, Sozial- und Jugendhilfe, Mutterschutz, Statistik, Kindergarten- und Schulwesen
- Gesundheitshilfe
- Seuchen- und Umwelthygiene

Innerhalb eines Zeitraums von neun Jahren nahmen insgesamt 30 Beschäftigte aus dem ÖGD Baden-Württemberg am SMA-Lehrgang in München teil<sup>15</sup>. Trotz der leicht ansteigenden Tendenz der Teilnehmerzahlen, die die Attraktivität und Akzeptanz des betreffenden Weiterbildungsangebotes belegt, wäre es wünschenswert, wenn die personalverwaltenden Stellen in noch stärkerem Maße die Teilnahme an dem Weiterbildungsangebot ermöglichen und fördern würden. Dies gilt vor allem deshalb, weil den Sozialmedizinischen Assistentinnen im Verlauf der letzten Jahre zunehmend höherwertige Aufgaben zugewiesen wurden, die eine entsprechende berufsbegleitende Qualifizierung erfordern.

## Lehrgang für Gesundheitsaufseher

Der Lehrgang für Gesundheitsaufseher wird von der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit im Rahmen des Lehrgangs zur Vorbereitung auf die Anstellungsprüfung für den mittleren Gesundheitsdienst bei den staatlichen und kommunalen Gesundheitsämtern in Bayern durchgeführt. Er findet im Wechsel mit dem Lehrgang für Sozialmedizinischen Assistentinnen im Abstand von in der Regel zwei Jahren statt und dauert grundsätzlich vier Monate. Der Lehrgang umfasst über 400 Unterrichtsstunden, wobei auf folgenden Gebieten Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt werden:

- Recht und Verwaltung, Berufe des Gesundheitswesens
- Biologie, Gesundheits- und Krankheitslehre
- Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten

---

<sup>15</sup> Siehe dazu auch im Anhang Anlage 7: Baden-württembergische Teilnehmer am Lehrgang für Sozialmedizinische Assistentinnen

- Umwelthygiene
- EDV

Der Lehrgang endet mit der an der Akademie abzulegenden Anstellungsprüfung für den mittleren Gesundheitsdienst. Nach bestandener Anstellungsprüfung erhält der Lehrgangsteilnehmer ein Zeugnis. Eine Bescheinigung über einen an einer anderen gleichwertigen Ausbildungsstätte erfolgreich absolvierten Lehrgang gilt entsprechend.

Im Jahre 1997 hatte das Sozialministerium Baden-Württemberg angeregt, die Lehrgänge für Gesundheitsaufseher in Bayern und Nordrhein-Westfalen, soweit als möglich und geboten, zu harmonisieren. Dabei sollten bei der Überarbeitung des Stoffplans der Bayerischen Akademie die folgenden, bislang unterrepräsentierten Themen stärker gewichtet werden:

- **Medizinalstatistik:** Zusätzlich sollte hier insbesondere auch die Gesundheitsberichterstattung berücksichtigt werden.
- **Wasser:** Hier sollte insbesondere eine ergänzende Darstellung der Rechtsgrundlagen für die Trinkwasserüberwachung und der Schwimm- und Badewasserüberwachung (Gesetze, Verordnungen, DIN-Normen) sowie die Behandlung der Themen Trinkwasserschutzgebiete und Regenwasseranlagen erfolgen.
- **Luft:** Hier sollte vor allem auch auf die gesundheitlichen Auswirkungen von Ozon eingegangen werden.
- **Strahlenschutz:** Erforderlich ist im gegebenen Zusammenhang auch eine thematische Darstellung der gesundheitlichen Beurteilung "elektromagnetischer Felder".
- **Ortshygiene und hier insbesondere Hygiene von Schwimmbädern:** Hier sollte zum Teil ein deutlicher Ausbau erfolgen und gleichzeitig der Praxisbezug des Lehrgangs u. a. durch Gewinnung und Einsatz von Referenten aus der Praxis noch mehr betont werden.

Demgegenüber sollten nach baden-württembergischem Vorschlag bei der Weiterentwicklung des Stoffplans die Themen

- "Recht, Verwaltung und Staatsbürgerkunde" und hier insbesondere Staatsbürgerkunde,
- "Biologie, Gesundheits- und Krankheitslehre" (durch Reduktion des Faches "Aufbau und Funktion des menschlichen Körpers" sowie Verzicht auf die Fächer/ Fachgebiete "Drogenabhängigkeit", "Rettungswesen und Katastrophenschutz" sowie "Arbeitsschutz und Unfallverhütung")

eingeschränkt werden. Kenntnisse und Fertigkeiten zu diesen Themen würden für die Erledigung der den Gesundheitsaufsehern bei den Gesundheitsämtern obliegenden Aufgaben entweder nicht bzw. nur in geringem Umfang benötigt.

Obwohl die Vorschläge und Anregungen des Sozialministeriums Baden-Württemberg aufgegriffen und teilweise umgesetzt wurden, gibt es noch Defizite. Die Lehrgangsauswertungen der baden-württembergischen Teilnehmer zeigen, dass die gesetzlichen Inhalte immer noch sehr Bayern zentriert unterrichtet werden. Teilweise wurde auch über die mangelnde pädagogische Befähigung der Lehrenden Klage geführt. Damit der Praxisbezug weiter erhöht und die Lehrinhalte den spezifischen

Anforderungen des ÖGD angepasst werden können, sollten diese Kritikpunkte seitens der Bayerischen Akademie aufgegriffen werden.

Innerhalb eines Zeitraums von neun Jahren nahmen insgesamt 41 Beschäftigte aus dem ÖGD Baden-Württemberg am Gesundheitsaufseherlehrgang in München teil<sup>16</sup>. Das sind ca. 40 % aller Gesundheitsaufseher im ÖGD. Der Anteil unterstreicht den hohen Stellenwert des Gesundheitsaufseher-Lehrgangs für den ÖGD in Baden-Württemberg.

---

<sup>16</sup> Siehe dazu auch im Anhang Anlage 8: Baden-württembergische Teilnehmer am Lehrgang für Gesundheitsaufseher

## **8. Vorschläge für eine Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes**

Die neue Aufgabenakzentuierung, die künftige Organisationsstruktur und Personal-ausstattung sowie Fragen der Aus-, Fort- und Weiterbildung sind Fragestellungen, mit denen sich die Arbeitsgruppe bisher noch nicht intensiv auseinandergesetzt hat.

Im Rahmen einer ersten Diskussionsrunde wurde versucht, ausgehend vom bisherigen Aufgabenspektrum eine Einschätzung zu treffen. Ebenso wurden die Unterarbeitsgruppen gebeten, bei ihren Beschreibungen der derzeitigen Situation in den einzelnen Aufgabenfeldern auch einen Ausblick im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung zu geben.

Die nachfolgende Darstellung ist der Versuch einer Synthese dieser beiden Ansätze und soll als ein Ausgangspunkt der weiteren Diskussion dienen:

- Der Gesundheitsschutz hat nach wie vor einen hohen Stellenwert und gehört zum Kerngeschäft des ÖGD. Die Wahrnehmung dieser Aufgabe liegt derzeit und auch zukünftig bei ca. einem Drittel der Gesamtaufgaben. Wie schon jetzt ist zukünftig jedoch mit weiteren Schwerpunktverlagerungen innerhalb dieses Aufgabengebietes hin zum Infektionsschutz zu rechnen. Insbesondere die sog. Feuerwehrfunktion im Gesundheitsschutz und die Risikokommunikation werden zukünftig noch stärker als bisher an Bedeutung gewinnen.
- Die Rolle der Gesundheitsförderung/Prävention wird zukünftig wachsen müssen, wenn das Ziel einer vorausschauenden und nachhaltig wirksamen Gesundheitspolitik weiter verfolgt werden soll. Allerdings ist dabei zu diskutieren, ob zukünftig ein allgemein bevölkerungsmedizinischer Ansatz oder eher ein zielgruppenorientierter Ansatz (auf Kreisebene) sinnvoll ist. Dabei ist auch die Rolle der Regionalen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheit ebenso zu diskutieren wie die Frage, ob eine verpflichtende Teilnahme der Partner des ÖGD auf diesem Gebiet an sogenannten Runden Tischen erfolgen sollte.
- Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst wird als gleichbleibend wichtige Aufgabe gesehen. Allerdings sind hier in einem viel stärkeren Maße als bisher Schnittstellen und Kooperationen mit der Gesundheitsförderung/Prävention erforderlich.
- Bei der Beratung behinderter Menschen (§ 126 BSHG, § 7 ÖGDG) sowie der Einbindung des ÖGD in die gutachterliche Tätigkeit für die Rehabilitationsträger Sozialhilfe und Jugendhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe wird eine zunehmende Tendenz gesehen, ebenso bei der Rolle des ÖGD vor Ort sowohl als wohnortnahe fachlich-sozialmedizinische Beurteilungsinstanz der öffentlichen Hand als auch als fachlich-sozialmedizinischer Ansprechpartner für betroffene Bürger. Die derzeit schwer abschätzbaren Auswirkungen der Veränderungen der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und der gesellschaftlichen Entwicklung (z. B. Arbeitslosigkeit, zunehmende Gewaltbereitschaft in der Gesellschaft) lassen eine Aussage über die zukünftige Entwicklung nur schwer zu. Es ist aus heutiger Sicht nicht auszuschließen, dass der sozialmedizinische Dienst des ÖGD hier zukünftig mehr gefordert sein könnte.

Allerdings wird vor dem Hintergrund des Gedankens der Subsidiarität und Komplementarität sowie der Reduzierung individueller Betreuungsangebote durch den ÖGD die Notwendigkeit des Ressourceneinsatzes des ÖGD zu prüfen sein.

- Möglichkeiten zur Ressourceneinsparung und damit -umschichtung werden beim Amtsärztlichen Dienst und den gutachterlichen Tätigkeiten gesehen. Dies setzt aber die Bereitschaft voraus, gegebenenfalls auch die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen zu ändern. Ob die Fremdvergabe von amtsärztlichen Untersuchungen aufgrund eingetretener ärztlicher Versorgungsmängel und den in diesem Bereich fehlenden Aus- und Weiterbildungsstrukturen eine Option für die Zukunft darstellt, ist zu prüfen. Gutachten werden allerdings auch in Zukunft fester Bestandteil des ÖGD bleiben. Jedoch müssen für diesen Bereich die Qualitätsstandards weiter entwickelt und ausgebaut und (auch) zielgruppenspezifische Fortbildungsangebote entwickelt werden.

Dies trifft in besonderem Maße auch für die zahnärztliche Beurteilung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zu. Anwendbare Kriterien zur Beurteilung der Aufschiebbarkeit von Zahnersatzversorgungen müssen erarbeitet werden, um durch eine regelmäßige Schulung der Zahnärzte im ÖGD eine Vereinheitlichung der Begutachtungspraxis zu erzielen.

Allerdings ist in diesem Bereich auch nicht auszuschließen, dass auf Grund des Kostendrucks und der damit einhergehenden Notwendigkeit zum Sparen der ÖGD sogar noch stärker als bisher mit gutachterlichen Tätigkeiten konfrontiert wird.

- Ressourcenschonung durch strikte Bedarfsorientierung wird zukünftig unverzichtbar sein, womit auch die Bedarfsanalyse im Gesundheitsbereich durch die Gesundheitsberichterstattung noch mehr Gewicht bekommt. Der Aufbau einer funktionierenden Gesundheitsberichterstattung - entsprechend dem KGSt-Bericht - auf allen Aufgabenfeldern des ÖGD wird daher eine immer größere Bedeutung erlangen, da nur so eine weitere Optimierung der Ressourcensteuerung nach Innen wie Außen möglich ist.
- Im Hinblick auf die zukünftige Organisationsstruktur des ÖGD sind durch die Entscheidungen der Landesregierung zur Verwaltungsreform in Baden-Württemberg wichtige Vorgaben für den weiteren Diskussionsprozess erfolgt. Dies betrifft nicht nur die vorgesehene Eingliederung des Landesgesundheitsamtes mit sog. Vor-Ort-Funktion für ganz Baden-Württemberg in das Regierungspräsidium Stuttgart, sondern auch die Auswirkung der Eingliederung anderer Behörden bzw. Aufgaben in die Landratsämter auf den ÖGD bzw. die Gesundheitsämter.

## Mitglieder der AG ÖGDG und der UAGen

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

**UAG Gesundheitsschutz**

Leitung	<b>Dr. Roswitha Kull</b> Landratsamt Enzkreis, Gesundheitsamt
Mitglieder	<b>Dr. Elisabeth Cyran</b> Landratsamt Heilbronn, Gesundheitsamt <b>Dr. Peter Friebel</b> Landratsamt Karlsruhe Gesundheitsamt <b>Michael Gaßner</b> Landratsamt Breisgau-Hochschwarzwald, Gesundheitsamt <b>Dr. Barbara Oettinger</b> (bis Ende 2003) Regierungspräsidium Freiburg <b>Dr. Thomas Schönauer</b> Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart <b>Dr. Sylvia Steingaß</b> Landratsamt Ostalbkreis, Gesundheitsamt <b>Dr. Joachim Wetzig MPH</b> Landratsamt Calw, Gesundheitsamt

**UAG Gesundheitsförderung/Prävention**

Leitung	<b>Rainer Steen</b> Landratsamt Rhein-Neckarkreis, Gesundheitsamt
Mitglieder	<b>Gertrud van Ackern</b> Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart <b>Barbara Leykamm</b> Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg <b>Heinz-Peter Ohm</b> Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart <b>Wolfgang Blam</b> Landratsamt Ortenaukreis, Amt für soziale und psychologische Dienste

**UAG Gesundheitsberichterstattung/Epidemiologie**

Leitung	<b>Dr. Bertram Szagun MPH</b> Landratsamt Bodenseekreis, Gesundheitsamt
Mitglieder	<b>Jodok Erb</b> Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart



**Monika Firsching**

Landratsamt Tübingen, Gesundheitsamt

**Daniela Krämer**

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

**UAG Kinder- und Jugendgesundheitsdienst**

Leitung

**Dr. Peter Schäfer**

Städtisches Gesundheitsamt Mannheim

Mitglieder

**Elisabeth Pabst**

Landratsamt Alb-Donau-Kreis, Gesundheitsamt

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

Leitung

**Dr. Brigitte Schmidt-Lachenmann** (bis Ende 2003)

Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart

**Dr. Günter Schmolz** (seit 01.01.2004)

Landratsamt Ludwigsburg, Gesundheitsamt

Mitglieder

**Dr. Birgit Berg MPH**

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

**UAG Amts(zahn)ärztl. Dienst/gutachterliche Tätigkeiten**

Leitung

**Dr. Peter-Joachim Oertel**

Landratsamt Tübingen Gesundheitsamt

in Zusammenarbeit mit dem

Qualitätszirkel Amtsärztliche Gutachten

**Danksagung**

Allen am Evaluationsprozess Beteiligten sei für die bisherige vertrauensvolle und engagierte Zusammenarbeit gedankt.

Dr. Jürgen Wuthe

Vorsitzender der AG ÖGDG

**Anhang****Anlage 1<sup>17</sup>****Überblick über die Gesundheitsdienstgesetze der Länder**

Bundesland	Bezeichnung des Gesetzes	Datum
Bayern	Gesetz über den öffentlichen Gesundheits- und Veterinärdienst, die Ernährung und den Verbraucherschutz sowie die Lebensmittelüberwachung (GDVG)	09.07.2003
Baden-Württemberg	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz, ÖGDG)	12.12.1994
Berlin	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz, GDG)	04.08.1994
Brandenburg	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz, BbgGDG)	03.06.1994
Bremen	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen (Gesundheitsdienstgesetz, ÖGDG)	27.03.1995, zuletzt geändert am 21.01.2001
Hamburg	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg (Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz, HmbGDG)	18.07.2001
Hessen		
Mecklenburg-Vorpommern	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern (Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst – ÖGDG M-V)	19.07.1994, zuletzt geändert am 17.12.2003
Niedersachsen		
Nordrhein-Westfalen	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)	25.11.1997, zuletzt geändert am 08.05.2002
Rheinland-Pfalz	Landesgesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGdG)	17.11.1995
Saarland		
Sachsen	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen (SächsGDG)	11.12.1991

<sup>17</sup> Zu Kapitel 6: Vergleichende Darstellung mit anderen Bundesländern

Sachsen-Anhalt	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Berufsausübung im Gesundheitswesen im Land Sachsen-Anhalt (Gesundheitsdienstgesetz – GDG LSA)	23.10.1997
Schleswig-Holstein	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz, GDG) <sup>18</sup>	14.12.2001, zuletzt geändert am 16.09.2003
Thüringen		

## Anlage 2<sup>19</sup>

### Organisation und Struktur der Gesundheitsämter<sup>20</sup>

Gesundheitsamt	Eigenes Dezernat?	Bei welchem Dezernat angesiedelt?
Alb-Donau-Kreis	nein	Ordnungsdezernat
Biberach	nein	Krankenhausdezernat
Böblingen	Ja (derzeit noch)	
Bodenseekreis	nein	Sozialdezernat
Breisg.-Hochschw.	ja	
Calw	nein	Bereich Recht und Ordnung
Emmendingen	nein	Ordnungsdezernat
Enzkreis	nein	Dezernat 2: Bau, Recht, Schule, Kultur Gesundheit
Esslingen	ja	
Freudenstadt	nein	Ordnungs- und Sozialdezernat
Göppingen	nein	Ordnungsdezernat
Heidenheim	nein	Ordnung, Sicherheit und Gesundheit
Heilbronn (Kreis)	nein	Dezernat 3: Bau, Planung, Gesundheit, Brand
Heilbronn (Stadt)	nein	Ordnungs- und Sozialdezernat
Hohenlohekreis	nein	Dezernat Sicherheit und Ordnung
Karlsruhe	nein	Fachbereich Recht und Ordnung
Konstanz	nein	Ordnungsdezernat
Lörrach	ja	
Ludwigsburg	ja	
Main-Tauber-Kreis	ja	

<sup>18</sup> Die frühere Fassung vom 26.03.1979 ist das älteste Gesundheitsdienst-Gesetz.

<sup>19</sup> Zu Kapitel 5.1: Gesundheitsämter

<sup>20</sup> Auswertung der Abfrage des Sozialministeriums vom 30.05.2003

Mannheim (Stadt)	nein	Sozialdezernat
Neckar-Odenwald-Kreis	nein	Fachbereich 2: Staatliche Verwaltung
Ostalbkreis	ja	
Ortenaukreis	nein	Umweltdezernat
Rastatt	nein	Sozialdezernat
Ravensburg	nein	Dezernat Recht Ordnung und Verkehr
Rems-Murr-Kreis	ja	
Reutlingen	nein	Ordnungsamt
Rhein-Neckar-Kreis	ja	
Rottweil	nein	Umweltdezernat
Schwarzwald-Baar-Kreis	nein	Umwelt- und Gesundheitsdezernat
Schwäbisch Hall	nein	Ordnungsdezernat
Sigmaringen	nein	Fachbereich IV: Recht und Ordnung
Stuttgart (Stadt)	nein	Referat Soziales, Jugend und Gesundheit
Tübingen	nein	Sozialdezernat
Tuttlingen	nein	Sozialdezernat
Waldshut	nein	Dezernat 1: Ordnung
Zollernalbkreis	nein	Sozialdezernat

**Anlage 3<sup>21</sup>****Anteil von Bediensteten aller Berufsgruppen im (vergleichbaren) höheren Dienst mit Facharztqualifikation, Amtsarztkurs oder Aufbaustudium Public Health**

	Stand 1995	Stand 2003
Kopfzahlen (alle Berufsgruppen im höheren Dienst)	373	413
■ Facharzt-Anerkennungen ÖGD bzw. Amtsarzt-Kurs	38 %	38 %
■ Master of Public Health (MPH)	0 %	3 %
■ Andere Facharzt-Anerkennungen	32 %	37 %
■ Facharzt-Anerkennungen, Amtsarzt-Kurs, MPH insgesamt	70 %	78 %

<sup>21</sup> Zu Kapitel: 7.1 (Vergleichbarer) Höherer Dienst

**Anlage 4<sup>22</sup>**

**Facharzt-Qualifikationen bezogen auf alle Bediensteten im (vergleichbaren) höheren Dienst**

	30.06.1996	30.06.2003
Kopfzahlen aller Berufsgruppen einschließlich der beurlaubten und befristet Beschäftigten	373	413
■ Facharzt-Anerkennung ÖGD	90	131
■ Nur Amtsarzt-Kurs (ohne Facharzt-Anerkennung)	50	26
■ Master of Public Health (PH)	0	11
■ Kinderheilkunde	40	42
■ Allgemeinmedizin oder Praktischer Arzt	15	40
■ Innere Medizin	20	23
■ Psychiatrie, Neurologie, Nervenarzt	14	19
■ Anästhesie	9	11
■ Lungenheilkunde oder Radiologie	9	10
■ Gynäkologie, Urologie	4	3
■ Hygiene, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie	4	2
■ Kinder- und Jugendpsychiatrie	3	2
■ Chirurgie	2	1
<b>Facharzt-Anerkennungen insgesamt</b>	<b>260</b>	<b>321</b>
<b>Facharzt-Quote, bezogen auf die Kopfzahl aller Bediensteten</b>	<b>70 %</b>	<b>78 %</b>

**Anlage 5<sup>23</sup>**

**Berufe des Gesundheitswesens 1995 und 2003**

Fachpersonal der Gesundheitsämter nach Berufsbezeichnung/ Berufsgruppen	1995			2003		
	Insgesamt	Männlich	Weiblich	Insgesamt	Männlich	Weiblich
Ärzte, hauptamtlich mit staatsärztlicher/ amtsärztlicher Prüfung	170	88	82	179	103	76
Ärzte, hauptamtlich ohne staatsärztlicher/amtsärztlicher Prüfung	198	50	148	205	39	166
Ärzte nebenamtlich	7	3	4	10	3	7
Zahnärzte hauptamtlich	46	11	35	52	16	36

<sup>22</sup> Zu Kapitel 7.1: (Vergleichbarer) Höherer Dienst

<sup>23</sup> Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg; zu Kapitel 7.2 (Vergleichbarer) gehobener Dienst/mittlerer Dienst (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg)

Zahnärzte nebenamtlich	1	0	1	1	1	0
Gesundheitsingenieure	6	3	3	9	5	4
Gesundheitsaufseher	105	83	22	112	70	42
Desinfektoren	7	5	2	3	1	2
Medizinisch-technische Assistentinnen	33	0	33	19	0	19
Medizinisch-technische Laborassistentinnen	21	0	21	4	0	4
Medizinisch-technische Radiologieassistentinnen	7	0	7	8	0	8
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	154	38	116	157	39	118
Sozialmedizinische Assistentinnen	124	0	124	129	1	128
Arzthelferinnen	46	1	45	61	0	61
Zahnarzthelferinnen	28	0	28	41	0	41
Verwaltungspersonal	313	38	275	245	34	211
Schreibkräfte	158	0	158	148	2	146
Fürsorgerische Hilfskräfte, Angestellte	46	0	46	-	-	-
Technische Angestellte	1	0	1	-	-	-
Medizintechnische Angestellte	8	0	8	-	-	-
Röntgengehilfen, Angestellte im Labordienst	1	0	1	-	-	-
Sonstige Personen mit staatlicher Anerkennung, darunter:	-	-	-	56	17	39
■ Psychologisches Fachpersonal	6	2	4	11	7	4
■ Biologen	1	1	0	-	-	-
■ Erzieherisches/pädagogisches Fachpersonal	2	1	1	7	2	5
■ Gesundheitserzieher	1	0	1	-	-	-
■ Fachpersonal für Hygiene- und Umweltmedizin				6	5	1
■ Physiotherapeuten				0	0	0
■ Sonstiges therapeutisches Fachpersonal				3	0	3
■ Krankenschwestern/Krankenpfleger, Hebammen/Entbindungspfleger				22	2	20

■ Fachpersonal für Ernährung				2	0	2
■ Übrige	2	1	1	-	-	-
<b>Personal der Gesundheitsämter insgesamt</b>	<b>1.492</b>	<b>325</b>	<b>1.167</b>	<b>1.439</b>	<b>331</b>	<b>1.108</b>

**Anlage 6<sup>24</sup>**

**Baden-württembergische Teilnehmer am Amtsarzt-Kurs**

Jahr	Zahl der Teilnehmer
1995	8
1996	8
1997	6
1998	7
1999	6
2000	2
2001	3
2002	7
2003	4

**Anlage 7<sup>25</sup>**

**Baden-württembergische Teilnehmer am Lehrgang für Sozialmedizinische Assistentinnen**

Jahr	Zahl der Teilnehmer
1996	6
1998	5
2000	3
2002	8
2004	8

<sup>24</sup> Zu Kapitel 7.3: Aus-, Fort- und Weiterbildung

<sup>25</sup> Zu Kapitel 7.3: Aus-, Fort- und Weiterbildung

**Anlage 8<sup>26</sup>****Baden-württembergische Teilnehmer am Lehrgang für Gesundheitsaufseher**

Jahr	Zahl der Teilnehmer
1995	7
1997	6
1999	8
2001	11
2003	9

**Anlage 9<sup>27</sup>****Gliederung der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes**

ÖGDG, 1995	Projekt „10 Jahre ÖGDG“, 2003-2004	Kommunaler Produktplan Baden-Württemberg 2001
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Umwelthygiene</li> <li>■ Hygienische Überwachung von Einrichtungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gesundheitsschutz               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infektionsschutz</li> <li>- Umweltbezogener Gesundheitsschutz</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>53.3 Gesundheitsschutz</b></p> <p><b>53.3.1 Allg. Gesundheitsschutz/ Infektionsschutz</b></p> <p>53.3.1.01 Allg. Gesundheitsschutz/ Infektionsschutz</p> <p>53.3.1.02 Personenbezogener Infektionsschutz</p> <p>53.3.1.03 Hygiene-Monitoring von Trinkwasser/Badewasser und Entsorgungseinrichtungen</p> <p><b>53.3.2 Umweltbezogener Gesundheitsschutz</b></p> <p>53.3.2.01 Umweltbezogene Kommunalhygiene</p> <p>53.3.2.02 Umweltbezogene Gesundheitsberatung/Begutachtung</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gesundheitliche Prävention, Gesundheitsförderung</li> <li>■ Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gesundheitsförderung/Prävention</li> <li>■ Gesundheitsberichterstattung/ Epidemiologie</li> </ul>	<p><b>53.1 Gesundheitsförderung/Prävention</b></p> <p><b>53.1.1 Gesundheitsförderung/ Prävention/Gesundheitsberichterstattung/ Epidemiologie</b></p> <p>53.1.1.01 Gesundheitsförderung/ Prävention</p> <p>53.1.1.02 Gesundheitsberichterstattung</p> <p>53.1.1.03 Epidemiologie</p>

<sup>26</sup> Zu Kapitel 7.3: Aus-, Fort- und Weiterbildung<sup>27</sup> Zu Kapitel 4: Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes



<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Schulgesundheitspflege, Jugendzahn-pflege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kinder- und Jugend-gesundheitsdienst/ Jugendzahn-pflege</li> </ul>	<p><b>53.1.2 Kinder- und Jugend-gesundheitsdienst</b></p> <p>53.1.2.01 Untersuchung/Beratung im Vorschulalter (Frühförderung)</p> <p>53.1.2.02 Gesundheitsmonitoring/Bera-tung von und in Einrichtungen</p> <p>53.1.2.03 Zahngesundheitsförderung</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ärztliche Unter-suchungen, Ge-richtsärzt-licher Dienst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sozialmedizin</li> <li>■ Amtsärztlicher Dienst und gutachterliche Aufgaben</li> </ul>	<p><b>53.2 Gesundheitsbezogene Dienstleistungen</b></p> <p><b>53.2.1 Medizinische und psycho-soziale Dienstleistungen</b></p> <p>53.2.1.01 Amtsärztliche Gutachten</p> <p>53.2.1.02 Sozialmed. und sozialpsychiatr. Beratung, Betreuung und Ver-mittlung von Hilfen für besondere Zielgruppen</p>

**Anlage 10<sup>28</sup>**

**Aufgabenspektrum der Gesundheitsämter<sup>29</sup>**

Aufgabe	Aufgabenanteil 1991	Aufgabenanteil entspr. dem Neuordnungskonzept
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gesundheitsschutz (Seuchen- und Umwelthygiene)</li> </ul>	30 %	37 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gesundheitsförderung und Prävention</li> </ul>	8 %	14 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Jugendgesundheitspflege</li> </ul>	20 %	17 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Jugendzahn-pflege</li> </ul>	5 %	5 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sozialmedizin</li> </ul>	21 %	13 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Amtsärztlicher Dienst und gutachterliche Aufgaben</li> </ul>	15 %	9 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie</li> </ul>	1 %	5 %

<sup>28</sup> Zu Kapitel 4: Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

<sup>29</sup> Aus: Gesetzentwurf der Landesregierung: Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz – ÖGDG); LT-Drs. 11/4871 vom 31.10.1994