

117. Deutscher Ärztetag 2014

Stenografischer Wortbericht

Referate

TOP III Herausforderungen im Öffentlichen
Gesundheitsdienst

Dr. med. Ute Teichert, Berlin

Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und
Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.

Dr. Teichert, Referentin: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer! Liebe Kolleginnen und Kollegen Delegierte des Deutschen Ärztetages! Sehr geehrte Damen und Herren! Zunächst möchte ich mich dafür bedanken, dass Sie eine halbe Stunde Ihrer Mittagspause opfern, um sich diesem interessanten Thema zu widmen. Ich habe die Diskussionen hier mitbekommen und weiß, wie schwierig und auch wie anstrengend das für Sie ist. Aber ich verspreche Ihnen: Es lohnt sich bestimmt, sich mit diesem Thema zu beschäftigen.

Zunächst möchte ich mich für die Einladung und die Möglichkeit, auf dem Deutschen Ärztetag sprechen zu können, bedanken. „Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst“, so heißt der Tagesordnungspunkt, mit dem Sie sich heute hier beschäftigen. Gestatten Sie mir kurz einige Erläuterungen zur Struktur und den Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Eine Erläuterung der komplexen Zusammenhänge von Aufbau und Struktur des ÖGD möchte ich Ihnen ersparen. Aber einige wesentliche Grundzüge möchte ich dennoch kurz hervorheben.

Zum öffentlichen Gesundheitswesen gehören Einrichtungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, deren Aufgabenprofile durch verschiedene Gesetzesstrukturen ineinandergreifen. Oberste Behörde auf Bundesebene ist das Bundesministerium für Gesundheit. Bundesminister Hermann Gröhe hat ja gestern auf der Eröffnungsveranstaltung schon auf die bedeutende Rolle des ÖGD aus Sicht des BMG hingewiesen.

Im Geschäftsbereich des BMG sind Institutionen mit unterschiedlichen Aufgabenbereichen angesiedelt.

Die stärksten Berührungspunkte zum ÖGD haben das Robert-Koch-Institut zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, das Paul-Ehrlich-Institut für Sera und Impfstoffe und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

In allen 16 Bundesländern sind Ministerien als oberste Landesbehörden für die Gesundheitspolitik zuständig, häufig in Verbindung mit anderen Politikbereichen wie Arbeit, Soziales, Umwelt oder Verbraucherschutz. Auch unterhalb der Ministerialebene finden sich höchst unterschiedliche Strukturen. Zum Teil gibt es Landesgesundheitsämter oder Landesinstitute oder Landeslabore. Der Kreativität sind hier keine Grenzen gesetzt. So hat auch jedes Bundesland ein eigenes Gesetz über das öffentliche Gesundheitswesen.

Auf kommunaler Ebene bilden die Gesundheitsämter der kreisfreien Städte und Landkreise den Schwerpunkt des ÖGD. Sie können sich sicher vorstellen, dass bei rund 400 Gesundheitsämtern bundesweit eine Varianz in der Personalausstattung und in der Aufgabengestaltung auftritt.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team ist bezeichnend für die Arbeit im ÖGD. Neben verschiedenen Facharzttrichtungen arbeiten auch viele Berufsgruppen Hand in Hand zusammen, sei es im Sozialpsychiatrischen Dienst mit den aufsuchenden Hilfen, bei den Hygieneüberwachungen vor Ort oder bei den Einschulungsuntersuchungen, um nur einige Beispiele zu nennen.

Für den ÖGD ergibt sich ein breites Aufgabenspektrum. Die Palette reicht von Impfungen und Impfberatung, dem schul-, kinder-, jugend- und zahnärztlichen Dienst, der Schwangeren- und Mütterberatung, Kontrollfunktionen im Bereich der Krankenhaus-, Umwelt- und Infektionshygiene, Beratung und Hilfsangeboten für psychisch Kranke über die regelmäßige Erstellung von amtsärztlichen Gutachten und Zeugnissen bis hin zur Mitwirkung an der Gesundheitsberichterstattung.

Diese Aufzählung könnte ich noch beliebig erweitern. Kurz gesagt: Die Aufgabenbereiche des ÖGD erstrecken sich von der Wiege bis zur Bahre.

Der ÖGD ist die dritte Säule des Gesundheitswesens und hat viele Schnittstellen zu anderen Einrichtungen. Lassen Sie mich seine Bedeutung kurz an einigen aktuellen Themenfeldern aufzeigen.

Die öffentliche Wahrnehmung des ÖGD in der gesundheitspolitischen Diskussion hat sich in den letzten Jahren dramatisch verändert. In der Regel steht er im Schatten der ambulanten und stationären Versorgung. Wir beobachten jedoch, dass sich dieses Schattendasein schlagartig ändern kann. Immer dann, wenn die Öffentlichkeit mit den Gefahren von Pandemien konfrontiert wird oder Hygienemängel in Arztpraxen, Kliniken und Heimen entdeckt werden, wird die Forderung nach verstärkten Kontrollen durch die Gesundheitsämter erhoben. Die Schweinegrippe im Jahr 2009 und die EHEC-Krise 2011 haben dies deutlich gemacht. Immer dann wird der Ruf nach dem ÖGD laut – und die Bedeutung der dritten Säule des Gesundheitssystems für alle sicht- und wahrnehmbar.

Im Gegensatz zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie stationären Einrichtungen steht bei uns nicht vorrangig die Einzelperson im Zentrum des Handelns, sondern der Gesundheitsschutz der Gesamtbevölkerung oder bestimmter Bevölkerungsgruppen. Diese unterschiedlichen Sichtweisen möchte ich Ihnen kurz an einem Fallbeispiel aus dem Arbeitsalltag erläutern.

Ein vierjähriger Junge in einer Kindertagesstätte erkrankt akut an Masern. Das meldet der behandelnde Arzt entsprechend seiner Meldepflicht an das zuständige Gesundheitsamt.

Das Kind ist in ärztlicher Behandlung, also kümmert sich der Haus- oder Kinderfacharzt um die Behandlung des kranken Kindes. Das schließt eine Diagnosesicherung, Laboruntersuchung und gegebenenfalls auch die Einleitung einer stationären Aufnahme ein. Sicher wird er auch die Eltern beraten und die Familie untersuchen. Das alles macht er unter einem individualmedizinischen Blickwinkel nach dem Motto: Welche Erkrankung hat der Junge und wie kann er behandelt werden?

In der Kindertagesstätte tauchen ganz andere Fragen auf, so beispielsweise, ob die anderen Eltern informiert werden müssen und ob sich andere Kinder oder Erzieherinnen angesteckt haben könnten. Kann der zweijährige Bruder des kranken Jungen weiterhin zur Kita kommen? Sind spezielle Hygienemaßnahmen in der Einrichtung erforderlich oder muss die Einrichtung vielleicht geschlossen werden?

Aufgabe des Gesundheitsamts ist es daher, die Einrichtung zu Fragen zur Hygiene zu beraten und Impfaufklärung zu machen. Außerdem müssen alle Kontaktpersonen des kranken Kindes ermittelt und über eine Impfprophylaxe beraten werden. Das Gesundheitsamt ist also der Ansprechpartner vor Ort für ambulante und stationäre

Behandler sowie Gemeinschaftseinrichtungen und alle Beteiligten. Der Blickwinkel ist damit bevölkerungsbezogen mit der Frage: Wie kann die Weiterverbreitung der Erkrankung verhindert werden?

An diesem Fallbeispiel sehen Sie, dass Ärztinnen und Ärzte im ÖGD selbstverständlich originär ärztlich tätig sind. Aus aktuellem Anlass möchte ich darauf hinweisen, dass wir direkten Patientenkontakt haben und an der medizinischen Versorgung beteiligt sind. Die jetzt aktuell aufgeworfene Diskussion, im ÖGD würde keine ärztliche Tätigkeit geleistet, ist völlig absurd und entbehrt jeglicher Grundlage!

(Beifall)

Über das Thema Prävention werden Sie ja im Anschluss noch beraten. Lassen Sie mich dazu kurz einige Gedanken formulieren.

Die alte Bundesregierung hatte sich zum Ziel gesetzt, Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen einer breit angelegten Präventionskampagne voranzubringen.

In dem 2013 gescheiterten Gesetzentwurf wurde dem Stellenwert des ÖGD im Bereich der Prävention nicht ausreichend Rechnung getragen. Wertvolle Chancen, aber auch spezifisches Know-how und Ressourcen, die der ÖGD einbringen kann, wären bei dem damaligen Ansatz nicht adäquat genutzt worden.

Die im letzten Gesetzentwurf zusätzlich vorgesehenen Finanzmittel für Verbesserungen bei präventiven Maßnahmen waren zu sehr auf Aufklärungskampagnen der Bundesebene fokussiert und hätten dem ÖGD allenfalls eine untergeordnete Rolle zuerkannt.

Die neue Bundesregierung will jetzt in einem neuen Anlauf ein Präventionsgesetz verabschieden. Es soll insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb, Pflegeheim stärken. Weiterhin soll die Kooperation und Koordination aller Sozialversicherungsträger sowie der Länder und Kommunen über verpflichtende Rahmenbedingungen verbessert werden.

Umso wichtiger erscheint uns, dass bei der konkreten Ausgestaltung des Gesetzentwurfs die tragende Rolle, die der ÖGD im Bereich der Prävention schon heute spielt, in angemessener Weise berücksichtigt wird. Minister Gröhe hat ja schon gestern darauf hingewiesen, dass der ÖGD auch eine entsprechende Unterstützung und sachgerechte Ausstattung auf allen Ebenen braucht. Hoffen wir, dass die anderen Politiker das auch verstehen.

Ein wesentlicher und wichtiger Teil der Präventionsarbeit wird schon jetzt von den Gesundheitsämtern vor Ort intensiv betrieben. Hier haben wir die Chance, wirklich etwas zu bewegen, und die sollte man nutzen.

Ein zentrales gesundheitspolitisches Ziel des Koalitionsvertrags ist die Sicherstellung einer flächendeckenden ärztlichen Versorgung. Eine Reihe von Maßnahmen ist dort aufgelistet, mit denen insbesondere dem Ärztemangel in unterversorgten Gebieten begegnet werden soll.

Leider kommt der Öffentliche Gesundheitsdienst aber in der Koalitionsvereinbarung nicht vor.

Dabei muss die sinkende personelle Ausstattung der Gesundheitsämter alle Beteiligten, die in der Gesundheitspolitik Verantwortung tragen, endlich wachrütteln. Das haben die kürzlich von der Bundesärztekammer veröffentlichten Zahlen der Ärztestatistik 2013 erneut deutlich gemacht: Schon jetzt arbeiten insgesamt nur etwa 0,5 Prozent der Beschäftigten im Gesundheitswesen im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Gesamtzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern ist in den letzten 18 Jahren um mehr als ein Drittel zurückgegangen. Stellen Sie sich einmal vor, was das im Krankenhausbereich bedeuten würde!

Lassen Sie mich an einigen weiteren Zahlen aufzeigen, was das konkret bedeutet. In den letzten 13 Jahren ist die Zahl der berufstätigen Fachärzte für öffentliches Gesundheitswesen um rund 22 Prozent gesunken. Im gleichen Zeitraum ist die Gesamtzahl der Ärzte um 21 Prozent gestiegen.

Auch die Entwicklung der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte liefert aus Sicht des ÖGD ein erschreckendes Bild: Das Verhältnis von berufstätigen zu nicht berufstätigen ÖGW-Fachärzten hat sich in den letzten 17 Jahren umgedreht. 1996 waren fast dreimal so viele Ärzte im öffentlichen Dienst berufstätig wie nicht berufstätig. Heute sind mehr Fachärzte nicht berufstätig als noch im aktiven Dienst tätig.

Die drohende Generationenfalle, die Sie, Herr Präsident Dr. Montgomery, bei der Vorstellung der neuen Ärztestatistik beklagten, steht im ÖGD nicht mehr bevor – sie ist dort längst bittere Realität.

Dies zeigt auch ein Blick auf die Altersstruktur der Beschäftigten. Im Jahr 2000 betrug das Verhältnis von Kolleginnen und Kollegen unter und über 50 Jahren 1 : 1,3. Seit der Jahrtausendwende hat sich diese Altersstruktur dramatisch verändert. Heute stehen einem jüngeren Kollegen unter 50 Jahren fünf Kollegen über 50 gegenüber.

Auch hier lohnt ein Vergleich mit der Gesamtstatistik der Ärztinnen und Ärzte. Die Zahl der Berufstätigen unter 50 Jahren ist dort mit rund 200.000 noch immer deutlich höher als die Zahl der über 50-Jährigen mit 157.000. Mit anderen Worten: Die Fachärzte für öffentliches Gesundheitswesen werden immer älter. Es gibt schon heute mehr ÖGW-Ärztinnen und -Ärzte, die nicht berufstätig sind, als Kolleginnen und Kollegen im aktiven Dienst. Es gibt nur wenig Nachwuchs. Spätestens in zehn Jahren werden die meisten der heute noch Aktiven in den Ruhestand gehen. Schon diese Fakten belegen, wie sehr das Thema Nachwuchsmangel dem ÖGD unter den Nägeln brennt.

Auch die Zahl der unbesetzten Stellen vor Ort ist alarmierend. Dies zeigt eine Umfrage unseres Berufsverbands und des Marburger Bundes zur Stellensituation in den deutschen Gesundheitsämtern aus dem Jahr 2012. Danach war etwa jede siebte Facharztstelle länger als sechs Monate nicht besetzt.

Dabei liegt in der niedrigen Bezahlung eine wesentliche Ursache für die schlechte Personalausstattung und den Nachwuchsmangel. Seit mehr als drei Jahren laufen Tarifverhandlungen für den kommunalen öffentlichen Gesundheitsdienst – eine traurige Never-ending-Story. Bisher hat die Arbeitgeberseite, konkret die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände, kein akzeptables Angebot unterbreitet.

Fachärztinnen und -ärzte, die aus der Klinik in ein Gesundheitsamt wechseln möchten, werden dort in etwa auf das Gehaltsniveau eines Berufsanfängers zurückge-

setzt. Unter dem Strich kann das einen Verlust von mehr als 1.000 Euro pro Monat ausmachen. Somit ist der Öffentliche Gesundheitsdienst beim Werben um qualifizierten fachärztlichen Nachwuchs aus Krankenhäusern nahezu chancenlos.

Unsere heutige Diskussion und auch die Solidaritätsbekundungen von Landesärztekammern in den letzten Monaten belegen, dass die Probleme des ÖGD auch in der gesamten Ärzteschaft angekommen sind. Nur die Arbeitgeberseite stellt sich taub und negiert die Situation. Das muss sich jetzt endlich ändern!

(Beifall)

Unser Verband hat eine Unterschriftenaktion gestartet, die wir als Resolution der VKA übergeben wollen. Wenn Sie uns unterstützen wollen, machen Sie mit und kommen Sie an den BVÖGD-Stand im Foyer, um dort zu unterschreiben.

Neben einer adäquaten Vergütung der Tätigkeit im ÖGD müssen auch in der Aus- und Weiterbildung Weichenstellungen getroffen werden, um dem Nachwuchsmangel im ÖGD auf Dauer wirksam begegnen zu können.

Grundlagen für eine spätere professionelle Arbeit im ÖGD sollten jedoch schon vorher, während der universitären Ausbildung, geschaffen oder zumindest angeboten werden.

Leider haben Medizinstudierende bisher kaum Kontakt zum ÖGD. Während des Studiums und ihrer Berufsausbildung gelangen sie, wenn überhaupt, nur rein zufällig an ein Gesundheitsamt. Daher wird der ÖGD als Berufsalternative zur klinischen Medizin nicht wahrgenommen.

Seit 2002 werden nach einer Änderung der Approbationsordnung Famulaturen in Gesundheitsämtern in vielen Bundesländern nicht mehr anerkannt. Im Studium selber wird der ÖGD nicht als eigenständiges Fach, sondern als Querschnittsgebiet aufgeführt. An vielen Universitäten werden daher nur wenige Stunden innerhalb eines anderen Fachs dem Thema gewidmet. Wie soll ein junger Medizinstudierender so die Bedeutung des ÖGD erkennen?

Es geht auch anders: So hat im letzten Jahr erstmalig eine Studentin das Wahlpflichtfach des Praktischen Jahres im Gesundheitsamt Frankfurt absolviert. Das ist der richtige Weg. Wir müssen auch Berufsanfänger mit unserem Bereich bekannt machen.

In der Approbationsordnung sollte das öffentliche Gesundheitswesen als eigenes Fach aufgenommen werden. Auch an den Universitäten braucht es eine wissenschaftliche Verankerung. Bisher gibt es in ganz Deutschland keinen einzigen Lehrstuhl für öffentliches Gesundheitswesen.

Für einen funktionsfähigen ÖGD brauchen wir dringend eine adäquate, vernünftig bezahlte Personalausstattung in den Gesundheitsämtern sowie eine universitäre Verankerung des Fachs öffentliches Gesundheitswesen im Studium und in der Ausbildung. Nur so können wir eine flächendeckende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung mit einem leistungsfähigen Öffentlichen Gesundheitsdienst sichern.

Außerdem möchten wir mit einer Imagekampagne für den ÖGD werben. Ein gelungenes Beispiel dafür ist die von der Berliner Senatsverwaltung herausgegebene Broschüre „Arbeitsplatz Öffentlicher Gesundheitsdienst – Aufgaben, Chancen, Perspek-

tiven“. Solch eine positive professionelle Werbung brauchen wir für den ÖGD, um für ihn zu begeistern. Gern können Sie sich am BVÖGD-Stand ein Exemplar abholen.

Mit dem Beschluss der vorliegenden Anträge können Sie alle heute ein wichtiges Zeichen setzen. Sie können den Stellenwert, den der ÖGD in unserem Gesundheitswesen und der gesamten Ärzteschaft hat, dokumentieren und aufwerten. Deshalb darf ich Sie alle im Namen des BVÖGD und der Ärztinnen und Ärzte, die in den Gesundheitsämtern tätig sind, um Ihre Unterstützung und kollegiale Solidarität bitten. Wir sind alle Ärztinnen und Ärzte und keine Verwaltungsangestellten.

Herzlichen Dank.