

Aktuelle Herausforderungen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

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

Breites Aufgabenspektrum

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

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

Arbeitsüberlastung während der „Schweinegrippe“

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

Von Dr. med. Ute Teichert-Barthel,
Berlin

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

Kontrollfunktionen im Bereich der Krankenhaushygiene

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

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

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

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

Kinder- und Jugendgesundheit im Fokus

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

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

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

Personelle Kapazitäten rückläufig – Anforderungsprofil gestiegen

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

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

Verstärkter Nachwuchsmangel seit Einführung des TVöD

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

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

Benachteiligung gegenüber anderen Arztgruppen

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

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

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

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

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

Mangelnde Verankerung in der ärztlichen Berufsausbildung

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

Herausforderung für die kommunalen Arbeitgeber

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

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

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