

Thomas Altgeld

Stellungnahme zum Fachgespräch zur Zukunft des Öffentlichen Gesundheitsdienstes am Mittwoch, 20. September 2023

Die Reformdiskussionen um den ÖGD in Deutschland verengen sich zurzeit auf die dauerhafte Besserausstattung mit finanziellen Ressourcen. Über neue Aufgabenfelder, Organisationsreformen und Multidisziplinarität auf Augenhöhe in Ämtern wird dagegen kaum diskutiert. In den letzten fünf Jahren wurde kein einziges ÖGD-Gesetz auf Länderebene grundlegend reformiert, obwohl der Reformbedarf einhellig anerkannt wird. Dabei braucht es gerade nach der erfolgreichen Pandemiebekämpfung eine inhaltliche Neujustierung und andere gesetzliche Verankerung des ÖGD, damit Gesundheitsämter für mehr New Public Health und die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit vor Ort stehen.

1. **Den ÖGD gibt es in Deutschland nicht, eher 1.000 bunte ÖGD-Blumen/Blümchen.**

Das Wohlwollen und die Wertschätzung, die der ÖGD als Ganzes in Deutschland bei der Bekämpfung der COVID-19-Pandemie durch Politik und Medien erfuhr, halten an. Doch wie lange noch angesichts des Flickenteppichs an ÖGD-Gesetzen, halbherzigen Digitalisierungsbemühungen und heterogenen Datenlagen? Es gibt auch **keine systematische Aufarbeitung der Erfolge und Misserfolge der durchaus unterschiedlichen Strategien einzelner Bundesländer oder Gesundheitsämter vor Ort im Umgang mit der COVID-19-Pandemie**. Es wird nicht hinterfragt, ob regionale Unterschiede bei Infektionsraten, schweren Krankheitsverläufen, Mortalität oder Impfquoten auch mittelbar oder unmittelbar mit der Organisation und der Aufstellung des ÖGDs in den Bundesländern zu tun hatten. Trotzdem sollen dem ÖGD jetzt bereits **neue Aufgaben** übertragen werden, z.B. im Rahmen einer im Referentenentwurf zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) vom 15.06.2023 beschriebenen „engen Zusammenarbeit“ mit den dann nach § 140b SGB V aufzubauenden Gesundheitsregionen (2).

Die gesetzlichen Grundlagen für den ÖGD als traditionelles Handlungsfeld von Public Health waren in den meisten Bundesländern schon vor der COVID-19-Pandemie äußerst heterogen und alles andere als modern. Auf Landesebene sorgen **16 unterschiedliche gesetzliche Grundlagen**, die ÖGD-Gesetze der Länder, für eine große Vielfalt des Aufgabenspektrums, Zuschnitts und der Ausstattung der Gesundheitsämter (3). Insbesondere sogenannte freiwillige Leistungen wie Prävention und Gesundheitsförderung werden sehr unterschiedlich stark gewichtet. Neuere Herausforderungen, z.B. den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels vor Ort effektiv zu begegnen oder die Gesundheitsversorgung für alle Bevölkerungsgruppen in einem hochkomplexen Versorgungssystem sicher zu stellen, werden bislang erst gar nicht abgebildet (4).

Von dem Öffentlichen Gesundheitsdienst in Deutschland kann deshalb nicht die Rede sein, sondern eher von dem Berliner oder dem niedersächsischen ÖGD, noch genauer gesagt, dem ÖGD in der niedersächsischen Kommune XY, der sich trotz derselben landesgesetzlichen Grundlage massiv von dem einer anderen niedersächsischen Kommune unterscheiden kann, weil Haushaltslagen und politische Prioritäten ebenfalls äußerst divers sind. Vor Ort, das heißt auf Ebene der Landkreise oder kreisfreien Städte, gab es in Deutschland 2020 (eine aktuellere Zahl ist nicht ermittelbar) 375 Gesundheitsämter. Der Großteil der Aufgaben dieser Ämter – mit Ausnahme der Schuleingangsuntersuchungen möglicherweise – ist für weite Teile der Allgemeinbevölkerung vor der Pandemie quasi „unsichtbar“ gewesen und für viele bis heute geblieben.

2. Keine substantielle strukturelle Neuaufstellung des ÖGD seit mehr als einem Jahrzehnt.

Obwohl es bereits im zweiten Jahrzehnt des Jahrtausends intensive Diskussionen und weitreichende politische Absichtserklärungen für die als notwendig erachtete Reform des ÖGD gab, ist seit der wegweisenden GMK-Entschießung von 2018 (5) und vier umfassenden Berichten (6) des „Beirates zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Paktes für den ÖGD“, den das Bundesgesundheitsministerium 2021 berufen hat, kein einziges ÖGD-Gesetz auf Länderebene nennenswert verändert worden. Nach einer **Recherche der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V. vom Juli 2023** haben seit Beginn des Jahres 2020 sechs Bundesländer überhaupt keine Änderungen in ihren ÖGD-Gesetzen vorgenommen. Zehn Bundesländer haben lediglich einzelne neue Paragraphen ergänzt oder alte (geringfügig) verändert. So wurden beispielsweise die Einrichtung von Ethikkommissionen (Bremen, 2021), Datenverarbeitung (Baden-Württemberg, 2022), die Möglichkeit von Eilverkündigungen (Hessen, 2021) oder die Epidemische Lage von landesweiter Bedeutung (Niedersachsen, 2020) hinzugefügt.

3. Heterogene Datenlagen: Eine integrierte Gesundheitsberichterstattung bottom-up von den Kommunen bis hin zur nationalen Ebene existiert nicht.

Anfang August 2023 lagen noch keine Zahlen für das Jahr 2022 zum Nettozugang an unbefristetem Personal und Stellen im Rahmen des „Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)“ vor, der am 29. September 2020 von der damaligen Bundeskanzlerin und den Regierungschef:innen der Länder beschlossen wurde. Das sagt auch etwas über die Datenqualität und -verarbeitungsgeschwindigkeit in diesem Feld aus. Im Jahr 2021 wurden mit einem Nettozugang von 2.740 Stellen (Vollzeitäquivalente) die hoch gesteckten Ziele des Paktes deutlich übertroffen. Allerdings zeigt bereits die 2021er Tabelle des Statistischen Bundesamtes, dass der ÖGD in Deutschland nicht einmal in der Lage ist, vollständige Transparenz über die Mittelverwendung der erstmals in diesem Umfang fließenden Steuergelder aus dem Bundeshaushalt in Milliardenhöhe herzustellen. Die Rücklaufquoten der Daten an die Bundesebene variieren deutlich nach Bundesland, von nur 68 % beim Schlusslicht Thüringen bis hin zu 100 % bei den sieben Bundesländern an der Spitze, z.B. Bayern und Bremen. Die durchschnittliche Rücklaufquote über alle Bundesländer lag bei 90 %. (1)

So heterogen wie die Berichterstattung über die Sollerfüllung der Umsetzung des Paktes für den ÖGD ist, so heterogen ist auch die Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler Ebene und Ebene der Bundesländer. Trotz konsentiertem Indikatorensatz bleibt es letztlich dem Gesundheitsamt XY nach Kassenlage vor Ort überlassen, welche Daten es erhebt, welche erhobenen Daten es auswertet und über welche Auswertungen es in welcher Form berichtet. Gleiches gilt für die Gesundheitsberichterstattung auf Länderebene. Eine **Verzahnung kommunaler, landesbezogener und nationaler Berichtsebenen** ist so weder möglich noch angedacht.

4. Ohne inhaltliche Neujustierung machen Diskussionen über mehr Geld für den ÖGD keinen Sinn.

Nur Sachsen hat am 9.2.2023 einen Referentenentwurf für die grundlegende Novellierung des sächsischen ÖGD-Gesetzes vorgelegt, der unter anderem als erstes neu festhält: „Ziel des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist, die Gesundheit der Bevölkerung und die Tiergesundheit zu fördern und zu schützen“ (7, S. 1). Außerdem werden „umweltbezogener Gesundheitsschutz“, der Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Verzahnung der Ergebnisse der sächsischen Gesundheitsberichterstattung und der Landesrahmenvereinbarung des Freistaates Sachsen gemäß § 20f, SGB V als neue Aufgaben definiert (ebd. S.8 ff).

Die Diskussionen in den anderen Bundesländern erschöpfen sich dagegen vor allem darin, wie mehr Geld für den ÖGD dauerhaft zur Verfügung gestellt werden kann. Die vier Milliarden des Paktes und die damit verbundenen finanziellen Herausforderungen nach dem geplanten Auslaufen der Förderung durch den Bund Ende 2026 bestimmen die Diskussionen auf Länderebene und die Forderungen der Kommunen. Als Legitimation für dauerhaft neue Ressourcen wird ausschließlich mit dem Handlungsdruck aus der Pandemiebekämpfung argumentiert. Aber die Frage, welche Aufgaben der ÖGD dauerhaft übernehmen soll, um anderen gesundheitlichen Herausforderungen in der Bevölkerung zu begegnen, und ob er mit gesetzlichen Grundlagen zukunftsfähig gemacht werden kann, welche lediglich die Medizin als Leitwissenschaft festschreiben und damit Ärzt:innen als die zentrale Berufsgruppe des ÖGDs fortschreiben und andere relevante Berufsgruppen nur als „Hilfspersonal“ um die ärztliche Vormachtstellung herum organisieren, wird nicht wirklich aufgeworfen.

Das Leitbild der wegweisenden GMK-Entschließung von 2018 mit dem ÖGD als „Public Health vor Ort“ wird nicht zur Grundierung der Finanzdiskussionen genutzt. Vor allem standespolitische Forderungen, z. B. nach besserer Bezahlung der Ärzt:innen im ÖGD oder welche Berufsgruppe auch zukünftig ein Gesundheitsamt leiten sollte, dominieren die Debatten. Dabei wurde der Public Health-Auftrag des ÖGD 2018 präzise festgehalten: „Neben seinen hoheitlichen Aufgaben muss er verstärkt modernen zivilgesellschaftlichen Erwartungen und sozialen Herausforderungen gerecht werden. (...) Der ÖGD setzt sich für gesundheitliche Chancengleichheit ein. Dies prägt als Vision den ÖGD. (...). Dabei bezieht sich der ÖGD konzeptionell auf Gesundheit als einen umfassenden körperlichen, psychischen und sozialen Zustand des Wohlbefindens. Er berücksichtigt dabei die wichtige Rolle einer gesundheitsförderlichen sozialen und ökologischen Lebenswelt“ (5, S.2). Für die Einlösung dieses Anspruchs und der Neudefinition des ÖGDs als New Public Health braucht es aber breitere theoretische Grundlagen, neue Handlungsprinzipien und Handlungsfelder neben den klassischen ÖGD-Aufgaben (siehe Abbildung Nr. 1).

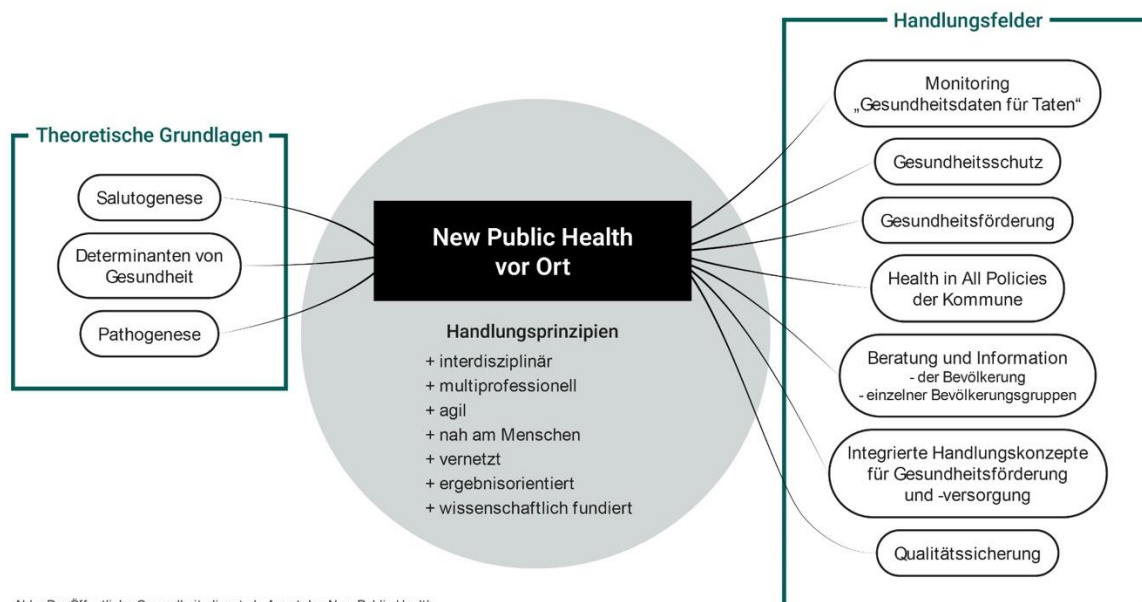


Abb.: Der Öffentliche Gesundheitsdienst als Agent des New Public Health

Abb. 1 Der öffentliche Gesundheitsdienst als Agent des New Public Health (8) eigene Darstellung

5. Empfehlungen

1. Wissenschaftliche Evaluation der Erfolge und Misserfolge der unterschiedlichen Strategien einzelner Bundesländer oder Gesundheitsämter vor Ort im Umgang mit der COVID-19-Pandemie und der Effektivität der Arbeit von Gesundheitsämtern in anderen Handlungsfeldern.
2. Keine Förderung des Bundes nach Gießkannenprinzip für alle Gesundheitsämter vor Ort unabhängig davon, wie sie im Einzelnen ausgestattet sind und welche Aufgabenfelder in der Kommune sie real übernehmen. Spezifische Förderprogramme für Gesundheitsämter in Kommunen mit besonderen gesundheitlichen Herausforderungen (z.B. auf Basis des Deprivationsindex).
3. Initiierung einer breiteren gesundheitspolitischen Diskussion, welche Zukunftsaufgaben der ÖGD in einem komplexer und ineffektiver werdenden Gesundheitsversorgungssystem und zur Herstellung von mehr gesundheitlicher Chancengleichheit hat. Momentan ist die Diskussion darüber de facto fest in der Hand einer Berufsgruppe, der Ärzteschaft. Das führt zu einer Verengung des Blickwinkels. Der Beirat des Paktes für den ÖGD beim Bundesgesundheitsministerium sollte auch in diesem Sinne deutlich multidisziplinärer und breiter aufgestellt sein.
4. Etablierung einer handlungsorientierten Gesundheitsberichterstattung, die wirklich Daten für Taten liefert für Gesundheitsplanung vor Ort und Monitoring von kommunalen Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen.
5. Bundesförderung für den Aufbau von kommunalen Präventionsketten und integrierten Handlungskonzepten für gesundes Aufwachsen bzw. Aufwachsen in Wohlbefinden in Kommunen, das die Zusammenarbeit der Jugendhilfe, der Bildungssettings und der Gesundheitsämter schärft und fördert und damit „kein Kind zurücklässt“.
6. Schärfung des Aufgabenspektrums des ÖGD in der Koordination der Gesundheitsversorgung vor Ort, wie es bislang nur in einzelnen landesweiten Modellprojekten zu Gesundheitsregionen in Bayern, Baden-Württemberg und Niedersachsen versucht wurde.
7. Bei der Einrichtung des Bundesinstitutes für den öffentlichen Gesundheitsdienst sollte die Stärkung der öffentlichen Verantwortung für Gesundheit vor Ort im Mittelpunkt stehen und insbesondere die Qualitätsentwicklung und -sicherung für die Arbeit des ÖGD unter heterogenen Ländergesetzgebungen vorangetrieben werden. Die Wirkungsorientierung der ÖGD-Angebote muss eine wichtigere Rolle spielen und durch entsprechende Tools unterstützt werden.



Hannover, 19. September 2023
Thomas Altgeld

Korrespondenzadresse

Thomas Altgeld
Geschäftsführer
Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.
(LVG & AFS)
Schillerstr. 32
30159 Hannover
thomas.altgeld@gesundheit-nds-hb.de

Literatur:

1. Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn (2022): BGBE-Zugang an unbefristeten Stellen und unbefristeten Personal im Öffentlichen Gesundheitsdienst vom 31.01.2020 bis zum 31.12.2021
https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=24639488&p_sprache=D&p_help=3&p_indnr=986&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=#SVG
2. Bundesministerium für Gesundheit (2023): Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG), Berlin.
3. Kuhn, J, & Wildner, M (2020): Corona-Krise und öffentlicher Gesundheitsdienst. G+G Wissenschaft, 20(4), 15-22.
4. Altgeld T (2021): Präventionsparadox und Präventionsdilemma: Konsequenzen für die Praxis. In: Schmidt-Semisch H, Schorb F (Hrsg.): Public Health: Disziplin - Praxis - Politik. Springer, VS Wiesbaden, S. 215-231.
5. GMK (2018): Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst. Zuständigkeiten. Ziele. Zukunft. 91. Gesundheitsministerkonferenz.
<https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=730&jahr=2018>
6. Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen Im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (2023): Multiprofessionalität ausbauen und fördern – für einen zukunftsfähigen ÖGD, Berlin.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/OEGD/230515_BMG_4_Bericht_Berat_Pakt_OeGD_bf.pdf
7. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (2023): Referentenentwurf „Gesetz zur Änderung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen und weiterer Gesetze“.
<https://buergerbeteiligung.sachsen.de/portal/sms/beteiligung/themen/1034044/1052344>
8. Altgeld, T. (2022): New Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention – Leerstellen im Pakt für den ÖGD. GGW, Jg. 22, Heft 1 (Januar): 16–23